

سال دوم - شماره ۳
فروردین ۱۳۹۰

سپهر

فصلنامه‌ی پژوهشی و مقالات
طب سنتی و تاریخ طب



مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب
دانشگاه علوم پزشکی شیراز
Traditional Medicine & History of Medicine
Selective Translated Articles



Traditional Medicine & History of Medicine

A Quarterly Publication by Research Center
for Traditional Medicine and History of Medicine
Shiraz University of Medical Sciences
Vol.2, No.3, Spring 2011





عناوین مقالات

- داروهای گیاهی و فراورده های آنها در طب سنتی آذربایجان غربی (ایران) ۵
Botanical drugs and preparations in the traditional medicine of West Azerbaijan (Iran)
- طبع های سرد و گرم و تعدادی از پارامتر های نورواندوکرین و سیستم های ایمنی در طب سنتی ایران: یک تحقیق مقدماتی ۲۱
Hot and Cold Natures and some parameters of Neuroendocrine and Immune systems in Traditional Iranian Medicine: A Preliminary study
- اثر ضد هیرسوتیسم عصاره ی میوه ی رازیانه : یک مطالعه ی کنترل شده ی دوسو کور همراه با دارونما ۳۳
Antihirsutism activity of Fennel (Fruits of *Foeniculum Vulgare*) extract A double – blind placebo controlled study
- اثر بهبودی بخش عصاره ی سیر بر زگیل و میخچه ۳۷
Healing effect of garlic extract on warts and corns
- حجامت تر در درمان هرپس زوستر: یک مرور نظام مند در کا آزمایی های بالینی تصادفی ۴۱
Wet Cupping Therapy for Treatment of Herpes Zoster: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials
- دانش، دیدگاه و استفاده ی حرفه ای پرستاران از طب مکمل و جایگزین (CAM): تحقیقی در پنج بیمارستان بزرگ واقع در آدلاید ۵۱
Nurses' knowledge, attitudes and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): A survey at five metropolitan hospitals in Adelaide
- استفاده از طب مکمل و جایگزین در یک درمانگاه عمومی اطفال ۶۱
Use of Complementary and Alternative Medicine in a General Pediatric Clinic
- روانپزشکی و روانشناسی ایران در قرون وسطی ۶۹
Psychiatry and Psychology in Medieval Persia
- مروری بر نا توانی جنسی مردان، درمان های طبیعی برای نا توانی جنسی مردان در ایران دوره ی قرون وسطی ۷۹
Review of Impotence, Natural remedies for impotence in medieval Persia
- مفاهیم گوش، حلق، بینی از نگاه ابن سینا و رازی ۸۵
The Otorhinolaryngologic Concepts as Viewed by Rhazes and Avicenna



داروهای گیاهی و فرآورده های آنها در طب سنتی آذربایجان غربی (ایران)

Botanical drugs and preparations in the traditional medicine of West Azerbaijan (Iran)

Journal of Ethnopharmacology 2001 -75
E. Mirakhor, S. Feri, v. Mostaghimi

مترجم: منصوره غفاری

چکیده

در این مقاله ما نتایج یک مطالعه ی مربوط به گیاه شناسی قومی و پزشکی بومی سنتی منطقه ی آذربایجان غربی ایران را ارایه می دهیم. در این منطقه، گیاهان دارویی اغلب تنها جایگزین مراقبت بهداشتی برای مردم مناطق روستایی هستند چرا که دسترسی به آنها ساده بوده و در حقیقت دارای بیشترین استفاده ی دارویی جهت درمان بیماری های رایج می باشند. در اینجا ما به منظور نگهداری دانش عمومی مربوط به گیاهانی که بر طبق روایات و تنها از طریق شفاهی حفظ گشته، به معرفی بیشترین گونه های بومی مورد استفاده و فرآورده های رایج ساخته شده از آنها می پردازیم.

کلید واژه ها: گیاهان دارویی؛ پزشکی بومی؛ فرآورده ها؛ آذربایجان غربی؛ ایران

است. اما ایران کشور وسیعی است، جایی که بسیاری از روستاها به دور از شهرها هستند، در این روستاها تنها تعداد کمی داورخانه وجود دارند، یا به طور کلی فاقد داورخانه هستند. علاوه بر این، جاده ها به درستی نگه داری نمی شوند، بنابراین روستاییان نمی توانند جهت دریافت امکانات بهداشتی مدرن، به آسانی به شهرها دسترسی یابند. از این رو، طب گیاهی عوام بیشترین استفاده را در درمان بیماری های شایع و گسترده داشته است؛ در هر روستا بازاری وجود دارد که تمام فعالیت های تجاری در آن انجام می شود؛ از میان غرفه های گوناگون، برخی محلی برای فروش داروهای سنتی، بذرها، میوه ها، داروها و ادویه ها می باشند.

فروشنده گان، با کاربرد قسمت هایی از گیاهان به تهیه ی معجون هایی شفا بخش که در رفع درد، کنترل دردها و مقابله با بیماری ها موثر است، می پردازند و یک مساعدت پیراپزشکی واقعی را عرضه می دارند. دانش گیاهی آنان از سنت های راز گونه ی اجدادشان نشأت گرفته و به صورت

احتمالاً علت آن است که بخش اعظم مردم ساکن این منطقه به دور از شهرها زندگی می کنند و پیشینه ی سنتی آنان تنها به صورت شفاهی مطرح شده است. در میان کتب ایرانی تنها تعداد کمی کتاب های دست نویس، پیرامون گیاهان دارویی (امین، ۱۹۹۱؛ رجحان، ۱۹۹۱؛ افشار، ۱۹۹۲؛ زرگری، ۱۹۹۲-۱۹۸۹) وجود دارند که با اهداف آموزشی توسط اساتید دانشگاهی و مدرسان، نوشته شده اند. در ایران تعداد داورخانه ها حداقل در شهرها، متناسب با تعداد ساکنان موجود

۱- مقدمه

به دلیل ایجاد علاقه در اکثر محققین امروزی نسبت به موضوع استفاده از گیاهان دارویی، این موضوع به عنوان دانشی قابل توجه از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بنابراین در کتب غربی برخی مقالات گیاه شناسی قومی درباره ی آفریقا، هند، آمریکای مرکزی و جنوبی، انتشار یافته است؛ اما تا به امروز، مقالات محدودی استفاده ی دارویی از گیاهان موجود در آذربایجان غربی ایران را مورد توجه قرار داده اند،

نسخه های اسرار آمیز نانوشته توسط حکما محفوظ مانده است.

از این رو فروشندگان در مجموع نسبت به مصاحبه پیرامون اسرار گیاهی که به دقت حفظ گردیده اند، بی میل می باشند. ولیکن اخیرا آنها به اشتراک گذاشتن اطلاعات با محققین علمی را فرا گرفته اند: در حقیقت دولت ایران، بودجه های عمومی را به جامعه ی علمی جهت ارزیابی مجدد استفاده از گیاهان دارویی، اختصاص داده است؛ چرا که محدود کردن وابستگی به واردات و ترغیب قابلیت های ملی پیش از انقلاب به صورت یک خواسته مطرح بوده است.

اهداف این مقاله عبارتند از:

- مستند سازی گیاهان دارویی بومی استفاده شده در آذربایجان غربی، سرزمینی که در آن گیاه درمانی متداول ترین روش درمان بیماری های رایج می باشد.
- ارزیابی کاربردهای گونه های محلی که بیشترین میزان استفاده را داشته اند.
- مقایسه بین موارد مصرف ذکر شده توسط مصاحبه شوندگان با آنچه در منابع ایرانی گزارش شده است.
- توصیف فراورده های متداول که از داروهای گیاهی به کار رفته در طب بومی آذربایجان غربی تهیه شده اند.

۱-۱. شرح مختصر وضعیت جغرافیایی و اقلیمی

آذربایجان غربی (شکل ۱) در اصل منطقه ی کوهستانی با آب و هوای قاره ای است، اما به دلیل نزدیکی آن با دریا آب و هوای آن تا حدودی ملایم گشته است. این ملایمت بارز با تغییر در ارتفاعات، نوع پوشش گیاهی و آب و هوارا تعیین می کند. به طور کلی سالانه ۱۵۰۰-۸۰۰ میلی متر باران و در زمستان اغلب بیش از ۱۸۰۰-۱۷۰۰ میلی متر برف می بارد، و در طی این مدت دمای هوا به ۲۰- درجه ی سلسیوس می رسد. تابستان این ناحیه گرم و خشک با حداکثر دمای

۳۰ تا ۳۵ درجه ی سلسیوس می باشد.



۲. روش تحقیق

تمامی اطلاعات شفاهی از طریق مصاحبه با فروشندگان داروها، درمانگران گیاهان دارویی، گیاه شناسان و مردم محلی (به ویژه سالخوردگان) که در به کار گیری گیاهان دارویی به صورت خود درمائی دارای شناخت بودند به دست آمد. ملاقات با مصاحبه شوندگان در محیط ایشان، فروشگاه های آنها در بازارها، یا منازل شان صورت می گرفت؛ در جریان مصاحبه ها در بازار، فروشندگان فرآورده ها را تهیه و به فروش می رساندند، چنانکه مشاهده و مشارکت در فعالیت های روزانه ی آنان به تکمیل مصاحبه ها کمک نمود.

نویسندگان اطلاعات اغلب گیاهان دارویی رایج در آذربایجان غربی را ثبت کردند؛ مصاحبه ها شامل دستیابی به اطلاعات مربوط به شناخت گیاهان، اسامی محلی آنها، مصارف پزشکی گیاهان و روش های تهیه ی داروها بود. دقت و صحت این اطلاعات با پرسش از افراد سالخورده ی مختلف در مورد کاربرد گیاهان یکسان و مقایسه ی پاسخ های ایشان، مورد بررسی قرار گرفت. سپس این اطلاعات با داده های گزارش شده در انتشارات ایرانی اخیر که مربوط به گیاهان دارویی بودند، مقایسه شده است (زرگری، ۱۹۹۲-۱۹۸۹؛ معطر و همکاران، ۱۹۹۱؛ میر حیدری، ۱۹۹۳).

به طور همزمان، یک گردآوری موازی گیاهان در منطقه انجام گردید و این امر به

منظور نشان دادن نمونه ها به افراد مصاحبه شوند، جهت کنترل میزان شناسایی گیاهان توسط ایشان بود. جمع آوری گیاهان با همراهی دکتر صیام و دکتر گیلانی فراز بخش گیاه شناسی دانشگاه ارومیه صورت گرفت؛ در حقیقت ما کسب اجازه ی ویژه از دفتر دانشگاه جهت رفتن به مناطق کوهستانی، که از دیدگاه نظامی چندان آرام نیست، را ترجیح دادیم. در طی این گردش ها، بیش از ۸۰ گونه ی دارویی متفاوت، جمع آوری شدند، که همه ی آنها خود رو بودند و برخی از آنها نیز امروزه با اهداف تجاری تحت کشت قرار می گیرند؛ فروشندگان ۳۰ گونه ی گیاهی که مصارف دارویی آنان در اروپا نیز شناخته شده است را به عنوان رایج ترین گیاهان در منطقه معرفی کردند. شناسایی این گونه ها به وسیله ی فلور های مختلف گیاه شناسی مانند فلور ایران (قهرمان، ۱۹۸۹-۱۹۸۷) و به ویژه آذربایجان (صیامی، ۱۹۸۹)، فلور ترکیه (Davis و همکاران، ۱۹۷۸-۱۹۶۵)، فلور روسیه (shishkin و Komarov، ۱۹۷۳-۱۹۳۴)، فلور اروپا (Tutin و همکاران، ۱۹۸۹)، فلور ایتالیا (Pignatti، ۱۹۸۲) و مقایسه ی آنها با گونه های هرباریم موجود در باغ گیاه شناسی دانشگاه Siena صورت گرفته است.

هر یک از گونه های شناسایی شده خشک گردید، برچسب مشخصات زده شد و در هرباریوم دانشگاه Siena نگهداری گردید.

۳. نتایج

مجموع ۳۰ گونه ی گیاهی در این مقاله گزارش شده است؛ این گیاهان در ۲۱ خانواده به ترتیب حروف الفبا در لیست آورده شده اند و برای هر یک از گونه ها، اطلاعات زیر ثبت گردیده است:

V: نام محلی.

A: منطقه ی جمع آوری و ارتفاع آن از سطح دریا.

P: بخش مورد استفاده قرار گرفته از گیاه.

PU:موارد مصرف عمومی.

LU: کاربرد گزارش شده در منابع ایرانی (زرگری، ۱۹۹۲-۱۹۸۲؛ امین، ۱۹۹۱؛ رجحان، ۱۹۹۱؛ افشار، ۱۹۹۲؛ میرحیدری، ۱۹۹۳)؛

PR:درمان های رایج؛

LR:درمان های گزارش شده در منابع ایرانی (زرگری، ۱۹۹۲-۱۹۸۲؛ معطر و همکاران، ۱۹۹۱؛ رجحان، ۱۹۹۱).

۳.۱. تیره ی زرشک Berberidaceae

۱.۳. نام علمی

Berberis Vulgaris L.



V:زرشک.

A:قاسم لو (حومه) — ۲۷۰۰-۱۷۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.
P:تمام گیاه.

PU:صفرا بر، مسهل، همچنین به عنوان چاشنی در غذاهای سنتی به کار برده می شود.
LU:دم کرده ی تهیه شده از تمام قسمت های گیاه با ویژگی های تلخ آن در از بین بردن صفرا کاربرد دارد؛ دم کرده ی ریشه های آن مدر بوده و در اختلالات گوارشی کاربرد دارد؛ جوشانده ی برگها در موارد اسهال خونی شدید موثر است و کاربرد خارجی آن، به عنوان یک ماده ی ضد عفونی کننده در درمان زخم هامفیدمی باشد.
PR:دم کرده ی تهیه شده از ۳ تا ۴ قاشق چایخوری میوه های خشک در یک لیوان آب گرم، عملکرد دستگاه گوارش را تنظیم می کند، اندکی مسهل بوده و یبوست را برطرف می کند.

LR:عصاره های پوست و یا ریشه ها، به همراه میوه های کاذب (pseudo-fruit) از سرو (زریسن)

Cupressus sempervirens L.

جهت تهیه ی شربت ها در قاعدگی دردناک استفاده می شود. دو قاشق غذاخوری در فاصله ی ۲ ساعت مصرف گردد.

۳.۲. خانواده ی گاوزبان Boraginaceae

۱.۳.۲. نام علمی

Anchusa italica Retz.



V:گل گاو زبان.

A:سیاه - چشمه (ماکو) — ۱۷۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P:گل ها.

PU:مسکن، آرام بخش، معرق، کاهنده ی فشار خون.

LU:دم کرده ی گل ها برای سرما خوردگی معمولی، انواع تب و به عنوان معرق، مفید شناخته می شود.

PR:جهت مصرف خوراکی، دم کرده از یک قاشق چایخوری گل های خشک گاو زبان و یک قاشق چایخوری از ریشه های سنبل الطیب (علف گربه) *Valeriana officinalis L.*، در یک لیوان آب جوش تهیه شده و در دوزهای یک لیوان شراب خوری، مصرف گردد.
LR:جهت تهیه ی دم کرده، یک لیوان آب جوش را به یک قسمت از گل های خشک گاو زبان *Anchusa italica L.*، یک قسمت از ریشه های سنبل الطیب *Valeriana officinalis L.* و یک قسمت از برگ های بادرنجبویه *Melissa officinalis L.* (بادرنجبویه) اضافه کرده، اجازه دهید به مدت ۵ دقیقه بماند و در دوز ۲ فنجان روزانه میل نمایید.

گفته شده که این دم کرده به دلیل ویژگی محرک قلب داروی بسیار خوبی به حساب می آید.

هم چنین در ناراحتی های قلبی به صورت پودری که از ۲۰ گرم ساقه ی زیر زمینی گیاه پلنگ کش (درونج) *Doronicum scorpioides Lam.* ۲۰ گرم گل های گاوزبان *Anchusa italica* ۱۰ گرم گیاه زنجبیل (*Zingiber zerumbet L.*) تهیه شده، به کار برده می شود. این پودر با عسل مخلوط شده و روزانه یک قاشق غذا خوری مصرف می گردد.

۳.۳. تیره ی علف مار (تیره ی

گور) Capparidaceae

۱.۳.۳. نام علمی

Capparis spinosa L.



V:کاوآر.

A:سیلوانه (سردشت) — ۱۸۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.
P:میوه ها، ریشه ها.

PU:درمان هموروئیدها.

LU:ریشه ها به عنوان داروی مدر، نیرو بخش، در ناراحتی های دوران یائسگی مورد استفاده قرار می گیرند؛ به علاوه ریشه ها در درمان اسهال و نفرس، بسیار سودمند دانسته شده اند.

PR:در درمان هموروئید، به طور معمول میوه های رسیده به صورت مصرف خارجی به کار می روند.

LR:در درمان هموروئیدها دم کرده ی ریشه ها نوشیده می شود.

۴.۳. تیره ی اقطی Caprifoliaceae

۴.۳.۱. نام علمی

Sambucus nigra L.



V: انگور کولی.

A: قره داغ — ۲۰۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: گل ها، برگ ها، میوه ها، پوست.

PU: قسمت های مختلف گیاه، جهت اهداف گوناگون اما عمدتاً به شکل دم کرده مصرف می شوند. گل ها در درمان انواع تب، روماتیسم، خنازیر (غده های سختی که در زیر گلو و گردن به وجود می آید یا scrophulosis)؛ برگ ها و پوست جهت مشکلات تنفسی؛ میوه ها به عنوان ملین مورد استفاده قرار گرفته اند.

LU: گل ها، برگ ها، میوه ها و پوست آن دارای ویژگی های مدر، معرق و مسهل است. PR: دم کرده ی میوه ها یک ملین مناسب محسوب می شود، جای گل (۱-۲) قاشق در ۱ لیتر آب جوش، به صورت گرم مصرف شده، برای انواع بیماری های تب دار و التهابی، موارد ابتلا به روماتیسم و سرماخوردگی داروی موثری است؛ جای پوست و برگ های آن (۱ قاشق در ۱ لیتر آب جوش) در افراد مبتلا به برونشیت بسیار موثر است؛ دم کرده ی تهیه شده از مقدار مساوی گل های خشک اقطی سیاه (انگور کولی یا خمان کیسر) *Sambucus nigra* و برگ های خشک گردو *Juglans regia* L.، داروی موثری برای درمان scrophulosis است.

LR: بسیاری از داروها جهت مصرف خوراکی گزارش شده اند که به طور وسیع تر دارای ویژگی های مدر، ضد

اسهال و ضد روماتیسم می باشند؛ جهت مصرف خارجی، ۲ شیشه ی تجویز دارو گزارش شده است؛ روش اول دم کرده ای که از دو مشت گل های خشک در ۱ لیتر آب جوش تهیه شده است، مصرف خارجی آن جهت مشکلات چشم پزشکی (به صورت ضماد) یا برای معالجه ی سرماخوردگی (به شکل دوش) می باشد؛ روش دوم ترکیبی از گل های انگور *Sambucus*، برگ های بابا آدم *Arctium lappa* L.، پنیرک قرمز *Malva sylvestris* L.، برگ های تئوس (غان) سفید *Betula alba* L.، ترکیبات در یک لیتر آب جوشیده می شود و سپس به منظور تولید یک کرم، خاک رس تمیز اضافه شده تا در روی پوست مصرف شود.

۳.۵. خانواده ی کاسنی Compositae

۳.۵.۱. نام علمی گیاه

Achilla millefolium L.



V: بومادران.

A: کوه راش — ۳۶۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: تمام گیاه.

PU: در درمان هموروئید، سرطان، سرگیجه، کم خونی، بی اشتها، سوء هاضمه، گاسترالژی، خونریزی، قاعدگی دردناک به کار می رود؛ این گیاه در درمان ناراحتی های زنان بسیار اثر بخش است.

LU: گل ها در درمان التهاب معده به کار برده می شود؛ تانن های (جوهر مازو) موجود در این گونه ها منجر به استفاده از

آن در درمان خونریزی، قاعدگی دردناک و اسهال شده، هم چنین این گیاه در درمان هموروئیدها و به عنوان داروی تقویتی و ترمیم کننده ی زخم استفاده شده است.

PR: دم کرده ی حاصل از یک قاشق چایخوری گل های خشک در یک لیوان آب جوش، بین وعده های غذایی مصرف می گردد.

LR: جوشانده ی تهیه شده از ۱۰ تا ۲۰ گرم گل ها در نیم لیتر آب، که در طی ۲۴ ساعت مصرف می شود، در درمان التهاب معده داروی موثری است؛ جهت کاربرد خارجی دم کرده ی تهیه شده از ۳۰ تا ۶۰ گرم گل ها در یک لیتر آب، را می توان به عنوان لوسیون یا در انواع حمام ها به کار برد و مصرف خارجی محلول های آن در تنقیه سودمند است.

۳.۵.۲. نام علمی

Artemisia dracunculul L.



V: تارگون.

A: ارومیه — (کاشتنی) ۱۳۴۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: برگ ها.

PU: کمک کننده به هضم غذا، ملین، تسکین دهنده ی نفخ، درمان التهابات معده. LU: کمک کننده به هضم غذا، اشتها آور، کاهش اسپاسم، دافع کرم، قاعده آور. PR: دم کرده ی آن از یک قاشق چایخوری سرشاخه ها در یک لیوان آب تهیه شده و ۱ ساعت قبل از هر وعده غذا مصرف می شود.

Solanum dulcamara L.،
۲۰ گرم گل های خشک پیرک
صحرايي، *Malva sylvestris L.*،
۲۰ گرم برگ های خشک گاش انگور
سیاه، *Ribes nigrum L.*، ۲۰ گرم گل های
خشک زیرفون، *Tilia cordata*،
۲۵۰ گرم پوست خشک سیاه توسه- سیاه
توسکا، *Frangula alnus Mill.*،
۲۰ گرم برگ های خشک کاسنی
Cichorium intybus، ۱۰ گرم
ساقه ی خشک زیر زمینی ریواس
Rheum officinale Baill.،
بردارید. یک قاشق از ترکیب فوق را در
یک فنجان آب ریخته و اجازه دهید به
مدت ۲ دقیقه بجوشد، سپس یک قاشق
چایخوری برگ های خشک سنا
Cassia angustifolia Vahl،
اضافه نموده و اجازه دهید به مدت ۱۰
دقیقه بجوشد. این دارو را پیش از خواب
همراه با عسل به کار برید. این داروها با
موفقیت به عنوان ملین مورد استفاده قرار
گرفته است و مصرف آن توسط
بزرگسالان در دوزهای ۳ تا ۴ قاشق و
در کودکان ۱ تا ۲ قاشق می تواند باشد.
در منابع از یک شربت مسهل مخصوص
اطفال که از افزودن ۵۵۰ گرم شکر به
۵۰۰ میلی لیتر آب تقطیر شده ی کاسنی
Cichorium intybus، تهیه شده،
سخن به میان آمده است.



همراه با ۱۲۵ گرم آب امولسیون تهیه
می شود که به بهبود زخم های باز مقاوم
کمک می کند.

۴. ۵. ۳. نام علمی

Cichorium intybus L.



V: کاسنی.

A: کاظم لو (اوشنویه) — ۱۶۰۰ متر
بالتر از سطح دریا.

P: تمام گیاه.

PU: کمک کننده به هضم غذا،
اشتها آور، تصفیه کننده، صفرا بر،
ملین، کاهنده ی فشار خون، تقویت کننده
و ضد تب.

LU: ریشه ها و برگ ها به دلیل
ویژگی های مدر بودن، تصفیه کنندگی،
تقویت کنندگی، اشتها آوری، ملین بودن
و کمک کنندگی به هضم غذا جهت
درمان التهاب کبد، کم خونی و روماتیسم
مورد استفاده قرار می گیرند.

PR: یک دم کرده که از ریشه ها و برگ های
پودر شده به یک فنجان آب داغ
اضافه شده به عنوان ملین کاربرد داشته و
به دلیل تاثیر ملایم آن به ویژه برای
کودکان و زنان در سنین باروری مناسب
می باشد. این دارو هم چنین در
افزایش ترشح صفرا کاربرد داشته
است؛ در درمان آنفولانزا جوشانده ای
از ریشه های پودر شده مانند جای
مصرف می گردد.

LR: ۲۰ گرم ریشه های خشک شده ی
گزنه، *Urtica dioica L.*، ۲۰ گرم
سرشاخه های خشک شده ی سیب
زمینیان (تاج ریزی ایرانی)

LR: آماده سازی این دم کرده مانند
آنچه که در بالا توضیح داده شد، در منابع
گزارش گشته، اما مصرف آن پس از هر
وعده غذا ذکر شده است.

این دم کرده برای سکسکه و هوا بلعی
(aerophary) نیز می تواند مورد
استفاده قرار گیرد.

۳. ۵. ۳. نام علمی

Carthamus tinctorius L.



V: گل رنگ.

A: سیلوانه (سر دشت) — ۱۸۰۰ متر
بالتر از سطح دریا.

P: شکوفه ها، دانه ها.

PU: هضم کننده، ملین، قاعده آور، دافع
کرم، موثر در درمان سرفه ها؛ به طور
عمده در مصارف خارجی به عنوان
ضد عفونی کننده و در ترمیم زخم ها به
کار می رود.

LU: گل ها و دانه ها به جهت ویژگی های
مسهل بودن شناخته شده است. روغن به
دست آمده از دانه ها به طور عمده جهت
درمان دردهای روماتیسمی، با ماساژ بر
روی بخش مبتلا به کار برده می شود.

PR: جوشانده ای از ۱۰ تا ۲۰ گرم
گل ها یا دانه ها، که ۱۵ دقیقه در یک
لیتر آب جوشیده شده، در مصارف
خارجی برای بهبود زخم ها و در
مصارف خوراکی به عنوان داروی
مسهل به کار می رود.

LR: هم چنین در منابع از جوشانده ای
نام برده شده که با ۱۲ تا ۲۴ گرم از گل ها
و یا دانه های این گیاه در ۱ لیتر آب تهیه
شده است. هم چنین در منابع گزارش
شده که از ۸ گرم دانه ی آسیاب شده

۵.۳. نام علمی

Inula helenium L.



V: زنجبیل.

A: کوه راش (در حومه) — ۲۵۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: ریشه‌ها.

PU: کمک کننده به هضم غذا، ضد درد، ضد نفخ، معرق؛ لوسیون آن جهت مصارف موضعی بر روی شکم و سینه نرم کننده‌ی بسیار خوبی به حساب می‌آید. LU: کاربرد بسیار مهم این گونه، درمان بیماری‌های تنفسی است؛ به طور گسترده برای بیماری سل که هنوز مشکل جدی محسوب می‌شود، استفاده می‌گردد. به جهت ویژگی‌های خلط آور آن در درمان سرماخوردگی معمولی، التهاب غشاء مخاطی بینی و گلو، سرفه‌ها، برونشیت و آسم مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخی داروها که از این گونه تهیه می‌شوند، به دلیل ویژگی‌های مدر بودن در موارد ادم، نفرس، و یرقان کاربرد دارند.

PR: دم کرده‌ای که از یک قاشق چایخوری ریشه‌های پودر شده در یک فنجان آب داغ تهیه گردیده، به صورت خوراکی در دوزهای ۲ فنجان در روز مصرف می‌شود.

LR: کاربرد یک دارو که ۱۰۰ گرم ریشه‌های پودر شده در ۱ لیتر آب تهیه می‌شود، برای استفاده‌ی خارجی گزارش شده است. به طور عمده برای ماساژها به کار برده شده یا به عنوان

کمپرس گرم در موارد کهیر مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ از ۱۰ گرم ریشه‌های پودر شده‌ی زنجبیل شامی *Inula helenium L.* و ۱۰ گرم برگ‌های پودر شده‌ی آویشن واقعی *Thymus serpyllum L.* در آب گرم، دارویی برای سرفه تهیه می‌شود؛ دارویی از ۳۰ گرم ریشه‌های پودر شده در ۱ لیتر شراب قرمز که به مدت ۳ تا ۴ روز خیس خورده در درمان آسم به کار می‌رود؛ ۱ قاشق چایخوری برای هر بار مصرف، به صورت مکرر.

۶.۳. تیره‌ی زغال اخته Cornaceae

۱.۶.۳. نام علمی

Cornus mas L.



V: درخت زغال اخته.

A: قره-داغ — ۲۰۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: میوه‌ها، پوست ساقه‌ی گیاه.

PU: تقویت کننده‌ی عمومی، قابض، ضد تب (پوسته)، چاشنی (میوه‌ها).

LU: داروی قابض، در اسهال شدید و جهت دردهای روده‌ای؛ کاربرد زیاد آن در تب‌ها و به عنوان داروی تقویتی و اشتها آور. PR: جوشانده‌ی میوه‌ها و پوسته‌ی آن به عنوان داروی قابض و تقویتی مصرف می‌شود. میوه‌های تازه یا خشک شده‌ی این گیاه، به دلیل مزه‌ی لذیذ آن، در تهیه‌ی مرباها، ژله‌ها و شربت‌ها کاربرد داشته است.

LR: یک جوشانده‌ی ضد تب از پوست خشک در آب (۱۰۰:۶۰)، ۶۰ گرم

گلپر *Angelica* و شکر، تهیه می‌شود؛ روزانه ۳ تا ۴ فنجان مصرف گردد. دم کرده‌ی تهیه شده از یک قاشق چایخوری میوه‌های خشک در ۲ فنجان آب جهت درمان اسهال موثر است؛ با فاصله در طول روز مصرف گردد.

۷.۳. تیره‌ی چلیپا Cruciferae

۱.۷.۳. نام علمی

Capsella bursa-pastoris(L.)Medik.



V: چایزه کشیش.

A: سیاه چشمه (ماکو) — ۱۷۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: تمام گیاه.

PU: در درمان اضطراب، آشفته‌گی، آنوری، صرع و مصرف خارجی آن جهت تسریع بهبود بریدگی‌ها و زخم‌ها است.

LU: این گونه برای مدت طولانی به عنوان داروی خون بند (haemostatic) برای بند آمدن خونریزی‌های موضعی به کار برده شده است. به علاوه دارای ویژگی‌های قابض بودن و تقویت کنندگی است.

PR: ۱۰۰ گرم از چایزه‌ی کشیش تازه، را برای ۲ ساعت در یک لیتر آب جوش ریخته، اجازه دهید سرد شود، سپس آن را صاف نموده و به صورت دلخواه در فواصلی در روز به عنوان آرام بخش بنوشید. اگر امکان دستیابی به گیاه تازه وجود نداشته باشد، می‌توان یک مثت پسر از مقداری گیاه خشک را در ۱ لیتر آب دم کرد.

اکثر عطاران قدیمی اظهار می‌دارند که برگ‌های خرد شده موجب توقف

خونریزی موضعی شده و بهبود زخم ها را تسریع می کند که استعمال آن همراه با اعمال فشار بر روی بخش مبتلا می باشد. LR: در منابع داروهای چندی را به عنوان قابض کلی جهت اندام های رحمی گزارش کرده اند. ۱۰ گرم عصاره ی به دست آمده از تمام گیاه، شکر و آب را ترکیب کرده و شربتی را با ویژگی ضد خونریزی رحمی تهیه کنید. در درمان قاعدگی دردناک دارویی از اکلیل کوهی *Rosmarinus officinalis L.*، چایزه کشیش، فک (پید سید) *Salix alba L.*، پای خر *Tussilago farfara L.*، یک قسمت از هر کدام تهیه می شود. پس از پودر کردن و ترکیب این مواد، یک فنجان آب گرم را با یک قاشق چایخوری از این ترکیب ریخته، اجازه دهید به مدت ۱۰ دقیقه بماند، سپس آن را صاف کرده و در دوزهای ۱ تا ۳ فنجان در روز مصرف کنید.

۳.۷.۲. نام علمی

Nasturtium officinale R.Br.



V: بولاغ اوتی.

A: ارومیه (حومه) — ۲۰۰۰-۱۵۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: تمام گیاه.

PU: هضم کننده، ضد عفونی کننده، موثر در درمان اسکوروی، درمان برونشیت ها، دیابت، چاقی مفرط.

LU: گیاه تازه حاوی مقدار زیادی ویتامین C بوده و بنابراین در درمان اسکوروی موثر می باشد؛ هم چنین این گیاه در درمان دیابت (این گیاه گلوکوز

خون را کاهش می دهد)، و برونشیت موثر است و به عنوان یک عامل کمک کننده به هضم غذا، تقویت کننده، ضد تب، دافع کرم و مدر به کار می رود.

PR: جهت مصرف خوراکی، دم کرده ای از ۶۰ میلی لیتر آب جوش به همراه ۳۰ تا ۴۰ گرم از این دارو تهیه می شود. کاربرد خارجی گیاه تازه ی خرد شده، به عنوان کمپرس گرم، برای سل غدد لنفاوی (خنازیر) و بهبود جراحات می باشد.

LR: در درمان چندین بیماری، عصاره ی تازه ی گیاه در ترکیب با شیر سرد و یا به شکل شربت مصرف می گردد. هم چنین از عصاره ی تازه ی گیاه به همراه اسانس شمعدانی، *Geranium sp.*، یک لوسیون الکلی مشهور به دست می آید که در مصارف خارجی به عنوان تقویت کننده ی مو استفاده می شود.

۳.۸. تیره ی بلوط (تیره ی راش) *Fagaceae*

۳.۸.۱. نام علمی

Quercus infectoria Olivier



V: بلوط دارمازو

A: پیرانشهر — ۱۶۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: پوسته، برگ ها، میوه ها.

PU: پوست آن جهت بند آمدن خونریزی، اسهال و مصرف موضعی آن به عنوان جوشانده ای برای خشکی پوست (دست ها و صورت) به کار می رود؛ میوه ها در موارد شب ادراری کودکان مصرف خوراکی دارند.

LU: ویژگی های قابض بودن، ضد خونریزی و تقویت کنندگی این گونه های گیاهی به خوبی شناخته شده است؛

پوست پودر شده و غسل که در شراب قرمز خیس خورده است جهت درمان خونریزی رحمی مصرف می گردد؛ نوع خاصی قهوه از میوه های پودر شده و جهت درمان اسهال، اسهال خونی، ناراحتی های معده و در موارد مشکلات هضم و گوارش نوشیده می شود.

PR: یک جوشانده از ۵۰ تا ۶۰ گرم پوسته ی گیاه در ۱ لیتر آب تهیه می شود، در مصارف خارجی جهت ناراحتی های پوستی و در مصارف خوراکی به عنوان داروی ضد اسهال مصرف می شود. آرد مخصوصی که از میوه ها پودر گندم مخلوط شده، به صورت آب نبات برای شب ادراری کودکان داده می شود.

LR: جهت معالجات داخلی دارویی از برگ های خشک دارمازو *Quercus infectoria*، بادرنجبویه *Melissa officinalis L.*، گزنه ی سفید *Lamium album L.*، اکالیپتوس *Eucalyptus sp.* (۲۰ گرم از هر کدام) و ۱۰۰ گرم آب تهیه می شود؛ یک لیوان قبل از هر وعده غذا در موارد خونریزی ها، زخم معده، اسهال خونی، شب ادراری کودکان و هموروئیدها مصرف گردد. یک جوشانده جهت مصارف خارجی از جوشاندن ۱۰۰ گرم پوست گیاه در ۱ لیتر آب برای ۲۰ تا ۳۰ دقیقه تهیه می شود؛ اجازه دهید جوشانده سرد شود و به صورت دلخواه به عنوان داروی قابض و ضد اسهال، نوشیده شود.



۳.۹. تیره‌ی گرامینه (گل)

بی‌خار (Gramineae)

۳.۹.۱ نام علمی

Cynodon dactylon (L.) Pres.



V: cial-nagil

A: ارومیه — ۱۳۴۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: تمام گیاه؛ در منابع کاربرد تمام قسمت‌های گیاه گزارش نشده است، بلکه تنها ریشه‌ها و ساقه‌های زیرزمینی آن کاربرد داشته است.

PU: ضد افسردگی، ضد استفراغ، مدر، درمان سرفه‌ها، صرع، خونریزی.

LU: ضد استفراغ، مدر، جهت سرفه، مشکل در هضم، به عنوان داروی ترمیم کننده‌ی زخم‌ها و ضد عفونی کننده‌ی مخاط دهانی استفاده می‌شود.

PR: برای استعمال در موارد بالا، یک جوشانده از تمام گیاه یا از عصاره‌ی آن تهیه می‌شود؛ در مناطق متعدد آذربایجان غربی، در درمان دردهای روماتیسمی، ساقه‌های زیرزمینی برای تهیه‌ی کمپرس گرم استفاده می‌شود که کاربرد آن به صورت استعمال بر روی بخش مبتلای باشد.

LR: در درمان سنگ کلیه، جوشانده در فاصله ۲۴ ساعت مصرف می‌گردد که از جوشاندن ۱۵ گرم ریشه‌های خشک در ۱ لیتر آب به مدت ۱۰ دقیقه، فراهم می‌شود؛ همین جوشانده کاربرد خارجی داشته و در شرایط جراحی دهان و گلو و به عنوان ماده‌ی شستشو دهنده‌ی زخم‌ها، جراحی‌ها و غیره به کار می‌رود.

۳.۱۰. تیره‌ی نعناع Labiatae

۳.۱۰.۱ نام علمی

Dracocephalum moldavica L.



V: بادرنگ بو.

A: ارومیه (کاشتی) — ۱۳۴۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: تمام قسمت‌های گیاه، به استثنای ریشه‌ها. PU: به عنوان تقویت کننده‌ی عمومی، ضد نفخ، اشتها آور، هضم کننده، معرق، مسکن، ضد تهوع.

LU: تقویت کننده، ضد نفخ، اشتها آور، هضم کننده، معرق، ضد تهوع.

PR: اسانس اصلی گرفته شده از اندام‌های هوایی، به عنوان تقویت کننده، ضد نفخ و تسهیل کننده‌ی هضم، بسیار سودمند است. برگ‌های خرد شده، برای پوست استفاده شده که شهرت خاصی در درمان مارگزیدگی و نیش حشرات دارد.

LR: محلول الکلی از ۱۵ گرم بادرنگی *Dracocephalum moldavica* ۴ گرم اسانس گیاه میخک *Syzygium aromaticum* L.

۱۰ قطره‌ی آب لیمو، ۱۰ قطره‌ی اسانس اسطوخودوس *Lavandula sp.* ۶۰ قطره‌ی سرکه‌ی سفید تهیه نمایند، سپس آنها را صاف کرده و با آب رقیق کنید. جهت جلوگیری از خارش در موارد بیماری‌های پوستی و حشره‌گزیدگی‌ها، می‌توان این محلول را با ماساژ دادن به کار برد.

۳.۱۰.۲ نام علمی

Thymus kotschyanus Boiss. et Hoh.



V: کاکوتی.

A: ارومیه (حومه) — ۱۷۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: شکوفه‌ها، برگ‌ها.

PU: کاهنده‌ی فشار خون، آنالژزیک (تسکین دهنده‌ی درد)، دردمان سنگ کلیه، دردهای رحمی، التهاب و سوزش اندام‌های ادراری به کار می‌رود؛ در سرما خوردگی موثر است.

LU: تقویت کننده، اشتها آور، مدر. شکوفه‌ها به عنوان قابض کلی در اندام‌های رحمی عمل کرده و در خونریزی قاعدگی و خونریزی‌ها به کار می‌روند؛ اسانس آن جهت درمان سردرد، استفراغ، سوزش سردل به کار می‌رود و شهرت این گیاه در موارد کاربرد خارجی، به طور عمده در نقرس حاد و مشکلات روماتیسمی است؛ جوشانده‌ی برگ‌ها و شکوفه‌ها در بیماری‌های اندام‌های تنفسی، هم چنین برای سرفه، آسم، برونشیت، زکام و غیره سودمند است.

PR: دم کرده‌ی ۳ تا ۴ قاشق چایخوری از برگ‌ها و شکوفه‌ها در ۱ لیتر آب، در فواصلی در طی روز نوشیده می‌شود.

LR: در درمان سرفه، دم کرده‌ای تهیه شده از ۱۲ تا ۲۰ گرم شکوفه و برگ‌ها در ۱ لیتر آب در دوزهای روزانه ۳ فنجان پس از هر وعده غذا مصرف می‌گردد؛ هم چنین ممکن است به صورت الکتریکی از ۲ تا ۴ گرم شکوفه‌ی پودر شده در الکل، که با عسل شیرین شده استفاده گردد.

۳.۱۱. تیره ی نیام داران Leguminosae

۱. ۳.۱۱. نام علمی

Glycyrrhiza echinata L.



V: شیرین بیان.

A: ارومیه - ۱۳۴۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: ریشه ها، استولون.

PU: درمان سرفه، برونشیت، یبوست، زخم معده، التهاب مخاط معده و حلق به کار می رود.

LU: در منابع، تنها کاربرد شیرین بیان، *Glycyrrhiza glabra L.* در درمان سرفه، برونشیت، یبوست و زخم معده، گزارش شده است.

PR: دم کرده ی تهیه شده از ۳۰ تا ۶۰ گرم ریشه ها و استولون با ۱ لیتر آب بسیار رایج بوده و برای همه ی موارد ذکر شده به کار می رود. اغلب فروشندگان اظهار می دارند که این گونه سمی بوده و نباید جز تحت نظر پزشک، مورد استفاده قرار گیرد.

LR: برای درمان التهابات معده و موارد زخم موکوزای معده، دارویی از (۱۰۰ گرم) عصاره ی پودر شده و (۵۰ گرم) آب، جهت درمان یبوست تهیه می شود؛ ۶۰ گرم ریشه های خشک شیرین بیان، *Glycyrrhiza glabra L.* ۶۰ گرم برگ های خشک سنای اسکندریه، *Senna alexandrina Mill.* ۴۰ گرم میوه های پودر شده ی رازیانه، *Foeniculum vulgare Mill.* و ۲۰۰ گرم شکر را مخلوط کنید تا پودر یکنواختی به دست آید و در دوزهای یک قاشق قهوه خوری در یک لیوان آب ریخته و صبح زود بنوشید.

۲. ۳.۱۱. نام علمی

Trigonella foenum-graecum L.



V: شنبلیله.

A: ارومیه (کاشتی) - ۱۳۴۰ متر بالاتر

از سطح دریا.

P: دانه ها، برگ ها.

PU: مصرف خوراکی دانه ها به عنوان عامل قاعده آور، تحریک کننده ی میل جنسی و موثر در درمان هموروئید به کار می رود، برگ ها در درمان تراخم (blefarite) و در کاربرد خارجی جهت شستشوی چشم ها و در موارد آبه ها، جوش ها، سوختگی ها، کفگیرک ها نقش دارد به علاوه برگ ها برای درمان کم مویی و در تقویت ناخن ها موثر است.

LU: در منابع تنها کاربرد دانه ها شرح داده شده است؛ موارد استعمال آنها به عنوان تقویت کننده، در درمان ضعف مزمن و لاغری ناشی از برخی بیماری ها (سل، دیابت، راشیتسم و غیره) می باشد. جوشانده، در کاربرد خارجی یک نرم کننده بوده و به شکل داروی غرغره یا قرص مکیدنی جهت درمان تورم گلو، چرک لوزه و برای تنقیه جهت التهابات روده ای به کار می رود؛ جوشانده ی تهیه شده از ۳ تا ۴ قاشق چایخوری از آرد آن در سرکه به عنوان یک ضماد در التهابات پوستی و تسریع بهبود زخم ها به کار می رود.

PR: گچ های (plasters) تهیه شده از دانه ها یا برگ های تازه، به عنوان مصرف موضعی جهت تقویت مو و ناخن ها و در موارد سوختگی به کار می روند؛ دم کرده ها و جوشانده های برگ ها و دانه ها

در مصارف خوراکی برای موارد استعمالی که در بالا ذکر شد کاربرد دارند. دم کرده ی برگ های خشک یا دانه ها در حاملگی برای آماده سازی زن حامله، جهت زایمان مصرف می گردد.

LR: یک جوشانده که از ۳۰ تا ۵۰ گرم دانه های خرد شده در ۱ لیتر آب تهیه می شود؛ می تواند با عسل یا به شکل ساشه همراه با چند قطره اسانس نعناع فلفلی، *Mentha piperita L.* برای

بهبود طعم جوشانده استفاده شود. دارویی برای کم خونی از ۸۰ گرم عصاره ی مایع دانه ها و برگ های شنبلیله *Trigonella foenum-graecum* ۱۰ گرم عصاره ی مایع ریشه های نوعی ترشک، *Rumex crispus L.* ۲ گرم اسید فسفوریک، *Phosphoric acid*، اگر گرم تنتورانیل *Vanilla tincture* ۳۰۰ میلی لیتر شربت پرتقال تهیه می شود؛ این مواد به دقت مخلوط گردد و پیش از هر وعده غذا یک قاشق مصرف گردد.

۳.۱۲. تیره ی دارویش Loranthaceae

۱. ۳.۱۲. نام علمی

Viscum album L.



V: دارویش.

A: تمام گیاه.

P: سیاه - چشمه (ماکو) - ۱۷۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

PU: کاهنده ی فشار خون، مدر، مناسب جهت خونریزی های داخلی.

LU: کاهنده ی فشار خون، مقوی قلب و مدر خفیف؛ این دارو در موارد خونریزی های داخلی نیز به کار برده می شود.

PR: جوشانده و دم کرده ی تهیه شده از ۲۰ تا ۳۰ گرم برگ های خشک در ۱ لیتر آب، مشهور بوده و استفاده می شود. این جوشانده باید پیش از هر وعده ی غذایی نوشیده شود. برای تهیه ی خیسانده ای که در قاعدگی دردناک موثر است، یک فنجان آب سرد را به همراه یک قاشق چایخوری از برگ ها در ظرفی ریخته، اجازه دهید به مدت حداقل ۸ دقیقه بماند، سپس آن را صاف کرده و در فواصل ۳ بار در روز میل نمایید.

LR: دم کرده ی تهیه شده از ۵ تا ۶ گرم برگ های خشک در یک فنجان آب جهت کاهش فشار خون و کارکردهای قلبی آن، مصرف می گردد.

۳.۱۳. تیره ی خون فلیمان Lythraceae

۱. ۳.۱۳. نام علمی

Lythrum salicaria L.



V: فاراندال.

A: پل دشت (ماکو) — ۱۶۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: شکوفه ها.

PU: قابض، ضد خونریزی، درمان اسهال، اسهال خونی، وجود خون در ادرار، ترشح سفید خانم ها (leucorrhoea)، خون دماغ، قاعدگی دردناک.

LU: قابض، تقویت کننده، یک داروی با ارزش در درمان اسهال، اسهال خونی، التهاب روده ای و غیره است. این گیاه هم چنین در موارد قاعدگی دردناک،

وجود خون در ادرار و خون دماغ بسیار ارزشمند است.

PR: این دارو در کاربرد خارجی به عنوان ماده ی شستشو در بیماری های پوستی لوپوسی، اگرما، زرد زخم کاربرد داشته، هم چنین جهت التهاب سیستم ادراری- تناسلی بانوان، استفاده می گردد. ۶۰ تا ۷۰ گرم گل های خشک را در ۱ لیتر آب ریخته و اجازه دهید به مدت ۱۰ دقیقه بجوشد؛ این جوشانده تنها باید در مصارف خارجی به کار رود.

LR: این دارو برای اسهال مفید است؛ ۳۰ گرم از گل های خون فام *Lythrum*، را با ۱۰ گرم از گل های نعناع فلفلی *Mentha piperita*، ۳۰ گرم گل های علف مبارک *Geum urbanum L.*، ۳۰ گرم دانه های به *Cydonia oblonga Mill.* ۱۰ گرم برگ های بادرنجبویه *Melissa officinalis L.*، ۳۰ گرم ریشه های علف هفت بند *Polygonum oviculare L.*، ترکیب کرده و به مدت چند دقیقه در ۱/۵ لیتر آب بجوشانید، اجازه دهید به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بماند و سپس در دوزهای ۲ تا ۳ لیوان کوچک در روز مصرف گردد.

۳.۱۴. خانواده ی پنیرک Malvaceae

۱. ۳.۱۴. نام علمی

Althaea officinalis L.



V: خنمی.

A: قاسم لو (ارومیه) — ۱۸۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: گل ها، برگ ها، ریشه ها.

PU: مهمل، برای درمان التهاب سیستم گوارشی و تنفسی؛ کاربرد خارجی آن در

در درمان سوختگی ها و گزش حشرات است.

LU: این گیاه از قدیم به عنوان یک داروی عامه پسند در آذربایجان کاربرد داشته است، گستردگی آن احتمالا به دلیل فراوانی این گیاه در سراسر ایران می باشد. این گیاه مصرف خوراکی و خارجی داشته، به دلیل حجم زیاد لعاب آن به عنوان مرهم و ملین استفاده می شود. این گیاه در موارد سرفه ها، برونشیت و غیره و در بیماری های دردناک اندام های ادراری و التهاب مثانه موثر است.

PR: جوشانده ای حاوی یک مشت پر از گل ها که به مدت ۵ دقیقه در ۱ لیتر آب جوشیده شده، تهیه می گردد؛ این جوشانده در مصارف خوراکی به عنوان مهمل، در کاربرد خارجی به عنوان ماده ی دهان شویه برای التهابات مخاط دهان و گلو و به عنوان شستشوی موضعی جهت التهابات پوستی و زخم ها، موثر است. در ناراحتی های تنفسی، ۱ تا ۲ قاشق گل های خشک و پودر شده در دوزهای متوالی با یک فنجان آب گرم یا شیر، مفید می باشد. برگ هایی که خرد شده و با روغن مخلوط گردیده اند، در موارد سوختگی ها، گزیدگی ها و غیره کاربرد موضعی دارند.

LR: در منابع روش های تهیه ی بسیاری برای این گونه گزارش شده که به طور عمده در این روش ها، این گونه در ترکیب با دیگر داروها مورد استفاده قرار می گیرد. موارد استعمال زیادی برای جوشانده ها و دم کرده های تهیه شده از گل ها و برگ ها شناخته شده است، مانند کاربردی که در تهیه ی شربت ها، لوسیون ها و محلول ها جهت استعمال خارجی دارند.

۲. ۱۴. ۳. نام علمی

Malva sylvestris L.



V: پتیرک.

A: ارومیه — ۱۳۴۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: تمام گیاه.

PU: مسهل، درمان سرفه ها، به عنوان محافظ مخاط مثانه و معده؛ مصرف موضعی در درمان سوختگی ها، حشره و عقرب گزیدگی ها و به عنوان نرم کننده ی سینه موثر می باشد.

LU: تسکین دهنده، نرم کننده، تسکین دهنده ی اختلالات سیستم تنفسی. دم کرده ها و جوشانده ها در درمان سرفه، سرما خوردگی ها و جهت التهاب سیستم های تنفسی، ادراری - تناسلی، گوارشی موثر است.

PR: دم کرده ی گل ها به عنوان نرم کننده و مسهل ۲ بار در روز، صبح زود و پیش از خواب داده می شود؛ دم کرده ی برگ ها به عنوان نرم کننده ی سینه و درمان سرفه ها استفاده می گردد؛ دم کرده ی میوه ها در درمان سرفه، زخم معده و آسیب اندام های ادراری به کار می رود.

LR: مانند ختمی *Althaea*، بسیاری از روش های تهیه (دم کرده ها، جوشانده ها، لوسيون ها) جهت کاربرد خارجی و مصرف خوراکی، گزارش شده اند.

۱۵. ۳. خانواده ی *Oleaceae*

۱. ۱۵. ۳. نام علمی

Fraxinus excelsior L.



V: زبان گنجشک.

A: سلماس — ۱۵۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: پوست، برگ ها، دانه ها.

PU: دافع کرم، مدر، تقویت کننده ی عمومی. LU: پوست آن به عنوان قابض، ضد تب و در درمان سرفه ها، موثر است؛ برگ ها برای دردهای روماتیسمی، نفرس و به عنوان داروی مدر، معرق و ضد روماتیسم مفید می باشند.

PR: جوشانده ها و دم کرده ها که از یک قاشق برگ ها یا پوست له شده در یک فنجان آب تهیه شده اند؛ به عنوان یک داروی دفع کرم، مدر و جهت اختلالات کلیوی مورد استفاده قرار می گیرند.

LR: دم کرده ای از ۳۰ تا ۶۰ گرم برگ های خشک در ۱ لیتر آب تهیه شده و به عنوان یک داروی مسهل و مدر مصرف می گردد. پودر پوست آن در تب های متناوب، در دوزهای متوالی به صورت ۱۰ تا ۱۵ گرم در روز مصرف می گردد.

۱۶. ۳. خانواده ی خشکاش *Papaveraceae*

۱. ۱۶. ۳. نام علمی

Chelidonium majus L.



V: مامیران.

A: نقده — ۲۵۰۰ - ۱۰۰۰ متر بالاتر از

سطح دریا.

P: تمام گیاه.

PU: در درمان ناراحتی های معده، اسهال، التهاب کیسه ی صفرا، آسم، و در کاربرد خارجی به عنوان ترمیم کننده ی زخم کاربرد دارد.

LU: مصرف خوراکی آن به عنوان داروی مدر، مسهل، مسکن، کاهش دهنده ی اسپاسم، کاهش دهنده ی فشار خون، دافع کرم می باشد؛ کاربرد خارجی آن در یرقان، بیماری های غدد لنفاوی گردن (خنزیر)، آگزماست. جوشانده ی برگ ها یا عصاره ی آن تاثیر زیادی در درمان میخچه و زگیل دارد.

PR: عصاره ی تازه ی گیاه در مصارف خارجی به عنوان ترمیم کننده ی زخم و برای میخچه و زگیل کاربرد داشته؛ در اسهال ساده، آسم، اختلالات معده موثر است، ۱ تا ۲ قاشق برگ های خشک و پودر شده در ۱ لیتر آب جوش را به مدت ۵ دقیقه دم کرده و به صورت دلخواه در طی روز میل نمایید.

LR: داروهای گیاهی که مصرف خوراکی دارند در منابع گزارش شده اند، برای مثال جوشانده ها و دم کرده هایی با افزودن ۵ تا ۳۰ گرم از ریشه ها در ۱ لیتر شراب سفید تهیه شده اند، در دوزهای ۱ فنجان پیش از هر وعده غذا، به عنوان داروی مدر و مسهل مصرف می گردند. یک دارو که از عصاره های گلگیری ۰/۵ گرم علف خشک مامیران (مامیران کبیر) *Chelidonium majus*، ۲/۵ گرم علف خشک غافث کنفی *Eupatorium cannabinum L.*، ۲/۵ گرم علف خشک نوعی شاتره *Fumaria officinalis L.*، ۳ گرم علف خشک قوش ارسباراتی *Hieracium pilosella L.*، ۳ گرم پوست خشک سیاه توسه *Frangula alnus Mill.*، ۴۰ گرم گلگیرین، آب به میزان ۲۰۰ میلی لیتر تهیه شده، در دوزهای یک قاشق چایخوری پیش از هر وعده مصرف

۳.۱۸. تیره ی علف هفت بند

Polygonaceae

۳.۱۸.۱. نام علمی

Rumex crispus L.



V: ترشک.

A: ارومیه (حومه) — ۱۲۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: ریشه ها.

PU: در مصرف خوراکی به عنوان داروی ضد خونریزی می باشد؛ در استعمال خارجی ترمیم کننده ی زخم است؛ عصاره ی آبی گیاه به عنوان رنگ مو مورد استفاده قرار می گیرد.

LU: این گیاه به عنوان عامل کمک کننده هضم غذا، مدر و عامل ضد ویروسی به کار می رود.

PR: یک مشت پر از دانه ها در جوشانده جهت تهیه ی دارویی که موارد استعمال آن در بالا ذکر شد، به کار می رود.

LR: داروی مشهوری بر علیه تبخال که توسط میر حیدری (۱۹۹۳) گزارش شده، از ریشه های خشک ترشک *Rumex crispus*، ساقه های

زیر زمینی خشک ریواس *Rheum palmatum L.*، ریشه های خشک شور خاردار *Salsola kali L.*،

پوست خشک نارون *Ulmus campestris L.*، چتری

سرشاخه های خشک *Gelsemium sempervirens (L.) St.-Hil.* و از هر

کدام ۴ گرم، تهیه می شود. داروها در ۱۰۰۰ گرم آب جوشیده می گردد تا

PR: دانه های این گونه ترکیب مشهور "چهار تخمه" را تشکیل می دهند که در دوزهای از قبل آماده شده، به فروش می رسند. این ترکیب جهت آماده سازی دم کرده ای که به عنوان نرم کننده ی سینه است، در موارد سرفه ها و گلودرد کاربرد دارد. این ترکیب از دانه های بارهنگ *Plantago major*، قدومه *Alyssum homalocarpum* (F.et.M.) Boiss، مریم گلی لوله ای *Salvia macrosiphon* Boiss، میوه ی به *Cydonia oblonga* Mill. و از هر کدام به مقدار مساوی تشکیل می شود. دو قاشق از هر یک از گونه ها در یک لیوان آب ریخته و اجازه دهید به مدت چند دقیقه خیس بخورد؛ این محلول پس از وعده های غذایی و پیش از خواب مصرف می گردد.

دم کرده ی برگ های خشک در یک فنجان آب دو بار در روز به صورت خوراکی جهت درمان گرفتگی صدا، دندان درد، اسهال و دفع کرم ها، داده می شود. عصاره ی تازه ی حاصل از برگ ها به عنوان داروی خون بند برای زخم ها و حشره گزیدگی ها مورد استفاده قرار می گیرد.

LR: جوشانده ی تهیه شده از ۵۰-۱۰۰ گرم ریشه ها یا برگ ها در ۱ لیتر آب جهت خونریزی سیستم تنفسی مورد استفاده قرار می گیرد؛ مقداری از برگ های تازه در ۲۵۰ میلی لیتر شیر جوشیده و جهت خنک سازی و آفتاب سوختگی صورت به کار می رود.



می گردد که به عنوان یک داروی کاهنده ی فشار خون بسیار مفید است. جهت استعمال خارجی، مقدار مساوی عصاره ی گلبرین، یا عصاره ی تازه و خالص گیاه برای میخچه ها و زگیل ها به کار می روند. گفته می شود یک ماده ی شستشوی چشمی که از ۴ گرم عصاره ی تازه ی گیاه و ۱۰۰ گرم گل محمدی *Rosa damascena* Mill. تهیه شده بهترین درمان جهت تورم چشمی محسوب می گردد.

۳.۱۷. تیره ی بارهنگ Plantaginaceae

۳.۱۷.۱. نام علمی

Plantago major L.



V: بارهنگ.

A: ارومیه — ۱۳۴۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: برگ ها، ریشه ها، دانه ها.

PU: جهت گرفتگی صدا، دندان درد، اسهال، التهاب معده؛ در مصرف خارجی به عنوان داروی بند آورنده ی خون است.

LU: در مصرف خوراکی، به عنوان قابض، تسکین دهنده، داروی آرام بخش، و

anticatharral بوده است؛ جوشانده ی تهیه شده از دانه ها، در التهاب کلیه و

مجاری ادراری کاربرد دارد. استعمال خارجی برگ های پخته شده بر روی

قسمت هایی از بدن که توسط حشرات گزیده شده اند، موجب احساس راحتی و

توقف خونریزی از زخم های کوچک می گردد. جوشانده ی ریشه ها که با

عسل شیرین شده، داروی مناسبی برای غرغره کردن در موارد التهاب مخاط

دهانی و حرکت لوزه ها می باشد.

۳.۲۰. تیروید سبب زمینی Solanaceae

۳.۲۰. ۱. نام علمی

Datura stramonium L.



V: تاتوره.

A: قره داغ (حومه) — ۲۴۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: برگ ها، دانه ها.

PU: جهت مشکلات روماتیسمی؛ برگ ها خشک برای کشیدن (به صورت سیگار) در ناراحتی های ریوی، به ویژه آسم، و درمان اختلالات گوارشی در سل کاربرد دارد.

LU: در درمان نورالژی صورت، روماتیسم ها و به عنوان داروی مسکن عمومی، به کار می رود.

PR: در درمان روماتیسم، برگ های تازه را در روغن خیس کرده، با ماساژ بر روی قسمت مبتلا، به کار برده می شود. به علاوه جوشانده یا دم کرده از برگ های خشک و آب تهیه می شود و به صورت کاربرد خارجی در درمان زخم ها، سوختگی ها و هموروئیدها به کار می رود.

LR: در منابع کاربرد برگ ها در تهیه ی سیگار های ضد آسم، در دوزهای ۱ تا ۲ عدد در روز، که حاوی ۱ تا ۱/۵ گرم دارو می باشد؛ گزارش شده است (زرگری، ۱۹۹۲-۱۹۸۹؛ معطر و همکاران، ۱۹۹۱). برای درمان نورالژی، یک ضماد که از ۰/۰۰۵ گرم عصاره ی برگ ها تهیه شده، به صورت موضعی بر روی ناحیه ی مبتلا با ماساژ دادن به کار برده می شود.

در منابع داروی مسکنی گزارش شده است (زرگری، ۱۹۹۲-۱۹۸۹): ۱۰ گرم

۳.۱۹. ۲. نام علمی

Rosa canina L.



V: نسترن.

A: قاسم لو — ۱۸۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.
P: به طور کلی میوه ها، برخی مواقع برگ ها و گل ها نیز استفاده می شود.
PU: مدر، آرام بخش، ضد سنگ کلیه و مثانه.

LU: مدر، قابض، ضد اسهال، ضد درد.
PR: دم کرده ی تشکیل شده از دو قاشق میوه های خشک به یک فنجان آب به عنوان یک داروی مدر در التهاب مثانه و کلیه و هم چنین در برطرف کردن سنگ های مثانه و کلیه، مفید می باشد؛ این دم کرده به عنوان یک داروی آرام بخش شهرت قابل توجهی دارد. گوشت میوه ها در طب کودکان جهت دفع آسکاریس، استفاده می گردد.

LR: دم کرده ی گل ها جهت پاکسازی زخم ها و سوختگی ها مفید می باشد. دم کرده ی میوه ها بدون دانه (۵:۱۰۰) به عنوان قابض و آرام بخش مورد استفاده قرار می گیرد؛ جوشانده برای بیماری اسکوربوت و اختلالات کلیه، مفید می باشد. فیبرهای موجود در تفاله ی میوه ها با عسل مخلوط شده و (۳۰/۰ گرم) به عنوان یک داروی ضد کرم، مصرف می گردد.



زمانی که محلول تا حجم ۱/۵ غلیظ شود و پس از صاف کردن، ۱۰۰ گرم شربت از نوعی شاتره *Fumaria officinalis* L. افزوده می شود. همه ی این دارو باید در طول روز مصرف گردد. ثابت شده این جوشانده خود عامل ارزشمندی در درمان بیماری های پوستی مانند اگزما و پسوریازیس، جرب (گری) و هم چنین در سیفلیس می باشد.

۳.۱۹. خانوادۀ (رزاسه)

گل سرخ Rosaceae

۳.۱۹. ۱. نام علمی گیاه

Prunus mahaleb L.



V: محلب، ملحم.

A: قره داغ — ۲۰۰۰ متر بالاتر از سطح دریا.

P: میوه ها، دانه ها.

PU: میوه ها به عنوان آرام بخش در اندام های تنفسی فوقانی مورد استفاده قرار می گیرند؛ دانه ها به عنوان داروی مسکن کاربرد دارد.

LU: مسکن، معرق.

PR: میوه های تازه جهت کمک به تنفس خورده می شود؛ آنها به عنوان تسکین دهنده ی اندام های تنفسی فوقانی، حایز اهمیت هستند. به طور معمول استعمال دانه های کوبیده شده در پهلوا ها و کمر، به عنوان مسکن موثر می باشد.

LR: دانه ها پودر شده و با عسل به صورت خوراکی برای دردهایی که ناشی از کولیک کلیوی و کبدی هستند، به کار می روند.

برگ های خشک تاتوره
Datura stramonium, ۱۰ گرم
 برگ های خشک تنباکو
Nicotiana tabacum L., ۱۰ گرم
 برگ های خشک گیاهان
 تاج ریزی ایرانی (تاج ریزی پیچ)
Solanum dulcamara L., ۵ گرم
 میوه های خشخاش
papaver somniferum L.,
 ۱۵ گرم دانه های شنبلیله
Trigonella foenum-graecum L.,
 ۱ لیتر آب جوش را بر روی این داروها
 ریخته و اجازه دهید به مدت ۲۰ دقیقه
 جوشیده و سپس آنها را صاف نمایید.
 یک پارچه را با این جوشانده مرطوب
 کرده در نواحی دردناک به کار برید.

۳.۲۱. تیره ی چتریان Umbelliferae

۳.۲۱.۱ نام علمی

Carum carvi L.



۷: زیره ی سیاه.

A: کوه راش (حومه) — ۲۸۰۰ تا ۳۳۰۰
 متر بالاتر از سطح دریا.

P: میوه ها، دانه ها.

PU: ضد نفخ، شیرآور، هضم کننده،
 ضد اسپاسم، ضد عفونی کننده.

LU: عملکردهای آن به عنوان هضم
 کننده، تسکین دهنده ی نفخ، مدر و
 شیرآور گزارش شده است؛ استفاده از
 دانه ها، به ویژه به عنوان تسکین دهنده ی
 نفخ، پس از خوردن پوست بیرونی آن،
 بسیار رایج است.

PR: دم کرده ی تهیه شده از ۲ تا ۳

قاشق دانه های خرد شده در ۰/۵ لیتر
 آب، که با عمل شیرین شده؛ به عنوان
 آرام بخش و تسکین دهنده ی نفخ
 مصرف می گردد. اسانس گرفته شده از
 دانه ها با روغن بادام ترکیب شده و در
 موارد کولیک معدی کودکان جهت
 مالیدن بر روی شکم، به کار می رود.
 بانوان این گونه را برای سینه ها و به منظور
 افزایش ترشح شیر به کار می برند.

LR: یک محلول با ویژگی های ضد
 نفخ، گزارش شده که محتوای آن ۲۰
 میلی لیتر اسانس *Carum carvi*، الکل
 ۶۰٪، ۶۰۰ میلی لیتر و آب تا میزان ۱۰۰۰
 میلی لیتر می باشد. اسانس با الکل ترکیب
 شده و سپس، آب همراه با تکان دادن
 اضافه می گردد؛ محلول را با ۵۰ گرم طلق
 (پودر تالک) شفاف نمایید، اجازه دهید
 برای چند ساعت مانده و سپس صاف
 گردد. در دوزهای ۱-۰/۳ میلی لیتر برای
 بزرگسالان تجویز می گردد.

پودر ضد نفخ: میوه های رازیانه
Foeniculum vulgare Mill.,
 میوه های انیسون (ادویه ها)
Pimpinella anisum L., میوه های
 گشنیز، *Coriandrum sativum* L.,
 بذر های زیره ی سیاه، *Carum carvi*,
 از هر کدام ۱۵ گرم، یک لیوان آب
 سرد را بر روی یک قاشق از این
 ترکیب که به درستی پودر شده، بریزید
 و به خوبی مخلوط کنید. پس از اینکه
 به درستی تکان داده شد، ۲ بار در روز
 میل گردد.

۴. بحث

در آذربایجان غربی، همانند بسیاری از
 دیگر کشورها با فرهنگ شرقی، گیاهان
 دارویی مهم ترین ابزار مورد استفاده در
 مراقبت از سلامت هستند که این امر شاید
 ناشی از وجود فلور گیاهی غنی در این
 منطقه می باشد.

تعداد زیادی از گیاهان دارویی توسط

مردم این منطقه مورد استفاده قرار
 می گیرند. تا به امروز اطلاعات گیاه شناسی
 قومی آذربایجان غربی که تقریباً شامل
 ۱۰۰ گونه است، فهرست گردیده اند. ما
 در این تحقیق به توصیف ۳۰ نمونه که در
 میان مردم مصرف بیشتری دارند،
 پرداخته ایم؛ آنها گوناگونی گسترده ای
 را نشان می دهند و در حقیقت به ۲۱
 خانواده ی مختلف تعلق دارند.

برخی از این گونه ها بسیار زیاد مورد
 استفاده قرار می گیرند به گونه ای که هر
 مصاحبه شونده ای آن را به خاطر
 می آورد (بومادران *milfoil*، ختمی
althaea، شیرین بیان *licorice*، آققی
sambucus، آویشن *thyme*)
 و برخی دیگر تنها توسط فروشندگان
 بازاری شناخته و به کار گرفته می شوند
 (گیاه مرغ *cynodon*، پادرنجبویه
dracocephalum، زنجبیل شامی
inula).

به طور کلی داروهای فروشی در بازار، از
 گیاهان خودرو به دست می آیند که به
 طور مستقیم توسط فروشندگان، یا
 کشاورزان و چوپانانی که آنها را برای
 فروشندگان بازار تامین می کنند، جمع
 آوری می گردند؛ آنها نمونه های گیاهی
 را تمیز و خشک کرده و سپس آنها را در
 معرض فروش می گذارند. در مناطق
 اطراف ارومیه، چندین گونه ی خودرو در
 مقیاس وسیع تحت کشت قرار گرفته اند:
 برای مثال فرنجمشک (وارنگ بو)
melissa، آویشن *thyme*، درمنه
artemisia، بولاغ اوتی
nasturtium، پونه *mentha*، و

غیره؛ هم چنین برخی از این گونه ها به
 صورت تازه به فروش می رسند.
 به طور کلی فروشندگان داروهای را که
 شامل ترکیب چند گیاه است به افراد
 می دهند که این امر به جهت تاثیر بهتر آن
 است، درحالی که در سنت خانواده،
 کاربرد تنها یکی از این گونه ها برای هر

درمان رواج بیشتری دارد؛ اما برخی از گیاهان ترکیبی هم وجود دارند که برای عموم شناخته شده اند و مورد استفاده قرار می گیرند مانند "چهار تخمه" که مخلوطی از دانه های پارهنگ *Plantago major*، قندومه میوه *Alyssum homalocarpum*، تخت مریم گلی *Salvia macrosiphon*، و به *Cydonia oblonga* است که اثرات بسیار خوبی در درمان سرفه دارد.

بر اساس اطلاعات به دست آمده می توان چنین قضاوت کرد که تعداد زیادی از گیاهان بومی به عنوان ترمیم کننده در درمان زخم ها به کار گرفته شده اند و این امر احتمالی تواند با مشاغل مردم ایران چه در گذشته و چه در حال (کشاورزی و دامپروری)، ارتباط داشته باشد. به همین دلیل مصاحبه شوندگان بسیاری از گیاهان دارای ویژگی های ضد تورم و ضد عفونی کنندگی را نام برده اند مثل: بومادران *Achillea millefolium*، گلرنگ (کاجیره یا کافشه) *Carthamus tinctorius*، بادرشو *Dracocephalum moldavica*، خنمی *Althaea officinalis*، بولاغ اوتی *Nasturtium officinale* و غیره.

فهرست کردن داروهای گیاهی که در آذربایجان غربی به کار رفته اند بسیار مهم می باشد، نخست به دلیل مسمومیت زایی برخی از آنها است، سمیت هایی که همیشه توسط فروشندگان بازاری قابل تشخیص نمی باشند. آنها هشدارهای جدی را برای برخی گونه های خطرناک ارائه می دهند که از این نمونه می توان مامیران *Chelidonium majus*، محلب *Prunus mahaleb* و ناتوره *Datura stramonium* را نام برد؛ به طور کلی آنان ذکر کردند که گیاهی مانند *Nasturtium officinale* بولاغ اوتی

به این دلیل که روند خشک کردن باعث افزایش سمیت زایی آن می شود را باید فقط به صورت تازه مورد مصرف قرار داد. به علاوه، فروشندگان موارد بسیاری از مسمومیت را که به علت مصرف زیاد شیرین بیان *Glycyrrhiza echinata* بوده را ذکر کردند؛ در حقیقت فروشندگان، این گیاه را سمی معرفی کرده و مصرف آن را تنها با مشاوره ی پزشکی توصیه می کردند. از این مصاحبه ها می توان به این نکته اشاره کرد که طب عوام از گونه ای با نام علمی *G. echinata* استفاده می کند که گونه ای خودرو در کلیه ی مناطق آذربایجان غربی است، در جایی که گیاه درمانی رسمی ایرانیان تنها گونه ی شیرین بیان *G. glabra* را گزارش می کند.

از طرفی دیگر، داروаш *Viscum album* به علت سمیت آن گونه ای مشهور است و به صورت گسترده توسط فروشندگان جهت آماده سازی داروهایی بسیار رایج مورد استفاده قرار می گیرد در حالی که فروشندگان هرگز به خریداران درباره ی سمیت آن هشدار نداده اند. هم چنین کاکوتی *Thymus kotschyanus* به طور عمده جهت فراهم سازی حمام نیروبخش مورد استفاده قرار گرفته است؛ ولیکن استفاده ی طولانی از چنین حمام هایی می تواند موجب پرخونی و التهاب های جدی شود که هرگز توسط فروشندگان خاطر نشان نشده است؛ از طرف دیگر این مسمومیت زایی شناخته شده ی کاکوتی در منابع ایرانی (زرگری، ۱۹۹۲-۱۹۸۹؛ افشار، ۱۹۹۲؛ میرحیدری، ۱۹۹۳) و برای دیگر گونه های طبقه ی *Thymus* در کتب غربی (Duke، ۱۹۸۸؛ Longo، ۱۹۹۴) ذکر شده است.

بنابراین دانش کافی فروشندگان داروها از گیاهان دارویی و فراتر از آن آگاهی بخشی به خریداران پیرامون مسمومیت زایی

برخی گونه ها، ضروری است. همان گونه که از نتایج گزارش شده بر می آید، اغلب داروهای مورد استفاده دم کرده ها و جوشانده هایی هستند که توسط خود بیماران با ذکر موارد استعمال مناسب آنها از جانب فروشندگان تهیه می شوند. مصرف پودرها نیز بسیار رایج بوده و اغلب با عسل مصرف می شوند. در آذربایجان غربی، رسوم عرق گیری به روش خاتگی گسترش دارد، برای مثال آنچه از یادر شیو *Dracocephalum moldavica* به دست آمده به عنوان مقوی قلب و هم چنین به عنوان یک نوشیدنی هضم کننده به مهمانان تعارف می گردد.

برخی از گونه ها به دلیل سودمندی شان در دامپزشکی شناخته می شوند: بومادران *Achillea millefolium*، ضد هماچوریا و گال ها (scabies)، زنجبیل شامی *Inula helenium*، به عنوان داروی مدر و تقویت کننده، و زیره ی سیاه *Carum carvi*، جهت رفع اسپاسم های معدی و افزایش تولید شیر در گاو است.

اغلب گیاهان اشاره شده توسط مصاحبه شوندگان در منابع ایرانی گزارش شده اند، ولیکن در تاثیرات نسبت داده شده به یک گیاه الزاما مشابه نمی باشند. مثال هایی از مواردی که در گیاه درمانی رسمی ایران گزارش نشده بودند عبارتند از: استفاده از گیاه زبان گنجشک (ون) *Fraxinus excelsior* به عنوان یک داروی ضد کرم، استفاده از گیاه مرغ *Cynodon dactylon* به عنوان دارویی در درمان افسردگی و صرع، استفاده از پارهنگ *Plantago major* به عنوان مسکن در دندان درد و استفاده از چایزه ی کشیش *Capsella bursapastoris* به عنوان آرام بخش و ضد صرع.

در برخی موارد، بخش مورد استفاده ی



گیاه در طب مردمی، با آنچه در گیاه درمانی رسمی ایران کاربرد داشته، متفاوت می باشد: فروشندگان از تمام قسمت های گیاه مرغ *Cynodon dactylon* در تهیه ی دم کرده ها استفاده می کنند، در حالی که در منابع تنها استفاده از ریشه ها و ساقه های زیرزمینی گزارش شده است؛ فروشندگان از برگ ها یا دانه های تازه ی *Trigonella foenum - graecum* در تهیه ی ضمادها، دم کرده ها و جوشانده ها استفاده کرده اند، در حالی که در منابع تنها استفاده از دانه ها گزارش شده است (امین، ۱۹۹۱؛ رجحان، ۱۹۹۱؛ افشار، ۱۹۹۲؛ زرگری، ۱۹۸۹-۱۹۹۲؛ میر حیدری، ۱۹۹۳).

بنابراین در آذربایجان غربی، گیاهان دارویی اغلب تنها روش جایگزین قابل دسترس برای اکثر جمعیت مناطق روستایی جهت مراقبت از سلامت می باشند. برای آنها سایر شیوه های درمان نه تنها متعلق به سنت شان نیست بلکه کاربردی دشوار و یا پرهزینه دارد.

امروزه همچنان کاربرد طب عوام قابل مشاهده است، اما تأثیرات مدرن به طور مداوم سیستم های طب سنتی و استفاده از گیاهان دارویی را تغییر می دهد. توجه ی ابراز شده ی اخیر جامعه ی محققین پیرامون طب طبیعی به این حقیقت مربوط می باشد که امروزه، گیاه درمانی نه تنها به عنوان یک طب جایگزین مورد توجه قرار گرفته بلکه درمانی واقعی است که بخش لاینفک طب به حساب می آید.

اما در برخی موارد، گیاهان دارویی نیاز به ارزیابی علمی بیشتری دارند. این امر می تواند از طریق تأیید تأثیرات داروشناختی گیاهان مورد استفاده و ارتباط این تأثیرات با ترکیبات شیمیایی آنها، صورت پذیرد، به طوری که شناخت صحیح گیاهان، امکان توسعه برای بهبود سودمندی و ایمنی بیشتر درمان های گیاهی سنتی را به وجود می آورد.

منابع

References

- Afshar, I., 1992. The Iranian's Traditional Medicine. Homa Press, Tehran.
- Amin, G., 1991. Popular Medicinal Plants of Iran. Iranian Research Institute of Medicinal Plants, Tehran.
- Davis, D., Cullen, J., Coode, M.J.E. (Eds.), 1965-1978. Flora of Turkey and the East Aegean Islands, vols. 1-6. University Press, Edinburgh.
- Duke, J.A., 1988. Handbook of Medicinal Herbs. CRC Press, Boca Raton, FL, pp. 483-484.
- Ghahreman, A., 1987-1989. Flora of Iran, vol. 9, 10, 11. Department of Botany, Institute of Forest Sciences, Tehran (in Persian).
- Komarov, V.L., Shishkin, B.K. (Eds.), 1934-1973. Flora SSSR. Izdatel'stvo Akademii Nauk SSR, Leningrad.
- Longo, R., 1994. Le Monografie Tedesche, Italian Version, vol. 2. Studio Edizioni, Milan, p. 226.
- Mir Heidari, H., 1993. Encyclopedia of Medicinal Plants of Iran. Islamic Culture Press, Tehran (in Persian).
- Moattar, F., Sheriat, H.S., Afsharipour, S., 1991. Treatment with Medicinal Plants. Marshal Press, Isfahan.
- Pignatti, S., 1982. Flora d'Italia, vols. 1-3. Edagricole, Bologna.
- Rojhan, M.S., 1991. Herbal Drugs and Treatment with Medicinal Plants. Marshal Press, Isfahan.
- Siami, A., 1989. Flora of Azerbaijan, part I, Trees and Shrubs. Urmia (in Persian).
- Tutin, T.G., Heywood, V.H., Burges, N.A., Moore, D.M., Valentine, D.H., Walters, S.M., Webb, D.A. (Eds.), 1989. Flora Europaea, vols. 1-5. Cambridge University Press, Cambridge.
- Zargari, A., 1989-1992. Medicinal Plants. University Publication, Tehran.

طبع های سرد و گرم و تعدادی از پارامتر های نورواندوکرین و سیستم های

ایمنی در طب سنتی ایران:

یک تحقیق مقدماتی

Hot and Cold Natures and some parameters of Neuroendocrine and Immune Systems in Traditional Iranian Medicine:
A Preliminary study

مترجم: دکتر سید حمداله مساوات

THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE

Volume 14, Number 2, 2008.

SHAHILAM SHAHABI, M.D., Ph.D.,

ZUHAIR MUHAMMAD HASSAN, Ph.D.

MEHDI MAHDADI, M.Sc.,

MAHYA DEZFOULI, B.Sc.

MONIREH TORABI RAHVARI, B.Sc.

MOHSEN NASERI, M.D., Ph.D.

NIMA HOSSEINI IAZANI, Ph.D., and HAMID REZA KHALKHALI, M.Sc.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت در ۳۰ سال گذشته برای اجرای شعار "سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰"، گسترش طب سنتی را مورد توجه قرار داده است. در کشورهای که سیستم غالب بهداشت درمان بر اساس پزشکی آلوپاتیک است یا کشورهایی که طب سنتی در تعامل با سیستم درمانی عمومی نیست، طب سنتی معمولاً طب مکمل، طب جایگزین یا طب غیرمرسوم نامیده می شود^{۱-۳}.

طب سنتی که در ایران به کار رفته است، طب سنتی ایران (TIM) نام گرفته است که ریشه های آن به بیش از ۲۰۰۰ سال پیش بر می گردد^{۲-۳}.

با این که سودمندی TIM و این حقیقت که TIM عوارض جانبی خیلی کمی دارد، اثبات شده است اما ما اطلاعات کمی درباره ی مکانیسم های TIM داریم و علی رغم گسترش علوم گوناگون، روش های درمانی TIM مانند دیگر طب های جایگزین بر اساس تجارب و متون متعلق به گذشته های خیلی دور است. در طب سنتی ایران گرم (مزاج) وجود دارد. این اعتقاد در

چکیده

هدف: هدف از این مطالعه به دست آوردن تفاوت های میان افراد با طبع های سرد یا گرم (بر طبق طب سنتی ایران) از لحاظ تغییرات نورواندوکرین و سیستم های ایمنی این افراد می باشد.

روش مطالعه: ۳۷ داوطلب مرد (۲۰-۴۰ ساله) بر اساس اینکه طبع های سرد یا گرم داشتند به دو گروه تقسیم شدند. به علاوه نسبت گرمی به سردی همه ی داوطلبان اندازه گیری شد. غلظت پلاسمایی ایپی نفرین، نوراپی نفرین، کورتیزول و همچنین غلظت اینترفرون گاما ($IFN-\gamma$) و اینترلوکین ۴ ($IL-4$) که به وسیله ی سلولهای تک هسته ای خون محیطی تحریک شده با میتوژن تولید می شوند، اندازه گیری شد. **نتایج:** نتایج نشان داد که نسبت های نوراپی نفرین به ایپی نفرین و ایپی نفرین به کورتیزول به طور قابل ملاحظه ای بالاتر بودند و یک افزایش قابل ملاحظه ی مرزی (border line) در نسبت $IL-4/IFN-\gamma$ در گروه با طبع های گرم در مقایسه با گروه طبع سرد وجود داشت. به علاوه یک رابطه ی خطی مثبت قابل توجه بین نسبت نوراپی نفرین به ایپی نفرین و نسبت گرمی به سردی و یک رابطه ی غیر خطی قابل توجه بین نسبت $IL-4/IFN-\gamma$ و نسبت گرمی به سردی وجود داشت.

نتیجه گیری: می توان این گونه استنتاج کرد که افراد دارای طبع گرم در مقایسه با افراد دارای طبع سرد فعالیت های سیستم عصبی سمپاتیک بیشتر و فعالیت های سیستم عصبی پاراسمپاتیک کمتر و همچنین فعالیت سمپاتیک آدرنال و کورتیکواستروئید آدرنال کمتری داشتند. همچنین در این افراد انحراف سیستم ایمنی به سمت پاسخ های Th_2 بیشتر است. به علاوه با افزایش نسبت گرمی به سردی، فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک افزایش یافته و سمپاتیک آدرنال کاهش یافته بود. همچنین هنگامی که طبع فرد به سمت نهایت گرمی یا سردی تمایل می یابد، انحراف سیستم ایمنی به سمت پاسخ های شبیه به Th_2 بیشتر می شود، اما این افزایش انحراف هنگامی که طبع به سمت نهایت گرمی جهت پیدا می کرد تا به سمت نهایت سردی، خیلی بیشتر قابل توجه بود.

طب سنتی سایر کشورها از جمله طب یونانی، عربی، رومی، هندی، چینی و اروپایی هم وجود دارد ۴-۹.

جزئیات تئوری طبع های سرد و گرم از یونان باستان توسط سقراط (پزشک یونانی، ۳۷۵ تا ۴۶۰ قبل از میلاد) و جالینوس (۱۲۹ تا ۱۹۹ قبل از میلاد) منشا گرفته است ۶،۹،۱۰. از قرن پنجم پس از میلاد، مهد آموزش کلاسیک به مشرق زمین انتقال یافت. مهمترین کتاب پزشکی در شرق، کتاب قانون در طب نوشته ی ابن سینا بود. این کتاب مجموعه ای عالی و طبقه بندی شده از اعتقادات پابرجای گذشتگان همراه با تئوری های پزشکی آن زمان و تجربیات خود ابن سینا به عنوان پزشک بود ۹-۱۰. اصل مهم همه ی تئوری های کهن حفظ تعادل بین عناصر اصلی بدن از جمله گرمی و سردی بود که نقش اساسی ایفا می کرد. در تئوری اخلاطی که در آن افراد براساس خلط غالب بدنشان تقسیم بندی می شوند، افراد با خلط غالب گرم (مزاج دمووی که گرم و تر و مزاج صفراوی که گرم و خشک است) طبع گرم دارند و افراد با خلط غالب سرد (مزاج سوداوی که سرد و خشک و مزاج بلغمی که سرد و تر است) طبع سرد دارند ۴-۹.

این تقسیم بندی بدون در نظر گرفتن بیمار یا سالم بودن فرد، کودک یا سالمند بودن وی، انجام می شود و یک ترکیب منحصر به فرد از همه ی صفات ذاتی و ارثی افراد و شرایط زندگی و فعالیت هایش را در نظر می گیرد ۱۱. بعضی از ویژگی های مزاج های ذکر شده به قرار زیر است ۱۲:

*مزاج دمووی

(Sanguine Temperament):

این مزاج با چهره ی گلگون و لطیف، عضلات درشت و بزرگ و سیاهرگ های پر و بزرگ و نبض قوی شناخته می شود. افراد با این مزاج،

مطمئن و مثبت هستند و کمتر مضطرب می شوند. آنها تمایل زیادی به درگیری خود در فعالیت های فیزیکی و بدنی دارند و در نتیجه معمولاً از عواقب و جراحات های این فعالیت ها رنج می برند. این نوع مزاج ها، "مزاج عضلانی" هم نامیده می شود.

*مزاج بلغمی

(phlegmatic Temperament):

افراد با این مزاج، دارای چهره ای لطیف و موهایی روشن بوده و نرمی و شلی عمومی در بافت های بدن دارند. نبض آنها نرم و عریض است. به دلیل افزایش فعالیت متابولیکی سیستم ایمنی، گرما به درون بدن تمایل پیدا کرده و سطح بدن این افراد سرد است. از این رو افراد بلغمی مزاج واقعا احساس سردی می کنند. بیماران با مزاج بلغمی کند، بی علاقه و بی تفاوت هستند (آپاتیک)، به راحتی تحریک نمی شوند و به آسانی شل و چاق می شوند. این نوع مزاج، "مزاج لنفاوی" نیز نامیده می شود.

*مزاج صفراوی

(Choleric Temperament):

این مزاج با جثه ی لاغر و فعالیت عصبی زیاد شناخته می شود. افراد دارای این مزاج افرادی تند مزاج اند که زود تحریک شده و عصبانی می شوند و زود هم عصبانیتشان فروکش می کند. آنها زندگی عصبی دارند به همین خاطر مستعد اختلالات عصبی و مغزی اند. نبض شان تند و سریع است. پوستشان زرد رنگ به نظر می رسد و موهایشان اغلب قهوه ای رنگ است. این نوع مزاج، "مزاج عصبی" هم نامیده می شود.

*مزاج سوداوی

(Melancholic Temperament):

فرد سوداوی مزاج معمولاً پوست چهره ی تیره رنگی دارد و لاغر به نظر می رسد. بافت های فرد بیمار، زمخت و خشن و خشک است و نبضش باریک و

نخی است. بیماران دارای این مزاج مستعد ابتلا به دوره های مکرر بدبینی، حالت تیرگی شعور، افسردگی و عبوسی و ترش رویی هستند.

هنگام تلاش برای تعیین مزاج افراد، تظاهرات حالت های میانه یا ترکیبی از دو یا چند مزاج دیده می شود که قاعدتاً بیشتر از موارد استثنا است. به همین خاطر اغلب افراد تحت تأثیر هر دو عنصر سردی و گرمی هستند ۱۲. با توجه به این امر، تقسیم بندی افراد بر اساس طبع های گرم و سرد، ارزیابی شدت گرمی و سردی در افراد را ممکن می سازد. شدت نسبی گرمی به سردی را می توان با نسبت گرمی به سردی نشان داد. در یک فرد با طبع بسیار گرم، شدت عنصر گرمی بالا است و شدت عنصر سردی پایین. بنابراین در چنین فردی نسبت گرمی به سردی بالا است. در یک فرد با طبع بسیار سرد شدت عنصر سردی بالا است و شدت عنصر گرمی پایین، بنابراین نسبت گرمی به سردی پایین است. مغز و سیستم ایمنی دو سیستم اصلی در بدن هستند که می توانند خود را با شرایط وفق دهند. از دو یا سه دهه ی گذشته، شواهد قوی وجود دارند مبنی بر این که سیستم عصبی مرکزی (CNS) پیام هایی را از سیستم ایمنی دریافت می کند و برعکس پیام های مغز عملکرد سیستم ایمنی را تنظیم می کند. بنابراین مغز و سیستم ایمنی از لحاظ عملکرد با یکدیگر مرتبط اند و یک ارتباط دوسویه دارند. عملکرد اصلی آنها حفظ هموستاز بدن است ۱۳.

دو مسیر مغز و سیستم ایمنی را به هم مربوط می کند: سیستم عصبی اتونوم (ANS) و محور هیپوفیز - آدرنال ۱۳. اگرچه مدولای آدرنال در ارتباط با سیستم عصبی سمپاتیک محیطی فعال می شود و کاتکول آمین ترشح می کند اما در شرایط خاصی مثلاً (هیپوگلیسمی)،

TABLE 1. MEANS OF NOREPINEPHRINE/EPINEPHRINE, NOREPINEPHRINE/CORTISOL, AND IL-4/IFN- γ RATIOS IN HOT NATURE AND COLD NATURE GROUPS

Mean	Group	Ratio
8.3314 $\pm$ 5.40834	Hot nature	Norepinephrine/epinephrine
3.5447 $\pm$ 3.10862	Cold nature	
5.8829 $\pm$ 5.189381	Hot nature	Norepinephrine/cortisol
2.9140 $\pm$ 1.56302	Cold nature	
1.8033 $\pm$ 1.54857	Hot nature	IL-4/IFN- γ
0.9047 $\pm$ 0.56534	Cold nature	

IL-4, interleukin-4; IFN- γ , interferon- γ .

پرهیز داده شدند. بر طبق پرسش نامه، هیچ کدام از شرکت کنندگان بیماری خاصی یا شرح حالی از بیماری مزمن در زمان نمونه گیری نداشتند. به علاوه برای تایید سلامت داوطلبان، قسمتی از نمونه ی خون گرفته شده از آنها برای انجام تست های زیر استفاده شد:

ESR, FBS, Uric acid, chol, TG, cr BUN, CBC & differentiation.

در صورت غیر طبیعی بودن هر کدام از این پارامترها، داوطلب مورد نظر از مطالعه خارج می شد. در نهایت ۳۷ داوطلب برای مطالعه انتخاب شدند و به یکی از دو گروه اختصاص داده شدند: طبع گرم (۲۲ نفر) و طبع سرد (۱۵ نفر).

نمونه گیری

داوطلبان به مدت ۱ ساعت قبل از نمونه گیری استراحت کردند. ۱۰ میلی لیتر خون هپارین شده ی به دست آمده، به ۲ قسمت تقسیم شد: یک قسمت برای ارزیابی هورمونی و دیگری برای ارزیابی سایتوکاینی.

ارزیابی هورمونی

نمونه ی خون فوراً سانتریفیوژ شده (در ۴ درجه ی سانتیگراد و ۴۰۰۰rpm) و پلاسما جدا و در دمای ۷۰- درجه ی سانتیگراد فریز می گشت و برای ارزیابی هورمونی نگهداری می شد.

غلظت پلاسمایی اپی نفرین، نوراپی نفرین و کورتیزول (ng/ml) به وسیله ی کیت های

شده بر هوموستازی بدن^{۲۱}، این گونه فرض شده است که فعالیت سیستم های ذکر شده ممکن است با طبع سرد یا گرم در افراد متفاوت باشد. هدف از این مطالعه ارزیابی تفاوت های بین افراد (بر طبق طب سنتی ایران) بر مبنای سیستم های ذکر شده است.

روش مطالعه

این کار توسط کمیته ی تحقیقات انستیتو تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی دانشگاه علوم پزشکی تهران و با رعایت استانداردهای اخلاقی تعیین شده در بیانیه ی هلسینکی ۱۹۷۵ انجام شده است.

انتخاب افراد

افراد مورد مطالعه از میان مردان سالم داوطلب ۴۰-۲۰ ساله انتخاب شدند. مزاج و طبعشان بر مبنای TIM و بر اساس یک پرسشنامه ی استاندارد (که در ضمیمه ی A آورده شده است) مشخص شد. افراد با خلط غالب گرم (دموی و صفراوی) به عنوان افراد با طبع گرم در نظر گرفته شدند و افراد با خلط غالب سرد (سوداوی و بلغمی) به عنوان افراد با طبع سرد در نظر گرفته شدند. نسبت گرمی به سردی برای همه ی داوطلبان بر اساس نتایج به دست آمده از پرسش نامه محاسبه شد.

نمونه گیری از همه ی داوطلبان از ۱۲۳ اکتبر ۲۰۰۵ تا ۲۲ دسامبر ۲۰۰۵ بین ساعات ۵-۳ بعد از ظهر انجام شد. داوطلبان از مصرف هر گونه غذای بسیار گرم یا بسیار سرد و هر گونه دارو در ۲۴ ساعت قبل از نمونه گیری

مدولای آدرنال احتمالاً با درگیری کمتر سیستم عصبی سمپاتیک محیطی به صورت انتخابی فعال می شود^{۱۴}. به علاوه اگرچه یک هم پوشانی قابل توجه بین عملکرد اپی نفرین و نوراپی نفرین وجود دارد ولی تفاوت هایی هم وجود دارند. مثلاً اپی نفرین تمایل دارد که در تحریک بتا - آدرنوسپتورها به طور قوی عمل کند ولی نوراپی نفرین در تحریک آلفا - آدرنوسپتورها، بنابراین تفاوت هایی میان سیستم عصبی سمپاتیک محیطی و مدولای آدرنال در برقراری هوموستاز وجود دارد^{۱۴}. غلظت پلاسمایی اپی نفرین، نوراپی نفرین و کورتیزول می تواند پارامترهای مناسبی برای ارزیابی فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و غده ی آدرنال باشد. بنابراین محاسبه ی نسبت نوراپی نفرین به کورتیزول برای ارزیابی تعادل بین سمپاتیک محیطی و فعالیت کورتیکواستروئید آدرنال به کار می رود. نسبت نوراپی نفرین به اپی نفرین یک نشانگر خوب برای ارزیابی تعادل بین سیستم عصبی سمپاتیک محیطی و فعالیت سمپاتیکی آدرنال است^{۱۵-۱۸}.

پاسخ های ایمنی به دو گروه تقسیم می شوند: T-helper 1 و T-helper 2 پاسخ های Th1 ایمنی سلولی را تسهیل می کنند و Th2 ایمنی هورال و واکنش های آلرژیک را افزایش می دهند. این دو نوع پاسخ ایمنی همدیگر را مهار می کنند^{۱۹} و از طرفی CNS را تحت تاثیر قرار می دهند^{۱۳}. از آنجا که تولید اینترلوکین 4 نشانه ای برای پاسخ ایمنی Th2 و اینترفرون گاما، سایتوکاین اصلی تولید شده در پاسخ ایمنی Th1 است، نسبت تولید IL-4/IFN- γ به وسیله ی سلولهای تک هسته ای خون محیطی (PBMCs) برای ارزیابی انحراف سیستم ایمنی به سمت Th2/Th1 به کار رفته برده شد^{۲۰}.

به خاطر تفاوت تاثیرات سیستم های ذکر

(ELISA) اندازه گیری می شد. کیت های ELISA مورد استفاده برای اندازه گیری اپی نفرین و نوراپی نفرین از IBL (هامبورگ، آلمان) و کیت های مورد استفاده برای اندازه گیری کورتیزول از DBC (آنتاریو، کانادا) تهیه شده بودند.

جدا سازی PBMCs سلولهای تک هسته ای خون محیطی

PBMCs با استفاده از یک Ficoll-Hypaque density gradient (Sigma, St. Louis, MO) و در یک هموسایتمتر (Precicolor, HBG, Germany) شمارش و قابلیت زبستی آنها به وسیله ی Trypan (sigma) blue dye exclusion ارزیابی شد.

آنالیز داده ها

نسبت های نوراپی نفرین به اپی نفرین، نوراپی نفرین به کورتیزول و IL-4/IFN- γ در گروه های با طبع گرم و سرد با استفاده از تست نا پارامتری Mann-Whitney مقایسه شدند. وجود یک همبستگی مشخص بین نسبت های فوق و نسبت گرمی به سردی با استفاده از تست نا پارامتری Spearman correlation ارزیابی شد.

نتایج

میانگین نسبت های نوراپی نفرین به اپی نفرین، نوراپی نفرین به کورتیزول و IL-4/IFN- γ در گروه های با طبع سرد و گرم در جدول شماره ی ۱ نشان داده شده است. میانگین نوراپی نفرین به اپی نفرین، در گروه با طبع گرم به صورت قابل ملاحظه ای در مقایسه با طبع سرد بالاتر بود (شکل شماره ی ۱؛ $P=0.006$). به علاوه یک رابطه ی مثبت قابل توجه ($r=0.437$) بین نسبت های نوراپی نفرین به اپی نفرین و گرمی به سردی شرکت کنندگان وجود

داشت (شکل شماره ی ۲؛ $P=0.008$). این بدین معنا است که هنگامی که نسبت گرمی به سردی افزایش می یابد نسبت نوراپی نفرین به اپی نفرین هم به طور قابل توجهی افزایش می یابد. میانگین نسبت نوراپی نفرین به کورتیزول در گروه با طبع گرم، بسیار بالاتر از میانگین این نسبت در گروه با طبع سرد بود (شکل شماره ی ۳؛ $P=0.07$). به علاوه، رابطه ی قابل توجهی ($r=0.275$) بین نسبت نوراپی نفرین به کورتیزول و نسبت گرمی به سردی (شکل شماره ی ۴؛ $P=0.1$) وجود نداشت. میانگین نسبت IL-4/IFN- γ در گروه با طبع گرم بالاتر بود.

تفاوت بین دو گروه به طور Border line قابل توجه بود (شکل شماره ی ۵؛ $P=0.08$). همچنین رابطه ای قابل ملاحظه ($r=0.387$) بین نسبت IL-4/IFN- γ و نسبت گرمی به سردی افراد ($P=0.022$) وجود داشت. رابطه ی بین نسبت IL-4/IFN- γ و نسبت گرمی به سردی شرکت کنندگان یک ارتباط غیر خطی داشت و همان طور که در شکل شماره ی ۶ نشان داده شده است هنگامی که نسبت گرمی به سردی افزایش می یابد، ابتدا نسبت IL-4/IFN- γ اندکی کاهش یافته و سپس بعد از یک نقطه بریدگی، به صورت ناگهانی افزایش می یابد.

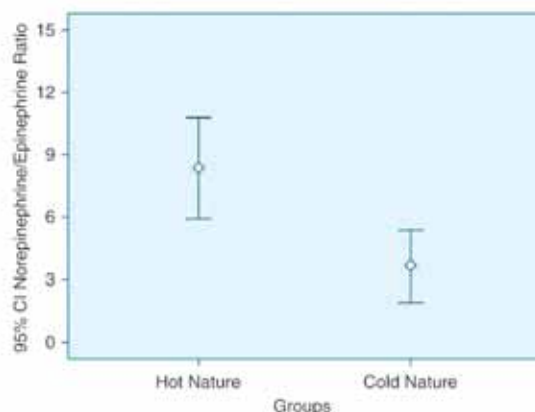


FIG. 1. Ninety-five percent (95%) confidence interval for the mean norepinephrine/epinephrine ratio in Hot and Cold nature groups. The mean norepinephrine/epinephrine ratio in the Hot nature group is significantly greater than in the Cold nature group (Mann-Whitney test; $p = 0.006$).

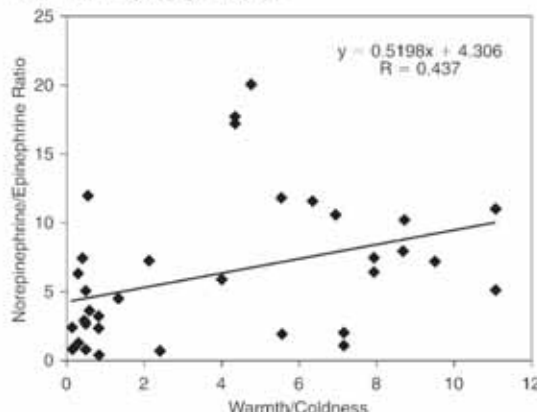


FIG. 2. The correlation between norepinephrine/epinephrine and Warmth/Coldness ratios. There is a significant positive correlation between norepinephrine/epinephrine and Warmth/Coldness ratios. The norepinephrine/epinephrine ratio is increased significantly, while the Warmth/Coldness ratio is increased (nonparametric Spearman correlation test; $p = 0.008$).

بحث

از آنجایی که به نظر می رسد عدم تعادل بین مزاج ها اساسا منجر به ناهنجاری در هموستاز می شود و از طرف دیگر همان طور که ذکر شد ارتباط دو سویه ی مغز و سیستم ایمنی برای نگهداری هموستاز حیاتی است، سعی کرده ایم تفاوت های افراد با طبع های گرم و سرد را در سه مسیر اصلی ارتباط مغز و سیستم ایمنی بررسی کنیم: ANS، غده ی آدرنال و انحراف سیستم ایمنی به سمت الگوی Th1/Th2.

همان طور که در مقدمه اشاره شد، در پاسخ به استرس ها سه سیستم اصلی در بدن فعالیت می کنند. سیستم عصبی سمپاتیک، سیستم عصبی پاراسمپاتیک و محور هیپوفیز آدرنال^{۲۱،۲۲}. البته این سیستم ها در غیاب هر گونه استرسی هم سطح پایین از فعالیت را دارند^{۱۴}.

هدف از این مطالعه امتحان این فرض بود که آیا فاکتورهای میزبان (منظور گرمی و سردی مزاج است) می توانند تعیین کننده ی فعالیت نسبی پایه ی سیستم های ذکر شده باشد. مقایسه ی نسبت های نوراپی نفرین به اپی نفرین و نوراپی نفرین به کورتیزول بین گروه های با طبع سرد و گرم نشان داد که شرکت کننده های با طبع گرم در مقایسه با طبع سرد به طور قابل ملاحظه ای فعالیت سمپاتیک محیطی بیشتری داشتند. اما فعالیت کورتیکواستروئیدی و سمپاتیک آدرنال کمتری داشتند. هنگامی که نسبت گرمی به سردی طبع افزایش می یابد، نسبت فعالیت سمپاتیک محیطی به فعالیت سمپاتیکی آدرنال افزایش می یابد. این گونه می توان نتیجه گرفت که افزایش گرمی طبع فرد همراه با افزایش سمپاتیک محیطی و کاهش فعالیت سمپاتیک آدرنال است. در حالی که افزایش سردی طبع فرد همراه با افزایش فعالیت سمپاتیکی آدرنال و کاهش

گونه می توان استناد کرد که ممکن است افزایش فشار خون به دلیل فعالیت نسبتا کم پاراسمپاتیک (vagal) در طول دوره ای طولانی باشد. درمقابل افت فشار خون در افراد با طبع سرد می تواند به دلیل فعالیت نسبتا بالاتر پاراسمپاتیک در این افراد باشد، زیرا به خوبی اثبات شده است که فعالیت پاراسمپاتیک می تواند باعث کاهش فشار خون شود^{۲۴،۲۵}. نبض های سریع و عمیق در افراد با طبع گرم، در مقایسه با نبض های آهسته در افراد با طبع سرد^۴ را می توان به فعالیت کم سیستم عصبی پاراسمپاتیک و نیز فعالیت زیاد سیستم عصبی سمپاتیک محیطی افراد با طبع گرم در مقایسه با افراد با طبع سرد نسبت داد زیرا فعالیت سیستم های عصبی سمپاتیک و پاراسمپاتیک به ترتیب باعث افزایش و کاهش تعداد ضربان نبض می شود^{۱۴}. این یافته که نسبت فعالیت

فعالیت سمپاتیک محیطی است. از آنجایی که پاسخ هیوفیزی – آدرنو کورتیکال با فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک ارتباط دارد^{۱۸،۲۲}، اندازه گیری نسبت سطح نوراپی نفرین خون به کورتیزول خون در حالت استراحت، برای به دست آوردن تخمینی از تعادل بین فعالیت های سیستم عصبی سمپاتیک محیطی و سیستم عصبی پاراسمپاتیک پیشنهاد شد^{۱۸،۲۲}. بنابر نتایج ذکر شده می توان نتیجه گرفت که شرکت کنندگان با طبع سرد در مقایسه با شرکت کنندگان دارای طبع گرم، فعالیت پاراسمپاتیک بیشتری داشتند. این نتایج با عوارض مربوط به غلبه ی گرمی یا سردی هم خوانی دارد. به عنوان مثال، افزایش فشار خون (HTN) یک وضعیت مربوط به طبع گرم می باشد و از این رو در افراد با طبع گرم شیوع بیشتری دارد^{۲۳}؛ این

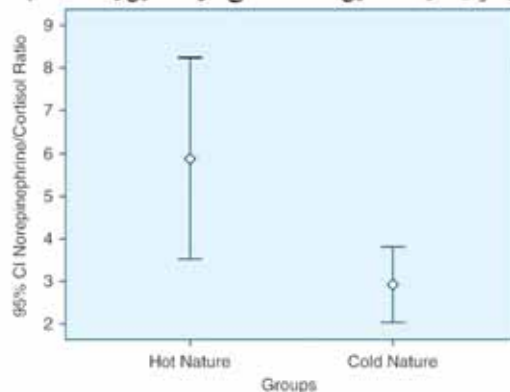


FIG. 3. Ninety-five percent (95%) confidence interval for the mean norepinephrine/cortisol ratios in Hot and Cold nature groups. The mean norepinephrine/cortisol ratio in the Hot nature group is significantly higher than in the Cold nature group (Mann-Whitney test; $p = 0.007$).

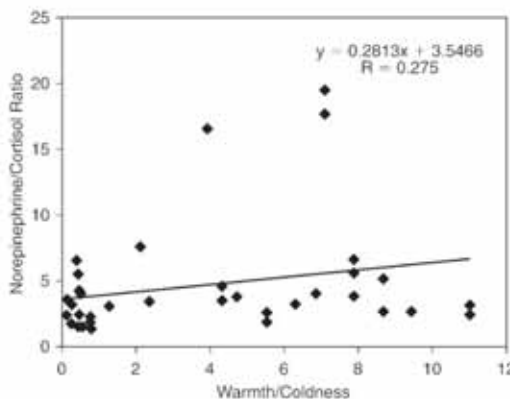


FIG. 4. The correlation between norepinephrine/cortisol and Warmth/Coldness ratios. There is not a significant positive correlation between norepinephrine/cortisol and Warmth/Coldness ratios (nonparametric Spearman correlation test; $p = 0.1$).

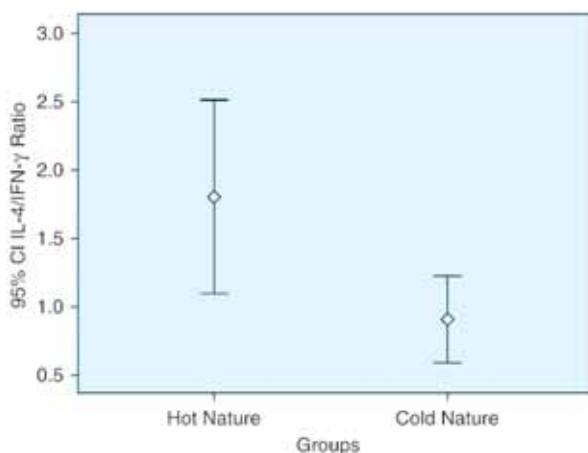


FIG. 5. Ninety-five percent (95%) confidence interval for the mean interleukin-4/interferon- γ (IL-4/IFN- γ) ratios in Hot and Cold nature groups. The mean IL-4/IFN- γ ratio in the Hot nature group is higher than in the Cold nature group (Mann-Whitney test, $p = 0.08$).

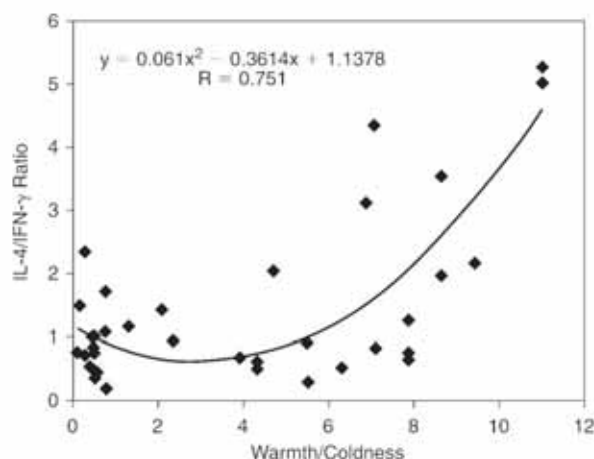


FIG. 6. The correlation between interleukin-4/interferon- γ (IL-4/IFN- γ) and Warmth/Coldness ratios. There is a nonlinear association between IL-4/IFN- γ and Warmth/Coldness ratios (non-parametric Spearman correlation test; $p = 0.022$).

گلوکوکورتیکوئیدها و اپی نفرینی که از غده ی آدرنال ترشح می شوند شبیه سیستم عصبی سمپاتیک، سیستم ایمنی را به سمت پاسخ های شبیه Th2 منحرف می کند و این امر می تواند هنگامی که طبع به سمت شدت سردی تمایل پیدا می کند علت انحراف خفیف سیستم ایمنی به سمت پاسخ های شبیه Th2 باشد^{۱۳}. به دلیل عصب دهی اغلب بافت های بدن شامل ارگان های لنفاتیکی به وسیله ی سیستم عصبی سمپاتیک^{۱۳،۳۰}، به نظر می رسد که سیستم عصبی سمپاتیک محیطی بسیار قوی تر از غده ی آدرنال در

نشان داده شده است، وقتی که طبع به سمت شدت گرمی یا سردی می گراید، انحراف سیستم ایمنی به سمت پاسخ های شبیه به Th2 افزایش می یابد اما این افزایش در هنگام تمایل به سمت شدت گرمی بسیار بیشتر از هنگام تمایل به سمت شدت سردی است. این یافته ها در تطابق با نتایجی است که نشان می دهند فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک محیطی در افراد با طبع گرم بیشتر است زیرا تحریک سیستم عصبی سمپاتیک محیطی پاسخ ایمنی را به سمت پاسخ های شبیه Th2 منحرف می کند. اگر چه

سمپاتیک محیطی به فعالیت کورتیکو استروئیدی یا افزایش نسبت گرمی به سردی افزایش نمی یابد، حاکی از این است که فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک با افزایش سردی طبع افزایش نمی یابد. این مطلب ممکن است ناشی از تاثیر فاکتورهای دیگر غیر از سردی و گرمی روی فعالیت پاراسمپاتیک باشد. یافته های حاکی از افزایش فعالیت سمپاتیک آدرنال و کورتیکو استروئید در افراد با طبع سرد مطابق با نتایج مطالعاتی است که نشان می دهند یک ارتباط نزدیک بین کورتیکو استروئید آدرنو کورتیکال و سمپاتیک آدرنومدولاری در هنگام پاسخ به استرس وجود دارد^{۲۶،۲۷}. به عنوان مثال، مشاهده شده است که در هنگام سخنرانی عمومی سطح پلاسمایی و دفع ادراری کورتیزول و اپی نفرین به طور قابل ملاحظه ای افزایش می یابند. در حالی که تغییرات کمی در سطح نور اپی نفرین رخ می دهد^{۲۸}. همچنین فردی که در حال بازی ویدیویی است پاسخ های سطح هورمون آدرنو کورتیکوتروپین به طور مثبتی با پاسخ های اپی نفرینی هماهنگی دارد اما با پاسخ های نوراپی نفرینی تطابق ندارد^{۲۷}. اجتناب غیر فعال سطح بالایی از پاسخ های اپی نفرینی و کورتیکو استروئیدی را بر می انگیزد ولی سطح پاسخ نوراپی نفرینی کم است^{۲۹}. این ارتباط نزدیک بین کورتیکو استروئید آدرنو کورتیکال و فعالیت های سمپاتیک آدرنومدولاری را می توان به اثر تحریکی کانکول آمین های آدرنومدولاری بر ترشح کورتیکو استروئیدهای آدرنو کورتیکال نسبت داد و برعکس^{۲۶}. مطالعه ی نسبت IL-4/IFN- γ نشان داد که تمایل افراد با طبع گرم به انحراف سیستم ایمنی به سمت پاسخ های شبیه به Th2 بسیار بیشتر از افراد با طبع سرد است. با این حال همان طور که در شکل شماره ی ۶

انحراف سیستم ایمنی به سمت پاسخ های ایمنی شبیه $Th2$ عمل می کند. بنابراین گرایش طبع به سمت شدت گرمی، در مقایسه با هنگامی که این گرایش به سمت شدت سردی است، باعث انحراف بیشتر به سمت پاسخ های ایمنی شبیه $Th2$ می شود. ارتباط بین افزایش گرمی طبع و انحراف سیستم ایمنی به سمت پاسخ های شبیه $Th2$ ، با این عقیده ی ابن سینا که بوییدن مواد با طبع گرم مثل زعفران می تواند باعث آبریزش بینی شود^{۳۱}، سازگاری دارد زیرا به نظر می رسد که این سینا نوعی از آلرژی را توصیف نموده و امروزه کاملاً اثبات شده که در آلرژی تمایل پاسخ ایمنی به سمت $Th2$ بیشتر است^{۱۹}. بنابراین ممکن است بوییدن مواد با طبع گرم باعث واکنش آلرژیک به وسیله ی انحراف پاسخ های ایمنی به سمت $Th2$ باشد.

یافته های این مطالعه ممکن است تایید کننده ی اهمیت فاکتورهای میزبان در تعیین نوع پاسخ ها به استرس باشد. افراد مختلف ممکن است به طور متفاوتی به عوامل برهم زننده ی هموستاز پاسخ دهند و ممکن است یک تعادل متفاوت از سمپاتیک و پاراسمپاتیک و فعالیت آدرنال و انحراف سیستم ایمنی داشته باشند. این مفهوم می تواند در کنار سایر عوامل یکی از دلایل استعداد متفاوت افراد مختلف نسبت به بیماری هایی خاص باشد. افزایش فشار خون می تواند یک مثال خوب از این مطلب باشد. شواهد قابل توجه مستدلی از نقش نمک در ایجاد HTN از طریق افزایش سطح سدیم در بدن حمایت می کنند^{۲۴}. برای ایجاد HTN، میزانی از سدیم اضافی باید به وسیله ی کلیه نگه داشته شود. این نگهداری از چند طریق صورت می گیرد که شامل افزایش ترشح رنین است که در نتیجه احتباس آب و سدیم توسط کلیه افزایش می یابد^{۲۴}. از آنجایی که سیستم

عصبی سمپاتیک می تواند ترشح رنین را تحریک کند، یک فرد با طبع گرم به دلیل افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک محیطی استعداد بیشتری برای ابتلا به HTN در اثر مصرف زیاد نمک دارد^{۲۴}. افزایش فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک یک تاثیر مهاری بر روند ایجاد HTN دارد^{۲۵}، به همین دلیل علی رغم فعالیت بیشتر سمپاتیک آدرنال در افراد با طبع سرد در مقایسه با افراد با طبع گرم، افراد با طبع سرد ریسک کمتری برای ابتلا به HTN در اثر رژیم غذایی با نمک بالا نسبت به افراد با طبع گرم دارند.

طبع فرد می تواند در ارتباط با آلرژی هم مهم باشد. به نظر می رسد که یک آلرژن می تواند با احتمال بیشتری واکنش آلرژیک را در فرد با طبع گرم نسبت به فرد با طبع سرد ایجاد کند. زیرا فرد با طبع گرم تمایل بیشتری به پاسخ های شبیه به $Th2$ دارد و همان طور که ذکر شد پاسخ های $Th2$ به یک آلرژن برای ایجاد واکنش آلرژیک نسبت به یک آلرژن ضروری است^{۱۹}. نتیجه ی مواجهه ی فرد با استرس های حاد و مزمن ممکن است تحت تاثیر طبع او قرار گیرد. مثلاً یک فرد با طبع به شدت سرد در مقایسه با فردی با طبع به شدت گرم ممکن است احتمال بیشتری برای غش کردن، در مواجهه با محرک ترسناک داشته باشد. زیرا این فرد نسبت به فردی با طبع گرم، سیستم عصبی پاراسمپاتیک فعال تری دارد.

شواهد فزاینده ای نشان می دهند که پاسخ های ایمنی در طول دوره ی نوزادی و اوایل کودکی تحت تاثیر سیتوکاین های $Th2$ می باشند. اما الگوی تمایل سیستم ایمنی به سمت پاسخ های $Th2$ با افزایش سن کاهش می یابد.^{۳۲-۳۵}

طبق نتایج ما، این یافته ها با این اعتقاد (طب سنتی ایران) تطابق دارد که در هنگام تولد غلبه ی طبع با گرمی است اما این گرمی با افزایش سن کاهش می یابد^۴. همچنین

نتایج ما با اعتقاد پزشکان طب سنتی ایران مبنی بر این که MS- که یک بیماری اتوایمیون با واسطه ی $Th1$ است- در افراد با طبع سرد در مقایسه با افراد با طبع گرم بسیار شایع تر است، منطبق می باشد. ممکن است تایید اهمیت گرمی و سردی غذاها که بسیاری از تنوری های طب سنتی از آن دفاع کرده اند یکی دیگر از نتایج این مطالعه باشد. اگر همان گونه که نتایج این مطالعه نشان داد شدت گرمی و سردی طبع تاثیر متفاوتی روی هموستاز داشته باشد پس ممکن است که گرمی و سردی مواد هم چنین تاثیری را داشته باشند؛ زیرا مواد با طبع گرم، گرمی طبع و مواد با طبع سرد، سردی طبع را تشدید می کنند. بنابراین توجه به طبع رژیم غذایی بیماران ممکن است برای درمان بیماری و جلوگیری از وخامت آن مهم باشد. علاوه بر این نظارت بر رژیم غذایی افراد سالم با طبع گرم یا سرد ممکن است برای حفظ هموستاز و جلوگیری از بسیاری از بیماری ها مفید باشد. به عنوان مثال بر طبق نتایج این مطالعه، در یک فرد که از بیماری خودایمنی با انحراف به سمت پاسخ $Th1$ رنج می برد، مصرف غذاهای با طبع گرم ممکن است مفید باشد زیرا می تواند گرمی طبع فرد و انحراف پاسخ ایمنی به سمت $Th2$ را تسریع کند. این بدان معنا است که انحراف کمتر به سمت پاسخ $Th1$ باعث کاهش شدت بیماری می شود. این مطلب موافق این عقیده ی پزشکان طب سنتی ایران است که مصرف غذاهای با طبع گرم برای بیماران مبتلا به MS مفید است در حالی که مصرف غذاهای با طبع سرد، بیمارشان را بدتر می کند^{۳۶}.

اگرچه پرشنامه ی استفاده شده در این مطالعه برای تقسیم بندی شرکت کنندگان در مطالعه به گروه های با طبع گرم و سرد بر اساس طب سنتی ایران بود، از آنجایی که ویژگی های طبع سرد و گرم در طب

سنتی ایران بسیار شبیه این ویژگی‌ها در بسیاری از تئوری‌های طب سنتی دیگر کشورهاست، نتایج این مطالعه را می‌توان به افراد با طبع گرم و سرد بر طبق تئوری‌های طب سنتی دیگر کشورها (عربی، یونانی، چینی) تعمیم داد.

به طور خلاصه نتایج مطالعه‌ی اخیر نشان داد که افراد با طبع گرم (بر طبق طب سنتی ایران)، سیستم سمپاتیک فعال‌تر و سیستم پاراسمپاتیک (عصب واگ)، کورتیکواستروئید آدرنال و سمپاتیک آدرنال با فعالیت کمتری دارند؛ همچنین میزان انحراف سیستم ایمنی به سمت پاسخ $Th2$ در مقایسه با افراد با طبع سرد بالاتر بود. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد که شرکت کنندگان با طبع گرم، سیستم عصبی سمپاتیک محیطی فعال‌تر و سیستم آدرنال با فعالیت کمتری داشتند. به علاوه با افزایش نسبت گرمی به سردی، فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک افزایش یافته و فعالیت سمپاتیک آدرنال کاهش می‌یابد.

از این گذشته هنگامی که طبع فردی به سمت شدت گرمی یا سردی منحرف می‌شود، انحراف سیستم ایمنی به سمت پاسخ‌های شبیه $Th2$ افزایش می‌یابد، اما این افزایش هنگامی که انحراف به سمت شدت گرمی است بسیار بیشتر از زمانی می‌باشد که انحراف به سمت شدت سردی است.

نتیجه‌گیری

این تحقیق یک مطالعه‌ی مقدماتی بود و اولین باری بود که در نوع خودش انجام می‌گرفت بنابراین مطالعات بیشتری لازم است تا نتایج کاملتری در مورد ارتباط بین طبع‌های گرم و سرد و پارامترهای مطالعه شده در اینجا و مکانیسم‌های احتمالی دیگر به دست آورده شود. پارامترهایی که در این مطالعه بررسی شدند به این دلیل انتخاب شدند که چنان که ذکر گردید سیستم اتونومیک و سیستم ایمنی در حفظ هوموستاز نقش حیاتی دارند.

بنابراین ما پیشنهاد می‌کنیم که فاکتورهای دیگری که هوموستاز را تحت تأثیر قرار می‌دهند مثل (نسبت سوخت و ساز پایه، هورمونهای جنسی، پارامترهای گردش خون، هورمونهای تیروئیدی و.....) در مطالعات طب سنتی در نظر گرفته شوند.

سپاسگزاری: این کار به وسیله‌ی موسسه‌ی تحقیقاتی ایمونولوژی، آسم و آلرژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران حمایت شده است.

APPENDIX: THE QUESTIONNAIRE USED TO DETERMINE NATURES AND TEMPERAMENTS OF THE PARTICIPANTS (CONT'D)

				<i>Choleric</i>	<i>Sanguine</i>	<i>Phlegmatic</i>	<i>Melancholic</i>				<i>Choleric</i>	<i>Sanguine</i>	<i>Phlegmatic</i>	<i>Melancholic</i>
Sleep	61	Heavy			☐	☐			88	Dryness of the mouth	☐			
	62	Light					☐		89	Cracking and/or scaling of the lips	☐			☐
	63	Gratifying			☐				90	Coarseness of the tongue	☐			
	64	Not beneficial				☐			91	Redness of the tongue		☐		
	65	Lots of sleep			☐	☐			92	Bitter taste in the mouth	☐			
	66	Drowsy			☐				93	Sweet taste in the mouth		☐		
	67	Lots of yawns			☐				94	Dryness of the nose	☐			
	68	Desire to take siesta			☐				95	Epistaxis	☐	☐		☐
	69	Difficulty in getting to sleep		☐					96	Weak digestion			☐	
	70	Insomnia		☐			☐		97	Dyspepsia			☐	
	71	Uncomfortable					☐		98	Suffering from acidity			☐	
	72	Nightmare		☐			☐		99	Heartburn				☐
									100	Constipation	☐			☐

	<i>Hot nature</i>	<i>Cold nature</i>
1 Feeling Cold <i>more than normal</i> in a cold condition		☐
2 Feeling Hot <i>more than normal</i> in a hot condition	☐	
3 Can't stand a Cold condition		☐
4 Can't stand a Hot condition	☐	
5 Getting cool easily in a Hot condition		☐
6 Getting warm easily in a Cold condition	☐	
7 Cold fingertips <i>in a normal condition</i>		☐
8 Warm fingertips <i>in a normal condition</i>	☐	
9 Preferring hot drinks		☐
10 Preferring cold drinks	☐	
11 Can't stand hunger		☐
12 Can't easily stand hunger	☐	
13 Suffering from lack of energy		☐
14 Having sufficient energy	☐	
15 Having poor health		☐
16 Healthy and strong	☐	
17 Catching cold repeatedly		☐
18 Suffering from eye and head aches	☐	
19 A sudden hot feeling <i>in a normal condition</i>	☐	
20 Blood hypertension	☐	
21 Blood hypotension		☐
22 Having problems after consuming Hot nature foods	☐	
23 Having problems after consuming Cold nature foods		☐

☐ , Positive; ☐ , severe.

APPENDIX: THE QUESTIONNAIRE USED TO DETERMINE NATURES AND TEMPERAMENTS OF THE PARTICIPANTS

				<i>Choleric</i>	<i>Sanguine</i>	<i>Phlegmatic</i>	<i>Melancholic</i>				<i>Choleric</i>	<i>Sanguine</i>	<i>Phlegmatic</i>	<i>Melancholic</i>
Appearance	Body	1	Corpulent			○		Characteristics and behavior						
		2	Muscular		○									
		3	Thin	○					27	High arousal	○			
		4	Bony				○		28	Low arousal			○	
	Face	5	Fresh		○	○			29	Sensitive	○			○
		6	Pallid				○		30	Insensitive			○	
		7	Rosy		○				31	Extroverted		○		
		8	Brunet				○		32	Introverted				○
		9	Whitish			○			33	Sociable		○		
		10	Sallow	○					34	Unsociable				○
		11	Gray spots on sclera				○		35	Rapid rate of speech	○			
		12	Yellow spots on sclera	○					36	Slow rate of speech		○	○	
	Hair	13	Straight			○			37	Flexible				○
		14	Waved			○			38	Inflexible		○		
		15	Curly	□			○		39	Resolute	○			
		16	Blond		○	○			40	Steadfast		○		
		17	Dark	○			○		41	Optimistic	○			
		18	Turned gray			○	□		42	Pessimistic				○
		19	Not turned gray	○	○				43	Depressed				○
		20	Dense	□	○				44	Disappointed				○
	Skin	21	Sparse			○	○		45	Timorous				○
		22	Partly bald		○		○		46	Anxious				○
		23	Rapid growth		○	○			47	Hasty	○			
		24	Slow growth	□			○							
		25	Soft		○	○								
		26	Dry	○			○							
	Physical ability	48	Active		○				73	Low			○	○
		49	Passive			○			74	High	□	○		
		50	Quick	○					75	Low	○			
		51	Slow				○		76	Normal		○		
		52	Sluggish			○			77	High			○	
		53	Strong		○				78	Desire to have snacks				○
		54	Weak			○			79	False appetite				○
	Mental ability	55	Quick-witted	○					80	Malaise		○		
		56	Slow-witted		○	○			81	Muscle spasm				○
		57	Weak acquisition		○	○			82	Joints pain		○		
		58	Weak memory			○			83	Rash		○		
		59	Neglectful		○	○			84	Shedding of the hair		○		
		60	Pensive				○		85	Heavy growth of the hair				○
									86	Profuse perspiration	○	□		
									87	Profuse secretion of saliva			○	

REFERENCES

1. WHO global strategy on traditional and alternative medicine. Public Health Rep 2002;117:300-301.
2. Naseri M. Traditional Iranian medicine (TIM) and its promotion with guidelines of World Health Organization. Daneshvar Persian 2004;52:53-68.
3. Naseri M, Ardakani MRS. The school of traditional Iranian medicine, the definition, origin and advantages. J Int Soc History Islamic Med 2004;3:17-21.
4. Avicenna. The Cannon of Medicine, 6 ed. [In Persian] Tehran: Soroush Publisher, 2004.
5. Chaghmini MbM. Qanunchi Fi Al-Tibb. [In Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, 2007.
6. Chiappelli F, Prolo P, Cajulis OS. Evidence-based research in complementary and alternative medicine i: History. Evid Based Complement Alternat Med 2005;2:453-458.
7. Jorjani SE. Medical Goals and Allaii's Discussions (Al Aghraz Al Tebbia Val Mabahees Al-Alaiia). [In Persian]. Tehran: The Academy of Sciences of IR of Iran, 2005.
8. Khosravi SM. Traditional Medicine of Sina, 4 ed. [In Persian]. Tehran: Muhammad Publication, 1997.
9. Ott J, ed. Pharmacophilia, or the Natural Paradise. Kennewick, WA: The Natural Products Co., 1997:47-62.
10. Ody P, ed. The Complete Medicinal Herbal. New York: DK Publication, 1993.
11. Abduvaliev AA. Modern views on the theory of nature (mizadj) by ibn sina in medicine. Lik Sprava 2003;3-4:102-105.
12. Understanding the theory behind graeco-arabic medicine. Traditional Medicine Network 2003. Online document at: www.traditionalmedicine.net.au/chapter2.htm#constitution Accessed March 15, 2007.
13. Elenkov JJ, Wilder RL, Chrousos GP, Vizi ES. The sympathetic nerve: An integrative interface between two supersystems. The brain and the immune system. Pharmacol Rev 2000;52:595-638.
14. Berne RM, Levy MN, Koeppen BM, Stanton BA, eds. Physiology, 5 ed. St. Louis: Mosby, 2004.
15. Kennedy B, Janowsky DS, Risch SC, Ziegler MG. Central cholinergic stimulation causes adrenal epinephrine release. J Clin Invest 1984;74:972-975.
16. Lechin F, van der Dijs B, Jara H, et al. Effects of buspirone on plasma neurotransmitters in healthy subjects. J Neural Transm 1998;105:561-573.
17. Saitoh M, Yanagawa T, Kondoh T, et al. Neurohumoral factor responses to mental (arithmetic) stress and dynamic exercise in normal subjects. Intern Med 1995;34:618-622.
18. Toivanen H, L€ansimies E, Jokela V, et al. Plasma levels of adrenal hormones in working women during an economic recession and the threat of unemployment: Impact of regular relaxation training. J Psychophysiol 1996;10:36-48.
19. Abbas AK, Lichtman AH, eds. Cellular and Molecular Immunology, 5 ed. Philadelphia: Saunders, 2003.
20. Roman M, Calhoun WJ, Hinton KL, et al. Respiratory syncytial virus infection in infants is associated with predominant th-2-like response. Am J Respir Crit Care Med 1997;156:190-195.
21. Munford RS, Pugin J. Normal responses to injury prevent systemic inflammation and can be immunosuppressive. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:316-321.
22. Uusitalo AL, Huttunen P, Hanin Y, et al. Hormonal responses to endurance training and overtraining in female athletes. Clin J Sport Med 1998;8:178-186.
23. Wan J. Linking traditional Chinese medicine to systems biology and nutrigenomics. Proceedings of LMC International Food Congress 2006: Nutrigenomics and Health—From Vision to Food, Denmark, 2006.
24. Kaplan N. In: Zipes D, Libby P, eds. Heart Diseases. Philadelphia: Saunders, 2001:941-971.
25. Zarkos I, Vrana I, Livieratos G, et al. Carvedilol favorably affects sympathovagal activity in essential hypertensives. Am J Hypertension 2003;16:A134-A135.
26. Bornstein SR, Chrousos GP. Clinical review 104: Adrenocorticotropin (acth)- and non-acth-mediated regulation of the adrenal cortex: Neural and immune inputs. J Clin Endocrinol Metab 1999;84:1729-1736.
27. Goldstein DS. In: Goldstein DS, ed. Stress, Catecholamines, and Cardiovascular Disease. New York: Oxford University Press, 1995:287-328.
28. Bolm-Audorff U, Schwammle J, Ehlenz K, et al. Hormonal and cardiovascular variations during a public lecture. Eur J Appl Physiol Occup Physiol 1986;54:669-674.
29. De Boer SF, Slangen JL, Van der Gugten J. Plasma catecholamine and corticosterone levels during active and passive shock-prod avoidance behavior in rats: Effects of chlor-diazepoxide. Physiol Behav 1990;47:1089-1098.
30. Shahabi S, Hassan ZM, Jazani NH, Ebtekar M. Sympathetic nervous system plays an important role in the relationship between immune mediated diseases. Med Hypotheses 2006;67: 900-903.
31. Tadjbakhsh H. Researches of Iranian scientists on immunology and allergy. Proceedings of The 8th Iranian Congress of Immunology & Allergy, Tehran, 2006.
32. Adkins B, Bu Y, Guevara P. The generation of th memory in neonates versus adults: Prolonged primary Th2 effector function and impaired development of th1 memory effector function in murine neonates. J Immunol 2001;166: 918-925.
33. Upham JW, Lee PT, Holt BJ, et al. Development of interleukin-12-producing capacity throughout childhood. Infect Immun 2002;70:6583-6988.
34. Herten LC. The hygiene hypothesis in the development of atopy and asthma: Still a matter of controversy? Q J Med 1998;91:767-771.
35. Holt PG, Jones CA. The development of the immune system during pregnancy and early life. Allergy 2000;55:688-697.
36. Mirzaei H. Multiple sclerosis. [In Persian]. Online document at: www.dr.myblog.ir/Post-1256.ASPX, 2007. Accessed June 25, 2007.

اثر ضد هیرسوتیسم عصاره ی میوه ی رازیانه : یک مطالعه ی کنترل شده ی دوسوکور همراه با دارونما



Antihirsutism activity of Fennel (Fruits of *Foeniculum Vulgare*) extract
A double – blind placebo controlled study

مترجم: دکتر هاجر قائمی

phytomedicine 2003;10
k.Javidiia ,L. Dastgheib ,e. Mohammadi Samani and A. Nasiri

مقدمه

افزایش تولید یا ترشح آندروژن (هایپر آندروژنیسم) بالینی و آزمایشگاهی، در بسیاری از بیماری های پوستی مانند آکنه، هیرسوتیسم، کچلی آندروژنی و هیدرادنیت چرکی وجود دارد. در برخی از این بیماریها، در غربالگری سطح سرمی آندروژن های آدرنال یا گونادال، هایپر آندروژنیسم مشخص می شود. در هیرسوتیسم با علت نامشخص، هرچند هایپر آندروژنیسم وجود دارد اما سطح سرمی آندروژن نرمال است. یک علت منطقی، افزایش حساسیت اندام انتهایی است. ممکن است ۵-۱۰٪ - ردوکتاز، آنزیم مسؤول احیای تستوسترون به نوع فعال دی هیدروتستوسترون (DHD) دچار افزایش فعالیت شود (Fine، ۱۹۸۹). درمان با هدف متوقف کردن این آنزیم در جایگاه موثر یعنی مو، ممکن است کمک کننده باشد (Ebling، ۱۹۹۷). برای اجتناب از عوارض جانبی آنتی آندروژن ها، مثل نامنظم شدن دوره ی عادت ماهیانه یا فشار بر سینه، تلاش برای ساخت کرمی شد تا بتوانیم ماده ی موثره را به صورت موضعی به کار ببریم (Nielson، ۱۹۸۲). در مرور منابع، داروی

خلاصه

هیرسوتیسم با علت نامشخص^۱، عارضه ای است که در آن، از یاد رشد موی مردانه در زنانی که سیکل طبیعی تخمک گذاری و سطح سرمی نرمال آندروژن دارند اتفاق می افتد. ممکن است این حالت ناشی از اختلال در متابولیسم محیطی آندروژن باشد.

ما در این مطالعه پاسخ بالینی هیرسوتیسم با علت نامشخص را نسبت به عصاره ی موضعی رازیانه مطالعه کردیم.

رازیانه (fennel) با نام علمی *Foeniculum vulgar*، گیاهی است که به عنوان عامل استروژنی استفاده شده است. عصاره ی اتانولی رازیانه با استفاده از دستگاه سوکسله به دست آمد. در یک مطالعه ی دوسوکور، ۳۸ بیمار با کرم های حاوی ۱٪، ۲٪ و دارونما، درمان شدند. قطر مو، اندازه گیری شد و سرعت رشد مو مد نظر بود.

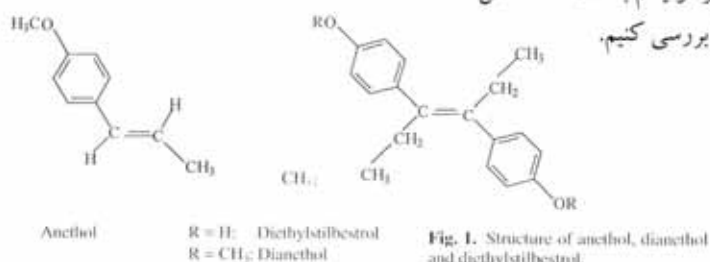
تاثیر درمان با کرم ۲٪ رازیانه، بهتر از کرم ۱٪ رازیانه و این دو موثرتر از دارونما بودند. مقادیر متوسط کاهش قطر مو به ترتیب ۷/۸٪، ۱۸/۳٪، ۰/۵٪- به ترتیب برای کرمهای ۱٪ و ۲٪ و دارونما بود.

کلید واژه ها:

estrogenic activity, hirsutism, Fennel, *Foeniculum vulgare*

« idiospathic

موضعی عصاره ی رازیانه بر رشد مو در
هیرسوتیسم با علت نا مشخص
را بررسی کنیم.



بخش گیاه شناسی دانشگاه شیراز
شناسایی شد. دانه های پودر شده با
اتانول در دستگاه سوکسله به مدت ۵
ساعت عصاره گیری شد. حلال را با
کاهش فشار، جدا ساخته و محتوای

میهه های رازیانه از فروشگاه های
داروهای گیاهی خریداری و به وسیله ی

طبیعی یا گیاهی برای درمان هیرسوتیسم
یافت نشد. رازیانه سابقه ی تاریخی
طولانی برای مصارف پزشکی دارد. این
گیاه برای افزایش ترشح شیر، تحریک
قاعدگی، تسهیل زایمان و افزایش
قدرت جنسی استفاده شده است. جزء
اصلی اسانس روغنی رازیانه، ترانس
آنتول، دی آنتول و الیگومرهای دیگر با
اثر استروژنی است که به عنوان عوامل
موثر فارماکولوژیک رازیانه شناخته
شده اند (Puelo، ۱۹۸۰). شکل ۱
شباهت ساختاری آنتول و دی آنتول با
دی اتیل استیل بسترول را نشان می دهد.
این امر ما را بر آن داشت تا اثر استفاده ی

روش کار

ماده ی گیاهی

Table 1. Baseline characteristics of three study groups.

group no. (no. of patients)	average age	area involved			average hair diameter
		chin	cheek	upperlip	
1 (11)	29	7	2	2	67.5
2 (15)	32	10	7	4	59.9
3 (12)	27	6	3	3	55.8



Fig. 2. A patient with facial hirsutism before (a) and after (b) treatment with Fennel.

اتانولی عصاره با دستگاه GC شناسایی شد.

ساخت صنعتی

اسید استئاریک، ستیل الکل، پارافین، گلیسرین، پتاسیم هیدروکسید، متیل و پروپیل پارابن، اجزای کرم ۱٪ و ۲٪ رازیانه بودند. همگی مواد دارای درجه ی دارویی بودند. پایداری کرم، ۴ ماه ارزیابی شد.

ارزیابی سمیت پوستی

کرم حاوی ۱۰٪ عصاره ی رازیانه تهیه شد. ۶ عدد موش (rat) انتخاب و سه محل به ابعاد ۱x۱cm از پوست آنها تراشیده شد. کرم برای ۴ ماه در آن محل ها، استعمال شد. موشها با کلروفرم بیهوش شده و نمونه های پوست برای مشاهده ی هر گونه سمیت یا تحریک مطالعه شدند.

اندازه گیری بالینی

پروتکل مطالعه به وسیله ی دانشکده ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد تایید قرار گرفت. ۴۵ بیمار خانم با سن ۵۳-۱۶ سال (میانگین سن ۲۹ سال) با نوع خفیف تا متوسط هیپرسوتیسم با علت نامشخص بر روی صورت مورد مطالعه قرار گرفتند. هیچ کدام از افراد مبتلا به کیست تخمدان نبودند و همگی دارای سطح سرمی آندروژن نرمال بودند.

درجه ی هیپرسوتیسم با روش اصلاح شده ی Ferriman-Gallwey ارزیابی شد (محدوده ی مناطق شامل بالای لب، چانه و گونه ها بودند که با ۵ درجه از شماره ی

صفر تا چهار، ارزیابی شده بودند). در این مطالعه ی دوسوکور، بیماران به طور تصادفی با کمک جدول اعداد تصادفی به سه گروه تقسیم شده و هر گروه شامل ۱۵ مریض بود. هیچ تفاوت خاصی در ویژگی های پایه ای بین سه گروه درمانی وجود نداشت (جدول ۱). گروه ۱، کرم ۱٪ و گروه ۲، کرم ۲٪ و گروه ۳، دارونما که حامل کرم بدون ماده ی موثر بود را دریافت کردند. مدت درمان ۱۲ هفته بود و بیماران دوبار در روز، کرم را روی صورت استعمال می کردند. بیماران اجازه داشتند که موهای صورت را اصلاح کنند و فواصل زمانی لازم برای اصلاح، به عنوان اندازه گیری غیر مستقیم سرعت رشد مو قرار داده شد. معاینات، هر ۴ هفته انجام شد و رضایت بیماران ثبت گردید. تراکم و رشد مو از نظر بالینی مورد توجه بود و قطر مو با یک میکرو متر با حساسیت ۰/۱ میکرو متر، اندازه گیری شد.

نتایج و بحث

از ۴۵ بیمار انتخاب شده، ۳۸ بیمار مطالعه را کامل کرده و ۷ نفر (چهار نفر در گروه ۱ و سه نفر در گروه ۳) از مطالعه خارج شدند. خصوصیات مبنا در سه گروه مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است. اولین علامت بالینی سودمندی درمان، کاهش رشد مو بود (کاهش تعداد دفعات اصلاح). سرعت رشد مو در دو گروه که کرم

رازیانه ۱٪ و ۲٪ دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه دارونما کاهش یافت. قطر موی صورت در سه گروه اندازه گیری شد. نتایج در مورد هر بیمار در جدول های ۴-۲ نشان داده شده است. این داده ها به وسیله ی آنالیز واریانس و LSD با سطح معنی دار $\alpha = 0.01$ تجزیه و تحلیل گردید.

میانگین کاهش قطر مو $7/8\%$ (انحراف استاندارد = $3/7$)، $18/3\%$ (انحراف استاندارد = $8/3$)، $0/5\%$ (انحراف استاندارد = $2/1$) برای بیماران دریافت کننده ی کرم های ۱٪، ۲٪ و دارونما بود. P-value بین دو گروه دریافت کننده ی کرم های ۱٪ و ۲٪ 0.000524 ، بین دو گروه دریافت کننده ی کرم ۱٪ و دارونما $10^{-5} \times 8/05$ و بین دو گروه دریافت کننده ی کرم ۲٪ و دارونما $10^{-7} \times 4/69$ بود که نشان می دهد بهترین اثر بالینی با کرم ۲٪ دیده شده است (شکل ۲).

در مدت درمان، هیچ عارضه ی جانبی مشاهده نشد. مکتایسم اثر مشخص نیست، ولی می تواند به دلیل حضور آنتول، دی آنتول و پلی مرهای عصاره ی رازیانه باشد که اثرات استروژنی متغیری را نشان می دهند. در یک مطالعه مشخص شده است که استروژن ها می توانند در پاپیلای درم، ستر دی هیدروستوسترون را با مهار مستقیم ۵- α - ردوکتاز یا افزایش تبدیل تستوسترون به آندروژن های ضعیف تر و

Table 2. Reduction of hair diameters in patients treated with 1% concentration of Fennel extract.

Patient no.	Area	Duration of therapy (weeks)	Initial diameter (µm)	final diameter (µm)	Reduction (%)	Average reduction (reduction/week) %
1	chin	12	65.3	59.1	9.5	0.8
2	chin	12	69.0	61.3	11.2	0.9
3	chin	12	72.4	71.1	4.7	0.4
4	chin	12	59.0	52.5	11.0	0.9
5	cheek	12	49.8	45.5	8.6	0.7
6	upperlip	12	72.7	65.6	10.0	0.8
7	chin	12	73.0	71.8	1.6	0.1
8	upperlip	12	52.6	46.0	12.5	1.0
9	chin	12	68.8	64.3	6.5	0.5
10	cheek	12	76.5	70.2	8.4	0.6
11	chin	12	83.1	81.6	1.8	0.1

Table 3. Reduction of hair diameters in patients treated with 2% concentration of Fennel extract.

Patient no.	Area	Duration of therapy (weeks)	Initial diameter (μm)	final diameter (μm)	Reduction (%)	Average reduction (reduction/week) %
1	chin	12	70.3	60.7	13.6	1.1
2	chin	12	67.5	53.0	21.0	1.8
3	chin	12	56.0	48.0	14.3	1.2
4	chin	12	54.4	43.1	20.8	1.7
5	chin	12	62.0	49.0	21.0	1.7
6	chin	12	64.0	57.1	11.6	0.9
7	chin	12	70.0	60.5	13.6	1.1
8	upperlip	12	48.1	32.3	32.8	2.7
9	chin	12	53.0	47.9	9.6	0.8
10	chin	12	67.4	60.0	11.0	0.9
11	chin	12	50.4	34.4	29.4	2.4
12	upperlip	12	78.5	65.3	16.8	1.4
13	cheek	12	45.0	30.2	32.9	2.7
14	upperlip	12	61.2	48.4	20.9	1.7
15	upperlip	12	51.0	48.2	5.5	0.5

Table 4. Reduction of hair diameters in patients treated with placebo.

Patient no.	Area	Duration of therapy (weeks)	Initial diameter (μm)	final diameter (μm)	Reduction (%)	Average reduction (reduction/week) %
1	chin	12	53.8	55.0	-2.2	-0.1
2	chin	12	65.6	66.0	-0.6	0.0
3	upperlip	8	69.5	69.3	0.2	0.0
4	cheek	8	44.8	46.5	-3.7	0.4
5	chin	8	47.5	48.5	-2.1	0.2
6	cheek	8	65.9	65.7	0.3	0.0
7	cheek	8	44.5	44.0	1.1	0.1
8	upperlip	8	57.8	56.3	2.6	0.2
9	upperlip	8	45.3	45.0	0.6	-0.1
10	chin	8	62.8	63.6	-1.2	-0.1
11	chin	8	65.7	64.3	2.1	0.3
12	chin	8	46.5	48.2	-3.6	-0.4

منابع

References

- Ebling FJ (1979) Anti-androgens in hirsutism. *Int J of Dermatology* 18: 39-41
- Fine RM (1989) Spironolactone therapy in hirsute women. *Int J of Dermatology* 28: 23-24
- Ferriman D, Gallwey JD (1961) Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol Metab* 24: 1440-1447
- Nielson PG (1982) Treatment of moderate idiopathic hirsutism with a cream containing Canrenone. *Dermatologica* 165: 636-639
- Niiyama S, Happle R, Hoffmann R (2001) Influence of estrogens on the androgen metabolism in different subunits of human hair follicles. *Eur J Dermatology* 11: 195-198
- Puleo MA (1980) Fennel and Anise as estrogenic agents. *J of Ethnopharmacology* 2: 337-344

کاهش مقدار تستوسترون در دسترس برای تبدیل به دی هیدروتستوسترون مهار کنند (۲۰۰۱، Niyama و همکاران). در نتیجه، عصاره ی رازیانه بدون داشتن عارضه ای جانبی، برای مصرف موضعی ایمن است و می تواند دوباره به عنوان درمانگر هیرسوتیسم به پزشکی مدرن معرفی گردد. هرچند عصاره ی رازیانه به وضوح موجب کاهش قطر مو می گردد اما کارآزمایی های تصادفی سازی شده ی بیشتر و بزرگتری برای استاندارد سازی عصاره ی رازیانه لازم می باشد.

اثر بهبودی بخش عصاره ی سیر بر زگیل و میخچه

Healing effect of garlic extract on warts and corns

International Journal of Dermatology 2005 ; 44

Farzaneh Dehghani, PhD

Ahmad Merat, PhD

Mohammad Reza Pangehshabian, PhD

Fathad Harqani, M.D

مترجم : دکتر هاجر قائمی

بودند با محلول کلروفرم: متانول به نسبت حجمی ۱:۲ به تنهایی برای ۲۰ روز تحت درمان قرار گرفتند تا هر گونه اثر احتمالی حلال لیپیدی رد گردد.

نتایج

از بین ۴۲ بیمار تحت مطالعه، ۵ بیمار عصاره ی آبی سیر را برای ۳۰ تا ۴۰ روز دریافت کردند که منتهی به محو شدن زگیل های کوچک و بهبود نسبی زگیل های بزرگ شد. درمان با عصاره ی آبی به بیش از ۲ ماه دوره ی درمانی نیاز دارد تا بهبود نسبی در بیماران پدید آید. ۲۳ بیمار با ۲-۹۶ عدد زگیل و ۹ بیمار با ۱-۲ عدد میخچه با عصاره ی روغنی درمان شدند (جدول ۱ و ۲). در این گروه بهبودی کامل در همه ی افراد مبتلا به زگیل پس از یک تا دو هفته ایجاد شد (شکل ۱).

از ۹ بیمار مبتلا به میخچه، ۷ نفر بهبودی کامل نشان دادند (شکل ۲) و دو بیمار بهبودی زیاد قریب به بهبودی کامل

مقدمه

زگیل و میخچه از معمول ترین مشکلات پوستی در کلینیکهای پوست هستند و روشهای متعددی برای درمان آنها وجود دارد. در این مطالعه، اثر عصاره ی آبی و روغنی سیر بر بهبود زگیل و میخچه مورد بررسی قرار گرفته است. معیارهای ورودی بیماران عبارت بودند از: قبل از آغاز مطالعه، در ۲ ماه اخیر هیچ درمانی برای زگیل انجام نشده باشد، درمان های معمول گذشته، ناموفق بوده باشند و تمایل به شرکت در مطالعه وجود داشته باشد. پس از دریافت فرم نوشتاری اطلاعات، ۲۸ بیمار با ۲-۹۶ عدد زگیل، ۹ بیمار با ۱-۲ عدد میخچه، و یک گروه کنترل شامل ۵ بیمار با ۳۵-۷ عدد زگیل انتخاب شدند. بیماران از دوجنس بوده و در رده ی سنی ۵ تا ۶۲ سال قرار داشتند.

روش کار

سیرهای پوست کنده با مقدار هم وزن آب در یک همزن برقی، هموئیز شدند. جزء محلول در چربی با حجم مساوی از محلول کلروفرم: متانول به نسبت حجمی ۱:۲ در یک shaker* به مدت ۲۰ دقیقه عصاره گیری شد. بعد از سانتریفوژ در سرعت پایین اجازه داده شد تا دو فاز جدا شوند به طوریکه رسوب سلولی در فاز آبی در ته لوله تشکیل شد. فاز کلروفرم: متانول و فاز آبی تغلیظ شده و جداگانه جمع شدند. باقیمانده ی رسوب داده شده، دور ریخته شد.

در بخش اول مطالعه، در ۵ بیمار دارای ۳-۵ عدد زگیل، عصاره ی آبی سیر دوبار در روز بر روی زگیل ها مالیده شد. در بخش دوم، ۲۳ بیمار دارای ۲-۹۶ عدد زگیل (که زگیل ها به جز دو موردی که روی کف پا بودند، همگی بر روی دست قرار داشتند) و ۹ بیمار دارای ۱-۲ عدد میخچه ی پا با استعمال دو بار در روز عصاره ی لیپیدی، درمان شدند. درمان تا زمان بهبودی کامل یا بهترین حالت بهبودی، ادامه یافت. هم چنین افراد گروه کنترل که شامل ۲ و ۳ بیمار دارای زگیل و میخچه (به ترتیب)

Table 1 Characteristics of patients with warts treated with lipid extract of garlic

Case	Age (years)	Gender	Total number of warts	Previous treatment
1	9	Female	2	None
2	14	Female	7	Topical Keratolytics
3	14	Female	5	None
4	8	Female	3	Topical Keratolytics
5	5	Female	10	Topical Keratolytics
6	15	Male	4	Topical Keratolytics
7	13	Male	21	Topical Keratolytics
8	10	Female	3	Surgery
9	19	Male	22	Topical Keratolytics
10	9	Female	6	None
11	10	Male	96	None
12	15	Female	4	Electrocoutery
13	9	Female	9	None
14	32	Female	3	Topical Keratolytics
15	28	Female	5	None
16	11	Male	11	None
17	14	Male	7	None
18	17	Female	10	None
19	26	Male	8	Topical Keratolytics
20	14	Male	19	None
21	9	Female	3	None
22	41	Male	10	None
23	12	Female	4	Topical Keratolytics

نشان دادند اما پیشرفت در بهبودی با ادامه یافتن درمان صورت نگرفت. دوره ی درمان در مبتلایان به میخچه ۱۰ تا ۲۰ روز بود.

گروه کنترل در هر دو گروه مبتلا به زگیل و میخچه با محلول کلروفرم: متانول به نسبت حجمی ۱:۲ برای ۲۰ روز تحت درمان قرار گرفتند که تنها منجر به پوسته پوسته شدن سطح زگیل بدون هیچ علامت بهبودی گردید. نتایج، به وضوح اثر مثبت عصاره ی روغنی سیر را در بهبودی زگیل و میخچه نشان داد. با عصاره ی لیپیدی، بهبودی کامل پس از یک تا دو هفته در همه ی بیماران مبتلا به زگیل و پس از دو تا سه هفته در ۸۰٪ مبتلایان به میخچه دیده شد. در حالیکه با عصاره ی آبی، بهبودی جزئی پس از یک ماه در مبتلایان به زگیل و تقریباً دو ماه در مبتلایان به میخچه دیده شد. گروه کنترل که محلول کلروفرم: متانول به نسبت حجمی ۱:۲ را دریافت کردند، هیچ نوع بهبودی نشان ندادند. در افرادی که بهبودی کامل یافته بودند، عوارض جانبی پس از مصرف عصاره ی روغنی سیر، ظهور تاول، قرمزی، سوختگی و زیاد شدن رنگدانه های پوستی (تیره شدن پوست) * در اطراف موضع بود که پس از یک تا دو هفته کاملاً برطرف شد. در همه ی بیماران برای پیشگیری از عوارض جانبی محتمل، پماد اکسید روی به پوست سالم اطراف مالیده شد.

Table 2 Characteristics of patients with corn(s) treated with lipid extract of garlic

Case	Age (years)	Gender	Total number of corns	Previous treatment
1	56	Male	1	None
2	62	Male	1	None
3	54	Male	2	Topical Keratolytics
4	26	Male	1	None
5	19	Female	1	Topical Keratolytics
6	50	Male	2	None
7	44	Male	1	None
8	35	Female	1	None
9	59	Male	2	None

1-2 weeks. Zinc oxide ointment was applied to the surrounding normal skin in all cases to prevent possible side-effects.

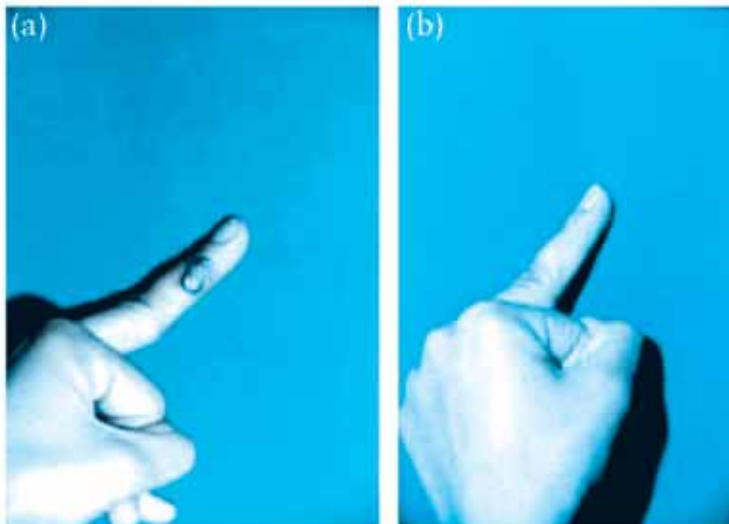


Figure 1 (a) Wart on finger. (b) The wart has disappeared after treatment with lipid extract of garlic

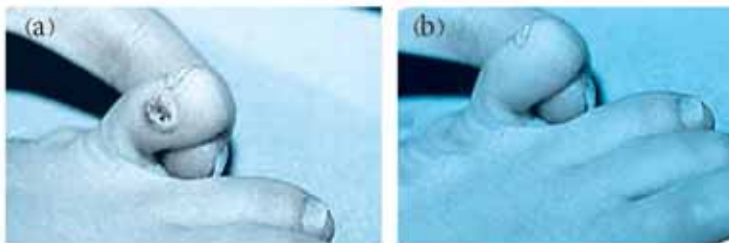


Figure 2 (a) Corn on the little toe. (b) The corn has disappeared after treatment with lipid extract of garlic

بودن برخی داروهای ضد DNA مانند یدوکسور یدین بر زگیل وجود دارد^(۱۱)، ممکن است چنین نظر داده شود که سیر نیز از طریق اثر ضد DNA خود اثر می کند. برخی مطالعات نشان داده اند که جزء اصلی مسؤول این اثر ضد ویروسی، آلیسین است^(۱۴). اثرات ضد ویروسی آلیسین به دلیل واکنش شیمیایی آن با گروه تیول برخی آنزیمها مانند الکل دهیدروژناز، تیوردوکتاز و RNA پلی مرز است^(۱۰). چندین داروی ضد DNA همانند ۵-فلوروئوراسیل بر اساس این نظریه که علت ایجاد زگیل ها ویروسی است به کار برده شده اند^(۱۶). درمان های رایج زگیل شامل الکتروکاتری، سرما درمانی یا استفاده از کراتولیتیک هاست. این

مهار رشد تومور نیز دارد که به دلیل ترکیب S-allyl-cysteine موجود در سیر است^(۹). مشخص نیست که این ترکیب در بیماریهای پوستی نیز موثر باشد.

در مطالعه ی ما، وقتی تنها یک تا دو زگیل بزرگ از تعداد زیادی زگیل که فرد به آنها دچار بود؛ درمان می شد زگیل های کوچک بدون دریافت عصاره خودبخود ناپدید می شدند. مکانیسم این رویداد مشخص نیست اما ممکن است به دلیل تحریک پاسخ ایمنی به وسیله ی سیر باشد. مکانیسم اثر ضد ویروسی سیر، ممکن است به دلیل کاهش تکثیر سلولهای عفونی باشد^(۱۴،۱۵).

از آنجا که گزارشهای مبنی بر موثر

بحث

سیر، قرنهایست که برای انسان شناخته شده است. مصریان باستان، یونانیان و چینی ها از اثرات دارویی سیر آگاه بوده و آن را برای درمان بیماریهای مختلف به کار می بردند^(۱،۲). ابن سینا، فیلسوف و پزشک بزرگ ایرانی نیز در کتاب قانون به اثرات درمانی سیر برای بیماری های پوستی مختلف اشاره کرده است. مطالعات سالهای اخیر بر روی سیر نشان می دهد که ترکیبات معینی در سیر، در درمان بسیاری از بیماریها مانند فشارخون^(۳)، دیابت^(۴) و آترواسکلروز^(۵،۶)، موثر است. هم چنین سیر اثرات ضد میکروبی^(۱۰)، ضد ویروسی^(۱۱،۱۲) و ضد سرطانی^(۷-۹) از خود نشان داده است. در طب سنتی ایران سیر در درمان بسیاری از بیماریهای پوستی، به کار رفته است^(۱،۲).

ما تنها یک مطالعه ی منتشر شده ی دیگر در مورد اثر سیر بر درمان زگیل یافتیم^(۱۳). در این مطالعه، مشخص شده که سیر اثر درمانی کامل بر زگیل و میخچه دارد. در مطالعه ی ما هر چند هر دو عصاره ی آبی و روغنی سیر بر درمان زگیل و میخچه موثر بودند اما اثرات درمانی عصاره ی روغنی در زمان کوتاه تر و با بهبودی کامل ظاهر گردید. هر چند در مورد تاثیرات سن و جنس بر روند درمان با استفاده از سیر، به دشواری می توان نظریه داد اما اطلاعات ما نشان می دهد که در افراد جوان تر (سال ۳۰ <) سرعت درمان بیشتر است. در گروه کنترل، با صرف نظر از پوسته پوسته شدن سطح پوست، محلول هیچ اثر درمانی بر زگیل و میخچه نشان نداد. به دلیل طبیعت حل کنندگی چربی حلال، ممکن است این پوسته پوسته شدن رخ داده باشد. مطالعات اخیر نشان داده اند که سیر خواص درمانی دیگری^(۱) مانند



روشها کاملاً موفق نیستند و در برخی موارد زگیل ها مجدداً ظاهر می گردند. در مطالعه ی ما، عود زگیل ها ۳-۴ ماه پس از درمان که بیماران مورد بررسی بودند، مشاهده نگشت.

برداشتن میخچه به وسیله ی جراحی، دردناک و پر هزینه است. درمان با سیر بسیار راحت تر به نظر می رسد. مالیدن عصاره ی سیر بروی میخچه، سبب برداشته شدن میخچه از محل می گردد. به نظر می رسد به دلیل اثر فیرینولایتیک سیر (۱۷،۱۸)، بافت فیرین اطراف میخچه حل شده و میخچه از محل کنده می شود. گزارشات اخیر نشان می دهد که واکنش شیمیایی آلئسین با گروه های تیول موجود در الکل دهیدروژناز و تیور دوکسین - ردو کناز در متابولیسم سبتین در پروتئین ها شرکت می کند (۱۰). این واکنش علت تخریب بافت و احتمالاً از طریق قطع پیوندهای ابیدرمی می باشد. این که یک یا چند مکانیسم مسؤول اثرات درمانی سیر بر زگیل و میخچه هستند مشخص نیست و مطالعات بیشتری برای مشخص کردن مکانیسم های دقیق لازم می باشد.

منابع

References

- 1 Sarvaredin M. *Teb-Al-Kabir*, 6th edn. Tehran: Attace Press, 1982: 53-57. [in Persian].
- 2 Jazayeri G. *Zaban-E-Khorakeha*, 4th edn, Vol. 2. Tehran: Sepehr Press, 1980: 142. [in Persian].
- 3 Silagy CA, Neil HA. A meta-analysis of the effect of garlic on blood pressure. *Adv Exp Med Biol* 1994; 354: 113-122.
- 4 Augusti KT. Therapeutic values of onion (*Allium cepa* L.) and garlic (*Allium sativum* L.). *Indian J Exp Biol* 1996; 34: 634-640.
- 5 Orekhov AN, Grunwald J. Effects of garlic on atherosclerosis. *Nutrition* 1997; 13: 656-663.
- 6 Berthold HK, Sudhop T. Garlic preparation for prevention of atherosclerosis. *Curr Opin Lipidol* 1998; 9: 565-569.
- 7 Lamm DL, Riggs DR. The potential application of *Allium sativum* (garlic) for the treatment of bladder cancer. *Urol Clin North Am* 2000; 27: 157-162.
- 8 Fukushima S, Takada N, Hori T, et al. Cancer prevention by organosulfur compound from garlic and onion. *J Cell Biochem (Suppl)* 1997; 27: 100-105.
- 9 Milner JA. Garlic: its anticarcinogenic and antitumorigenic properties. *Nutr Rev* 1996; 54: S82-S86.
- 10 Ankri S, Mirelman D. Antimicrobial properties of allicin from garlic. *Microbes Infect* 1999; 1: 125-129.
- 11 Marison WL. Antiviral treatment of warts. *Br J Dermatol* 1975; 92: 97-99.
- 12 Guo NL, Lu DP, Woods GL, et al. Demonstration of the anti-viral activity of garlic extract against human cytomegalovirus in vitro. *Chin Med J* 1993; 106: 93-96.
- 13 Silverberg NB. Garlic cloves for verruca vulgaris. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 183.
- 14 Weber ND, Andersen DO, North JA, et al. In vitro virucidal effects of *Allium sativum* (garlic) extract and compound. *Planta Med* 1992; 58: 417-423.
- 15 Seki T, Tsutji K, Moritomo T, et al. Garlic and onion oils inhibit proliferation and induce differentiation of HL-60 cells. *Cancer Lett* 2000; 160: 29-35.
- 16 Breitbart EW. Modern treatment of warts. *Z Hautkr* 1982; 57: 27-37.
- 17 Bordia A, Verma SK, Srivastava KC. Effect of garlic (*Allium sativum*) on blood lipids, blood sugar, fibrinogen and fibrinolytic activity in patients with coronary artery disease. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 1998; 58: 257-263.
- 18 Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Garlic, onion and cardiovascular risk factor. A review of the evidence from human experiments with emphasis on commercially available preparations. *Br J Clin Pharmacol* 1989; 28: 535-544.

حجامت تر در درمان هرپس زوستر: یک مرور نظام مند در کار آزمایی های بالینی تصادفی

Wet Cupping Therapy for Treatment of Herpes Zoster: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials

مترجم: دکتر رحیمه اکرمی

Alternative Therapies in Health and Medicine; Nov/Dec 2010; VOL.16.NO.6
Huijuan Cao/Chenqian Zhu/Jianping Liu, PhD, MD

پیش زمینه

حجامت تر یک درمان در پزشکی سنتی چین (TCM) است که به طور معمول در چین برای درمان هرپس زوستر به کار می رود. مطالعات بالینی نشان داده است که حجامت تر، می تواند اثرات مفیدی روی هرپس زوستر در مقایسه با طب غربی داشته باشد.

روش ها

ما از کار آزمایی های بالینی تصادفی^a در مورد حجامت تر برای درمان هرپس زوستر استفاده کردیم. منابع جستجوی ما PubMed، کتابخانه ی کوکران (شماره ی ۳، ۲۰۰۸)^b، شبکه ی پایگاه اطلاعاتی چینی (CNKI)^c، داده های اطلاعاتی تمام متن ژورنال های علمی چینی و پایگاه اطلاعاتی وان فانگ (Wan Fang) بود. همه ی جستجوها در فوریه ی ۲۰۰۹ خاتمه یافت. دونفر از مولفان اطلاعات را استخراج کردند و کیفیت کار آزمایی ها را به طور مستقل مورد ارزیابی قرار دادند. با در نظر گرفتن خطای نسبی (RR) و تفاوت میانه (MD)، با یک فاصله ی اطمینان ۹۵٪ (CI) و استفاده از نرم افزار RevMan.5.0.18^d، آنالیز اطلاعات انجام شد.

نتایج

هشت کار آزمایی بالینی تصادفی که شامل ۶۵۱ بیمار بود، مورد بررسی قرار گرفتند. کیفیت روش کار آزمایی ها به طور کلی در تصادفی بودن، کوری و آنالیز intention-to-treat خوب (Fair) بود. متا آنالیزها نشان داد که حجامت تر در مقایسه با داروها از نظر تعداد بیماران درمان شده ($RR\ 2.49, 95\% CI\ 1.91\ to\ 3.24, p<0.00001$)، تعداد بیماران با علائم بهبود یافته ($RR\ 1.15, 95\% CI\ 1.05\ to\ 1.26, P=0.003$) و کاهش میزان بروز نورالژی بعد از هرپس ($RR\ 0.06, 95\% CI\ 0.02\ to\ 0.25, P=0.0001$) در سطح بالاتری عمل کرد. تاثیر حجامت تر همراه با دارو بر روی تعداد بیماران درمان شده، به طور مشخص بهتر از دارو به تنهایی بود ($RR\ 1.93, 95\% CI\ 1.23\ to\ 3.04, P=0.005$) اما تفاوتی در بهبود علائم نداشت ($RR\ 1.00, 95\% CI\ 0.92\ to\ 1.08, P=0.98$). در کار آزمایی های وارد شده در این مطالعه آثار جانبی عمده ای در رابطه با حجامت تر موجود نبود.

نتیجه ی نهایی

به نظر می رسد که حجامت تر در درمان هرپس زوستر موثر باشد. با این حال کار آزمایی های بزرگتر و با طراحی سخت گیرانه تر لازم است.

a=Randomized controlled trials (RCTs)

b=Cochrane Library(issue 3,2008)

c=China Network Knowledge Infrastructure (CNKI)

d=The Cochrane collaboration, The Nordic Cochrane Center, Copenhagen, Denmark

هرپس زوستر (زونا) اغلب با درد و راش روی پوست همراه است و به دلیل عفونت نهفته با ویروس واریسلا زوستر (VZV) ایجاد می گردد. این ویروس معمولاً در ریشه های پشتی گانگلیون های عصبی هر فردی که دچار آبله مرغان می شود به صورت بی علامت باقی می ماند. این ویروس مسکوت تقریباً در ۲۵٪ از این افراد مجدداً فعال می شود و در طول رشته های عصبی حسی حرکت کرده و موجب ایجاد ضایعات پوستی در درماتوم عصب دهی شده توسط اعصاب مذکور می گردد^۱.

علائم بالینی کلامیک زونا ابتدا با خارش در سطح یا زیر پوست آغاز می گردد که اغلب با تب، لرز، سردرد، ناراحتی معده و بی حالی عمومی همراه است. شدت درد زونا از خفیف تا شدید می باشد و ضایعات اغلب در عرض ۳ تا ۵ روز بعد از ظهور شروع به خشک شدن و پوست اندازی می کنند. کل دوره ی بیماری بین ۷ تا ۱۰ روز است و شایعترین عارضه در هرپس زوستر، درد عصبی بعد از هرپس زوستر (PHN)^a می باشد؛ وضعیتی که درد همراه با راش تا مدتها بعد از بهبود راش ها باقی می ماند. میزان ابتلا به عفونت با هرپس زوستر زیاد است و هر ساله هم زیاد تر می شود. تعدادی از مطالعات نشان می دهد که میزان بروز هرپس زوستر و شدت درد با سن رابطه داشته و افراد مسن در خطر بالاتری قرار دارند. درمان در مراحل اولیه می تواند در تسکین درد و کاهش دوره ی بیماری موثرتر باشد^۲.

هدف در درمان های رایج هرپس زوستر، تسریع بهبود ضایعات، کاهش درد همراه و جلوگیری از ایجاد عوارض است.

دارو های تجویزی متداول شامل داروهای ضد ویروسی،

کورتیکواستروئید ها، ضد دردها، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و ضد افسردگی های سه حلقه ای است^۳. در پزشکی سنتی چین، هرپس زوستر به نام She Chuan Chuang خوانده می شود. اغلب سه طریق در پزشکی سنتی چین برای آن توضیح داده شده است. نخست از نظر مکانیسم پاتولوژیکی، کمبودی در انرژی ضد بیماری وجود دارد. به همین دلیل سموم به بدن حمله می کنند و یک حرارت مرطوب به پوست منتشر می شود. هرپس زوستر به عنوان رکود qi در کبد نیز شناخته می شود که در نتیجه ی آن گرمای زیاد تولید باد کرده و آتش به پوست نزول داده می شود. در آخر هرپس زوستر ممکن است به علت وجود حرارت مرطوب در طحال و معده باشد که به پوست منتشر می شود^۲. درمان TCM شامل جوشانده های گیاهی، ترکیبات چینی، طب سوزنی، سوزاندن موکسا (moxibustion)، حجامت و غیره است.

حجامت یک روش برای تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری است که از شاخ، نی هندی یا فنجان های شیشه ای روی پوست بیمار جهت ایجاد مکش به داخل فنجان استفاده می شود^۴. انواع مختلفی از حجامت وجود دارد که هشت نوع آن به طور شایع در رویکردهای بالینی استفاده می شود: حجامت خالی، حجامت متحرک، حجامت باقی مانده، حجامت سوزنی، حجامت تر، حجامت با گیاه موکسا (moxa cupping) حجامت گیاهی و حجامت آبی^۵. حجامت تر که حجامت پر یا خونریزی دهنده نیز نامیده می شود، عمده ترین و پرطرفدار ترین روش حجامت عملی بود که در اروپا توسط افراد ماهر برای پاک کردن بدن

از خون آلوده ای که منشأ بیماری بود، استفاده می شد. حجامت تر می تواند در درمان افزایش ناگهانی فشار خون و در ترشحات چرکی از جوش ها و کورک ها که نشانه ی زیادی حرارت خون و ایستایی در بدن است نیز موثر باشد. برای انجام حجامت تر مراحل زیر را باید انجام داد:

استریل کردن نقاط انتخابی با الکل و ایجاد یک برش با یک سوزن سه لبه (triangle-edged) یا سوزن گل آلوچه ای (plum-blossom)، سپس باید به نقطه ی مورد نظر برای مدت کوتاهی به صورت محکم ضربه زد تا خونریزی ایجاد شود. زمانی که آن نقطه خونریزی کند، با یک فنجان یک مکش قوی در آن نقطه انجام می شود. بعد از آن مشاهده می شود که خون به آهستگی شروع به ریزش در فنجان می کند. اگر برش کافی باشد، می توان انتظار داشت که حدود ۳۰ تا ۶۰ سی سی خون در فنجان بریزد. بعد از ۵ تا ۱۰ دقیقه با احتیاط و مراقبت فنجان برداشته می شود. حجامت، جریان خون و qi را تنظیم می کند، همچنین به تشخیص و دفع فاکتور های پاتوژن مانند رطوبت و حرارت نیز کمک می کند. حجامت، خون و qi را به حرکت درآورده و مجراهایی را در پوست باز می کند و به این صورت باعث برداشته شدن پاتوژن ها از راه پوست می شود^۶. مادر منابع گزارش هایی از کارآزمایی های بالینی مربوط به درمان هرپس زوستر با حجامت تر یافتیم، اما برای آثار درمانی این روش مرور نظام مندی پیدا نکردیم. بنابراین، این مرور به ارزیابی اثرات مفید و مضر حجامت تر برای درمان هرپس زوستر در کارآزمایی های بالینی تصادفی کمک می کند.

روش ها

معیار های ورود در مطالعه

کارآزمایی های بالینی تصادفی موازی که حجامت تر در بیماران مبتلا به هرپس زوستر و PHN را با درمانهای دارویی معمول، دارونما و موارد بدون درمان مقایسه کرده بودند، در این مطالعه وارد شدند. هم چنین کارآزمایی های بالینی تصادفی دیگر که درمان ترکیبی حجامت تر را همراه با سایر روش ها در نظر گرفته بودند نیز در مطالعه وارد شدند. کاهش شدت درد، مدت زمان رهایی از درد، درصد بیماران بهبود یافته و میزان بروز PHN به عنوان پیامد های مورد سنجش در نظر گرفته شدند. چندین مقاله که گروه های شرکت کننده ی یکسانی داشتند از مطالعه خارج شدند. درمان های ترکیبی حجامت تر و طب سوزنی که با داروها یا سایر تداخلات به جز طب سوزنی، مقایسه شده بودند نیز از طرح خارج شدند. هیچ محدودیتی روی نوع زبان و نوع انتشار وجود نداشت.

تشخیص و انتخاب مطالعات

ما در شبکه ی اطلاعاتی CNKI چین (۲۰۰۹-۱۹۷۹)، داده های اطلاعاتی تمام متن ژورنالهای علمی چینی VIP (۲۰۰۹-۱۹۸۹)، پایگاه اطلاعاتی Wan Fang (۲۰۰۹-۱۹۸۵) و Pub Med (۲۰۰۹-۱۹۶۶) و کتابخانه ی کوکران (۲۰۰۸، شماره ی ۳) جستجو کردیم. تمام جستجوها در فوریه تمام شد. کلمات جستجو شامل موارد زیر می باشد:

post-herpetic neuralgia, PHN shingles یا zona, herpes zoster, venesection یا ترکیب با phlebotomy therapy, three edged needle, triangle-edge needle, ventouse, blood-letting یا cupping

دو نفر از مولفان (HJC و CJZ) شایستگی مطالعات و نیز تطابق با معیار های ورودی را چک کردند.

استخراج داده ها و ارزیابی کیفیت
دو نفر از مولفان (HJC و CJZ) اطلاعات را از کارآزمایی های در نظر گرفته شده به صورت مستقل استخراج کردند. کیفیت کارآزمایی ها بر اساس طبقه بندی زیر دسته بندی شد.^۷

طبقه ی A - خوب (good):
مطالعات دارای کمترین سوگیری بوده و نتایج آنها معتبر می باشد. این مطالعات شامل موارد زیر است:
(۱) توضیحات روشن در مورد جمعیت، روش کار، مداخلات و گروه های مقایسه
(۲) اندازه گیری مناسب نتایج
(۳) روش های آنالیزی و آماری مناسب
(۴) عدم وجود خطاهای گزارش
(۵) میزان ترک کننده ها کمتر از ۲۰ درصد
(۶) گزارش واضح از ترک کننده ها
(۷) توجه و تعدیل سازی صحیح عوامل بالقوه ی مخدوش کننده

طبقه ی B - نسبتاً خوب (Fair):
مطالعات درجانی از سوگیری را دارند اما نه در حدی که نتایج را بی اعتبار نمایند. در این مطالعات تعدیل سازی عوامل مخدوش کننده، پایین تر از حد مطلوب انجام می شود. اطلاعات قطعی نیستند و نیاز است که محدودیت ها و مشکلات بالقوه تشخیص داده شوند.

طبقه ی C - ضعیف (Poor):
این مطالعات سوگیری های قابل توجه ای دارند که می تواند نتایج را بی اعتبار کند. در این مطالعات عوامل مخدوش کننده ی بالقوه در نظر گرفته نشده اند و یا به طور مناسب تعدیل سازی انجام نگرفته است. در این مطالعات ممکن است عیوب انتقادی و مهمی در طراحی، آنالیز و/یا گزارش، اطلاعات گم شده و/یا تفاوت در

گزارش ها وجود داشته باشد.

آنالیز داده ها

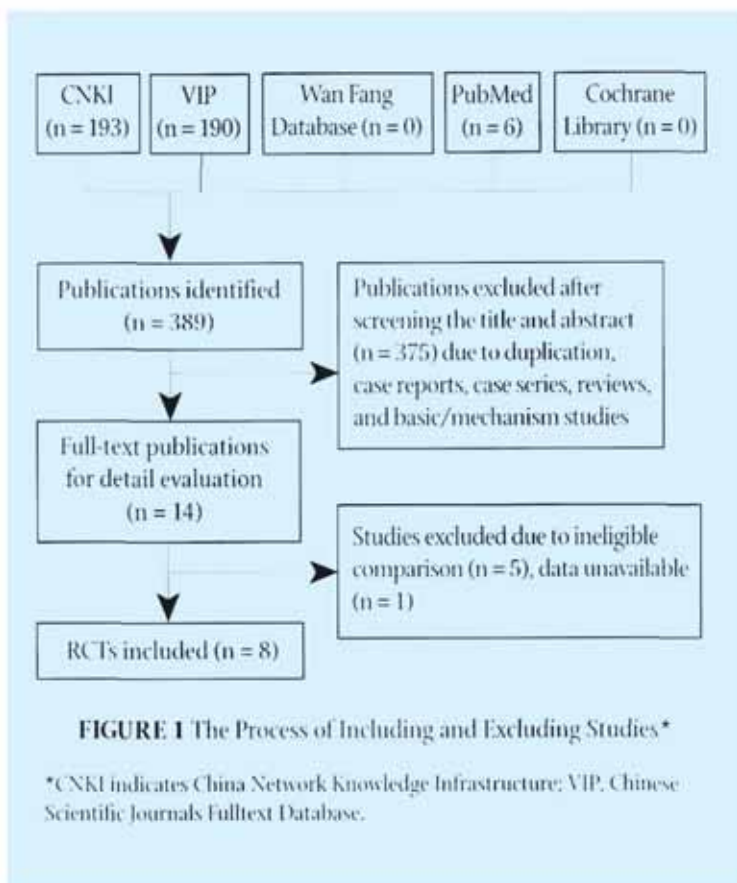
آنالیز داده ها به طور خلاصه با به کارگیری خطای نسبی (RR) و فاصله ی اطمینان ۹۵٪ (CI) برای نتایج دوتایی و با تفاوت میانه (MD) با ۹۵٪ CI برای نتایج پیوسته بیان گردید و از نرم افزار RevMan5.0.18 (The Cochrane collaboration, The Nordic Cochrane Center, Copenhagen, Denmark) برای آنالیز داده ها استفاده گردید در مواردی که کارآزمایی ها همگنی خوبی در طراحی مطالعه، شرکت کننده ها، عوامل تاثیر گذار، کنترل و اندازه گیری نتایج داشتند، متآنالیز به کار رفت. با استفاده از آنالیز funnel plot سوگیری انتشار، یافت شد.

نتایج

توضیح در مورد مطالعات

بعد از انجام تحقیقات اولیه از هفت منبع اطلاعاتی، ۳۸۹ مطالعه یافت گردید. مطالعات زیادی به دلیل نداشتن شرایط لازم از طرح خارج شدند و متن کامل ۱۴ مطالعه بررسی شد. در نهایت، هشت کارآزمایی^{۸-۱۵} شامل این مرور گردید. پنج کارآزمایی^{۱۶-۲۰} که حجامت تر همراه با طب سوزنی یا سوزاندن موکسا را با سایر داروها مقایسه کرده بودند و یک کارآزمایی^{۲۱} به دلیل گزارش های غیر قابل اعتماد، از طرح خارج شدند. خصوصیات ورود یا خروج کارآزمایی ها در طرح در جدول های شماره ی ۱ و ۲ آورده شده است.

هشت کارآزمایی مورد قبول، ۶۵۱ بیمار مبتلا به هرپس زوستر را در برداشتند. محدوده ی سن شرکت کننده ها ۱۲ تا ۸۲ سال و دوره ی بیماری از ۱ تا ۱۴ روز متفاوت بود. در پنج



کار آزمایی، چهار معیار تشخیصی برای هرپس زوستر تعیین شد، دو معیار در کتاب های مرجع چینی بود و دو معیار به صورت سنتی در چین مورد قبول قرار گرفته بودند. تدابیر درمانی به صورت استفاده از حجامت تر (شامل

خراش یک قسمت با triangle-edged-needle, (seven-star needle یا pulm needle و دیگری حجامت تر همراه با دارو های رایج یا طب سوزنی بود. گروه های کنترل به صورت استفاده از دارو یا طب سوزنی بودند. در گروه های مورد مطالعه کل دوره ی درمان بین ۷ تا ۱۰ روز متغیر بود. همه ی کار آزمایی های وارد شده در مطالعه از دو، سه یا چهار مورد از چهار گروه طبقه بندی برای ارزیابی اثرات درمان شامل درمان کامل، بسیار موثر، موثر / بهبودی نسبی و بی اثر بر اساس درجات بهبودی کلی علایم استفاده کردند.

کیفیت روش ها

بر اساس معیارهای از پیش تعریف شده ی ارزیابی کیفیت، همه ی کار آزمایی های وارد شده در مطالعه توضیح روشنی درباره ی جمعیت، روش کار، مداخلات و گروه های مقایسه با روش های آنالیزی و آماری داشتند. تعداد نمونه ی کار آزمایی ها از ۶۴ تا ۱۱۴ شرکت کننده با یک میانگین ۸۲ بیمار در هر کار آزمایی متغیر بود. هیچ کدام از کار آزمایی ها گزارشی مبنی بر محاسبه ی تعداد نمونه از قبل و روشی اختصاصی برای پنهان کردن یا کور کردن نداشتند. دو کار آزمایی^{۹، ۸} روش های مناسب انتخاب تصادفی شامل انتخاب تصادفی بر اساس جدول اعداد یا قرعه کشی را شرح دادند. همه ی کار آزمایی های وارد شده در مطالعه، بهبود علایم را به عنوان پیامد مورد سنجش انتخاب کردند. اما اینکه

از آنها^{۹-۱۱} نشان دادند که حجامت تر به صورت بازری بهتر از دارو در افزایش تعداد بیماران بهبود یافته (RR 2.49, 95%CI 1.91 to 3.24, P<0.00001) و همچنین در افزایش تعداد بیمارانی که علایم آنها بعد از درمان بهتر شده بود (RR 1.15, 95% CI 1.05 to 1.26, P=0.003) عمل کرد گرچه نتایج یک کار آزمایی قابل تخمین نبود.^{۱۰} در سه کار آزمایی^{۹، ۱۰، ۱۳} میزان بروز PHN بعد از درمان گزارش شده بود. متآنالیز نشان داد که حجامت تر در پیشگیری از عوارض به صورت محسوس موثر بود (RR 0.06, 95%CI 0.02 to 0.25, p=0.0001). بنا بر گزارش یک کار آزمایی^{۱۰} تفاوت واضحی در میانگین زمان بهبود با حجامت تر در مقایسه با دارو وجود نداشت (MD -3.14, 95%CI -6.45 to 0.17, P=0.06).

آیا ارزیاب کننده های پیامدها کاملاً ناآگاه (blind) بودند، گزارش نشده بود. هیچ کدام از شرکت کننده ها در دوره ی مطالعه، از مطالعه خارج نشدند، تنها دو کار آزمایی^{۹، ۱۳} به پیگیری بعد از خاتمه ی درمان اشاره کردند و از آنالیز intention-to-treat استفاده نشده بود. عوامل مخدوش کننده ی بالقوه در گزارش کار آزمایی ها ذکر نگردیده بودند. در کل به احتمال زیاد، در جاتی از سوگیری در کار آزمایی های وارد شده در مطالعه وجود داشت که در نتیجه از نظر کیفیت روش شناسی، ما آنها را در طبقه ی B (نسبتاً خوب) قرار دادیم. در ادامه و در جدول شماره ی ۳ اثرات درمان با حجامت تر آورده شده است.

حجامت تر در مقابل دارو

چهار کار آزمایی^{۹-۱۱، ۱۳} حجامت تر را با داروها مقایسه کردند. سه مورد



مقایسه ی حجامت تر همراه با دیگر مداخلات در مقابل کاربرد همان مداخلات به تنهایی

پنج کار آزمایی^{۸،۱۰،۱۲،۱۴،۱۵} حجامت تر همراه با دیگر مداخلات را با اثر آن مداخلات به تنهایی مقایسه کردند.

نتیجه ی متاآنالیز نشان داد که تفاوت قابل ملاحظه ای در تعداد بیمارانی که هریس زوستر آنها بهبود یافته بود، بین گروهی که از حجامت تر به علاوه ی دارو یا اشعه ی مافوق بنفش استفاده می کردند با گروهی که فقط از این مداخلات استفاده می کردند، وجود داشت

(RR 1.93, 95% CI 1.23 to 3.04, P=0.005).

نتایج چهار کار آزمایی^{۸،۱۰،۱۴،۱۵} در ارتباط با تعداد بیمارانی که علائم آنها بعد از درمان بهتر شده نیز باید مورد بررسی قرار می گرفتند، اما تنها داده های یک کار آزمایی^۸ دردسترس بود که تفاوت قابل ملاحظه ای بین تعداد بیمارانی با تخفیف علائم و بیمارانی بدون تخفیف علائم را نشان نمی داد، (RR 1.00, 95% CI 0.92 to 1.08, P=0.98). دو کار آزمایی^{۸،۱۰} میانگین زمان بهبودی را گزارش کردند و متاآنالیز نشان داد که تفاوت قابل ملاحظه ای بین کاربرد حجامت تر همراه با دارو در مقایسه با مصرف دارو به تنهایی، در تسریع زمان بهبودی وجود دارد

(MD -2.67, 95% CI -3.97 to -1.37, P<0.0001).

عوارض جانبی

عوارض جانبی مربوط به حجامت تر در دو کار آزمایی^{۱۰،۱۳} شرح داده شده بود اما هیچ عارضه ی جانبی در بیمارانی موجود در گروه حجامت تر مشاهده نشد. یک کار آزمایی^{۱۳} گزارش داد که یک بیمار دیابتی، چندین اسکار فرورفته

عدم کور بودن در اکثریت کار آزمایی ها، احتمال بالقوه ای برای سوگیری اجرا (performance bias) و سوگیری شناسایی (detection bias) وجود داشت چرا که بیماران و محققان از مداخلات درمانی که پیامدهای درمانی اظهار شده توسط بیماران بر اساس آنها مورد سنجش قرار می گرفت، آگاه بودند. آنالیز intention-to-treat در آنالیز اطلاعات کار آزمایی های در نظر گرفته شده، مورد استفاده قرار نگرفت. اگرچه funnel plot هم به دلیل تعداد محدود کار آزمایی ها در متاآنالیز انجام نگرفت، تمام مطالعات نتیجه ی مثبتی را به نفع گروه درمان گزارش کردند؛ بنابراین احتمال وجود یک سوگیری انتشار (publication bias) نیز می باشد. به علاوه همه ی این کار آزمایی ها در چین انتشار یافته بود که این خود احتمال سوگیری انتخاب (selection bias) را بالا می برد.

مورد دوم این بود که یک کار آزمایی^۹ فقط شامل افراد میانسال و پیری بود که

از ضایعات پوستی در گروه آسیکلیر داشت (n=48).

از آنجا که هر مقایسه ای در این مطالعه، کمتر از پنج کار آزمایی را شامل می شد، استفاده از آنالیز Funnel plot معنی دار نبود.

بحث

بر اساس متاآنالیز، نتایج نشان داد که در مقایسه با دارو حجامت تر به طور بارزی برای درمان ضایعات و کاهش درد بهتر بود و کاربرد حجامت همراه با سایر مداخلات هم موثرتر از آن مداخلات به تنهایی بود. البته این امکان وجود دارد که به اثرات مفید حجامت تر به دلیل حجم کم نمونه و گزارش های نارسای روش شناسی مربوط به کار آزمایی های در نظر گرفته شده، زیاد بها داده شده باشد.

محدودیت هایی در این مطالعه ی مروری وجود داشت. اول اینکه کیفیت مطالعات در نظر گرفته شده به طور کلی نسبتاً خوب (Fair) بود که بنابراین احتمال خطر نسی از سوگیری وجود دارد، به دلیل کاربرد ناکافی تصادفی سازی و

به هرپس زوستر مبتلا بودند و یک کارآزمایی هم شامل بیمارانی بود که علایم هرپس زوستر فقط در سر و صورت آنها ظاهر شده بود. انواع مختلفی از سوزن ها در کارآزمایی ها استفاده می شد که شامل سوزن سه لبه (triangle-edged-needle) در چهار کارآزمایی، سوزن گل آلوچه ای (palm-blossom needle) در دو کارآزمایی، سوزن مویی (filiform needle) در یک کارآزمایی و سوزن هفت پر (seven star needle) در یک کارآزمایی بود. هفت کارآزمایی از روش ایجاد خراش و خونریزی استفاده کردند و یک کارآزمایی هم از روش خراش و حجامت روی نقاط BL18 و DU14, BL13, BL17 باخونریزی روی رأس گوش استفاده کردند.

تسوع شرکت کننده ها و جزییات مداخلات می تواند باعث ایجاد ناهمگنی میان کارآزمایی های در نظر گرفته شده شود و روی متاآنالیز اثرات درمانی تاثیر گذار باشد. به علاوه استفاده از پیامدهای مورد سنجش به صورت مرکب در هشت کارآزمایی برای ارزیابی کلی بهتر شدن علایم، عمومیت بخشیدن یافته ها را محدود می کند.

طبقه بندی درمان تحت عناوین "بسیار موثر" (markedly effective)، "موثر" (effective) یا "غیر موثر" (ineffective) به صورت بین المللی به رسمیت شناخته نمی شود که این مشکلی در تفسیر اثر است. ما پیشنهاد می کنیم در آینده برای ارزیابی اثرات درمانی، کارآزمایی هایی با رعایت استانداردهای بین المللی صورت پذیرد. علی رغم عدم وجود ناهمگنی آماری عمده بین آنالیز اطلاعات، ما ناهمگنی

بالینی واضحی را به دلیل وجود تفاوت در کیفیت مطالعات، شرکت کننده ها، مداخلات، کنترل و پیامدهای مورد سنجش احساس می کنیم. تفسیر یافته های مثبت از متاآنالیزها باید در کنار خصوصیات بالینی کارآزمایی های در نظر گرفته شده و توان شواهد مربوطه صورت پذیرد. بنابراین نیاز است که نتیجه گیری در مورد اثرات سودمند حجامت تر در درمان هرپس زوستر، در کارآزمایی های بالینی تصادفی بزرگ و دقیقی تایید شود. در جستجوهای ما یک مطالعه ی مروری که در موضوع طب سوزنی و حجامت در درمان هرپس زوستر انجام شده بود، یافت شد^{۲۲}. این مرور در چین در سال ۲۰۰۸ منتشر شد و شامل ۳۹۹ کارآزمایی بود و هدف از مطالعه ی مروری آن، سنجش کیفیت مقالات در مطالعات بالینی در موضوع طب سوزنی

و حجامت در درمان هرپس زوستر بود. چنین گزارش شده که از ۳۹۹ کارآزمایی بالینی فقط ۸۶ کارآزمایی از طب سوزنی و ۱۸۷ کارآزمایی از ۳۱۳ کارآزمایی باقیمانده از حجامت تر به عنوان مداخله ی درمانی استفاده کرده بودند. این مرور نشان داد که به عنوان یک روش شایع در درمان هرپس زوستر، ممکن است حجامت تر همراه با طب سوزنی اثر بارزتری داشته باشد. در مرور نظام مند ما پنج کارآزمایی که حجامت تر همراه با طب سوزنی را در درمان هرپس زوستر با دارو به تنهایی مقایسه کرده بودند از طرح خارج شدند. اما همه ی این پنج کارآزمایی خارج شده نتایج مثبت مداخله ی درمانی را نشان دادند. بنابراین کارآزمایی های دقیق بیشتری برای تصدیق این نتیجه لازم است. بیشتر کارآزمایی های موجود دارای



حجم نمونه ی کم بوده و در گروه با ریسک قابل قبول سوگیری طبقه بندی می شوند. مطالعات بیشتر با کیفیت بالاتر و حجم نمونه ی بیشتری نیاز است تا موثر بودن حجامت تر در درمان هرپس زوستر را ثابت کند. همچنین نیاز است که روش های انتخاب تصادفی به صورت واضحی شرح داده شده و به صورت کامل گزارش شوند. اگرچه ممکن است ناآگاه ماندن بیماران و درمان گران بسیار دشوار باشد اما تا آنجا که امکان دارد باید در جهت ناآگاه ماندن افراد ارزیاب کننده ی نتایج تلاش صورت پذیرد تا احتمال سوگیری اجرا و سوگیری ارزیابی (assessment bias) به حداقل برسد. انتخاب پیامدهای مورد سنجش باید براساس استانداردهای بین المللی باشد. داده های پیوسته می تواند شامل تغییرات در متوسط نمره ی درد روزانه از هفته ی مبنا تا هفته ی آخر مطالعه مطابق با مقیاس آنالوگ بصری، پرسشنامه ی short form-36 quality of life نمره ی شدت درد موجود باشد^{۲۳}

و نمودار خصوصیات وضعیت های خلقی و پیامدهای مزدوج می تواند شامل بار بیماری ناشی از هرپس زوستر و بروز PHN^{۲۴} باشد. آنالیز پیامدها بر اساس اصول intention-to-treat مهم است. به علاوه معیار های تشخیصی کاملاً آشکاری باید به کار گرفته شوند تا تشخیص بالینی هرپس زوستر به صورت دقیق انجام گردد و به این ترتیب قابلیت مقایسه بین کار آزمایشی ها افزایش یابد. در تظاهر کلاسیک هرپس زوستر، علائم و نشانه ها معمولاً به اندازه ی کافی برای تشخیص دقیق بالینی متمایز می باشند به خصوص زمانی که راش ها ظاهر می گردند اما در بعضی از موارد به ویژه در بیماران دچار مشکلات مربوط به سرکوب سیستم ایمنی، ظهور راش ها ممکن است در قسمت های غیر متداول باشد. گاهی بعد از بهبود راش ها احتمال بروز یک مشکل نورولوژیکی هم وجود دارد که در این موارد ممکن است تست های آزمایشگاهی تشخیص را واضح سازد^{۲۵}.

برای بیان واضح پروسه ی درمان هم گزارش کار آزمایشی ها باید از استانداردهای یکپارچه ی گزارش دهی کار آزمایشی ها متابعت کند تا پزشکان و دیگر محققان بتوانند آن را به کار برند. از آنجایی که هرپس زوستر ممکن است با یا بدون درمان ضعیف شود و یا از بین برود و عوارضی مانند PHN به جا گذارد دوره ی طولانی تری از پیگیری و با اندازه گیری مداوم پیامدهای مورد سنجش لازم است تا میزان سودمندی و نیز اثرات طولانی مدت درمان با حجامت تر مشخص شود.



TABLE 1 Characteristics of Included Studies

Trials	Patients (M/F)		Average Age (y)	Diagnostic Criteria	Interventions		Duration of Treatment	Outcome Measure*
	Treatment	Control			Cupping treatment	Control		
Gao L 2006 ⁷	19/17	17/18	Unclear	Chinese criteria for diagnosis	Prick with triangle-edged needle and cupping on lesion for 10 min, once every 2 d, plus aciclovir 200 mg 3 times/d, vitamin B ₁ 100 mg, vitamin B ₁₂ 250 mg injection 1 time/d	Aciclovir 200 mg 3 times/d, vitamin B ₁ 100 mg, vitamin B ₁₂ 250 mg injection 1 time/d	10 d	†Cure, improve, ineffective; average time of cure
Lin M 2008 ⁸	26/19	25/20	55.5	Professional criteria in China	Prick with 7-star needle and cupping on the lesion for 10-15 min, 1 time/d for first 3 d, then once every 2 d and last every 4 d	Aciclovir capsule 0.2 g 5 times/d, cimetidine 0.2 g 3 times/d, indometacin tablet 50 mg 3 times/d, Mexolubron tablets 0.5 mg 3 times/d, washout with calamin and use aciclovir cream	7 d (cupping group), 10 d (control group)	†Cure, improve, ineffective; incidence rate of postherpetic neuralgia (PHN)
Lin L 2003 ⁹	28/22	19/15	55.1	Criteria from text-book in China	Group 1: prick with plum needle on lesion then cupping on the same place for 10-15 min, once every 2 d, plus aciclovir 0.2 g 5 times/d, vitamin B ₁ 20 mg 3 times/d, VB ₁₂ 500 mg injection once every 2 d, 2%-3% aciclovir cream for external use	Aciclovir 0.2 g 5 times/d, vitamin B ₁ 20 mg 3 times/d, vitamin B ₁₂ 500 mg injection once every 2 d, 2%-3% aciclovir cream for external use	10 d	†Cure, markedly effective, effective, ineffective; average time of cure; incidence rate of PHN
	16/14	19/15	54.2		Group 2: prick with plum needle on lesion then cupping on the same place for 10-15 min once every 2 d	Aciclovir 0.2 g 5 times/d, vitamin B ₁ 20 mg 3 times/d, vitamin B ₁₂ 500 mg injection once every 2 d, 2%-3% aciclovir cream for external use		
Lin Q 2004 ¹⁰	32§	32§	55.6	Unavailable	Prick with triangle-edged needle and cupping on lesion	Aciclovir 1.2 g 5 times/d, poly I:C injection 2 mg once every 2 d	10 d	†Cure, markedly effective, effective, ineffective
Long W 2003 ¹¹	34§	30§	44.5	Unavailable	Prick with plum needle on lesion then cupping on the same place plus ultraviolet radiation once every 2 d	Ultraviolet radiation once every 2 d	10 d	Times of treatment for 4 cured
Xiong Z 2007 ¹²	20/28	16/24	49	Criteria from text-book in China	Prick on lesion and cupping for 5 min	Aciclovir plus normal saline 250 ml, intravenous drip 1 time/d	7 d	Incidence rate of PHN
Xu L 2004 ¹³	20/20	21/19	Unclear	Unavailable	Prick with triangle-edged needle and cupping on lesion for 15 min, aciclovir cream for external use plus aciclovir 0.5 g and glucose 250 ml, intravenous drip 2 times/d	Aciclovir cream for external use plus aciclovir 0.5 g and glucose 250 ml, intravenous drip 2 times/d	7 d	†Cure, improve, effective, ineffective; scores given by patients according to their symptoms of disease; average dry-up time of lesion; average time of pain disappearance
Zhang Q 2008 ¹⁴	14/26	12/28	Unclear	Criteria from text-book in China	Aciclovir 200 mg 5 times/d, acupuncture beside the lesion (30 min 1 time/d, plus prick with triangle-edged needle on <i>Huixue</i> , <i>Tiaohu</i> (double), <i>Ganshu</i> (double) and cupping for 10 min once every 2 d, blood-letting on auditory apex twice every wk	Aciclovir 200 mg 5 times/d, acupuncture beside the lesion (30 min 1 time/d)	14 d	†Cure, improve, effective, ineffective

*Definitions of "cure," "markedly effective," "effective," and "ineffective": †Cure: rash totally faded, the clinical symptoms disappeared, no accompanying pain. Markedly effective: rash faded 70% or more; the accompanying pain almost disappeared. Improved: rash faded 30%-69%; the accompanying pain was obviously alleviated. Ineffective: rash faded less than 30%; no alleviation of the accompanying pain. ‡Cure: rash totally faded, no accompanying pain. Markedly effective: rash faded more than 50%; the accompanying pain almost disappeared. Effective: rash faded 30%-50%; the accompanying pain was alleviated a little. Ineffective: rash faded less than 30%; no alleviation of the accompanying pain. §Male/female; but seldom not indicated.

TABLE 2 Studies Excluded from the Review and Reasons for Exclusion

Study	Reasons for Exclusion
Cai P 2006 ¹⁵	Randomized controlled trial (RCT) that used wet cupping therapy combined with acupuncture compared with Western medications
Huo H 2007 ¹⁶	RCT that used wet cupping therapy combined with acupuncture and needle prick around the rash compared with Western medications
Luo S 2008 ¹⁷	RCT that used wet cupping therapy combined with moxibustion compared with Western medications
Pang S 2003 ¹⁸	RCT that used wet cupping therapy combined with needle prick around the rash compared with Western medications
Wang H 2007 ¹⁹	RCT that used wet cupping therapy combined with acupuncture compared with Western medications
Zhang J 2004 ²⁰	RCT but data were not available for analysis due to inadequate reporting

TABLE 3 Effect of Estimates of Wet Cupping Treatment in 8 Randomized Controlled Trials*

Trials	Comparisons	Effect Estimates (95% CI)	P Value
3.1 Numbers of cured patients			
3.1.1 wet cupping plus other interventions vs other interventions alone:			
Guo L. 2006 [†]	Wet cupping plus aciclovir, vitamin B ₁ , and vitamin B ₁₂ vs aciclovir, vitamin B ₁ , and vitamin B ₁₂	RR 1.48 [1.05, 2.09]	
Liu L. 2003 [†]	Wet cupping plus aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream vs aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream	RR 3.83 [2.07, 7.06]	
Long W. 2003 [†]	Wet cupping plus ultraviolet radiation vs ultraviolet radiation alone	RR 1.30 [1.06, 1.59]	
Xu L. 2004 [†]	Wet cupping plus aciclovir cream, aciclovir 0.5 g, and glucose 250 mL intravenous drip vs aciclovir cream, aciclovir 0.5 g, and glucose 250 mL intravenous drip	RR 1.35 [0.93, 1.97]	
Zhang Q. 2008 [†]	Wet cupping and blood-letting on auditive apex plus aciclovir and acupuncture vs aciclovir and acupuncture	RR 4.17 [1.92, 9.05]	
	Meta-analysis	RR 1.93 [1.23, 3.04]†	.005
3.1.2 wet cupping vs medications			
Jin M. 2008 [†]	Wet cupping vs aciclovir, cimetidine, indometacin, mecobalamin, calamin, and aciclovir cream	RR 2.15 [1.54, 3.00]	
Liu L. 2003 [†]	Wet cupping vs aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream	RR 2.83 [1.47, 5.46]	
Liu Q. 2004 [†]	Wet cupping vs aciclovir and poly I-C injection	RR 2.90 [1.71, 4.91]	
	Meta-analysis	RR 2.49 [1.91, 3.24]	<.00001
3.2 Numbers of patients with PHN after treatment			
Jin M. 2008 [†]	Wet cupping vs aciclovir, cimetidine, indometacin, mecobalamin, calamin, and aciclovir cream.	RR 0.09 [0.01, 1.60]	
Liu L. 2003 [†]	Wet cupping vs aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream	RR 0.06 [0.00, 1.09]	
Xiong Z. 2007 [†]	Wet cupping vs aciclovir plus normal saline 250 mL intravenous drip	RR 0.05 [0.01, 0.38]	
	Meta-analysis	RR 0.06 [0.02, 0.25]	.0001
3.3 Numbers of patients with improved symptoms after treatment			
3.3.1 wet cupping plus other interventions vs other interventions alone:			
Guo L. 2006 [†]	Wet cupping plus aciclovir, vitamin B ₁ , and vitamin B ₁₂ vs aciclovir, vitamin B ₁ , and vitamin B ₁₂	RR 1.00 [0.92, 1.08]	
Liu L. 2003 [†]	Wet cupping plus aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream vs aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream	Not estimable	
Xu L. 2004 [†]	Wet cupping plus aciclovir cream, aciclovir 0.5 g, and glucose 250 mL intravenous drip vs aciclovir cream, aciclovir 0.5 g, and glucose 250 mL intravenous drip	Not estimable	
Zhang Q. 2008 [†]	Wet cupping and blood-letting on auditive apex plus aciclovir and acupuncture vs aciclovir and acupuncture	Not estimable	
	Meta-analysis	RR 1.00 [0.92, 1.08]	.98
3.3.2 wet cupping vs medications			
Jin M. 2008 [†]	Wet cupping vs aciclovir, cimetidine, indometacin, mecobalamin, calamin, and aciclovir cream.	RR 1.07 [0.98, 1.17]	
Liu L. 2003 [†]	Wet cupping vs aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream	Not estimable	
Liu Q. 2004 [†]	Wet cupping vs aciclovir and poly I-C injection	RR 1.27 [1.05, 1.54]	
	Meta-analysis	RR 1.15 [1.05, 1.26]	.003
3.4 Average cure time			
3.4.1 wet cupping plus other interventions vs other interventions alone:			
Guo L. 2006 [†]	Wet cupping plus aciclovir, vitamin B ₁ , and vitamin B ₁₂ vs aciclovir, vitamin B ₁ , and vitamin B ₁₂	MD -2.10 [-3.55, -0.65]	
Liu L. 2003 [†]	Wet cupping plus aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream vs aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream	MD -5.08 [-8.04, -2.12]	
	Meta-analysis	MD -2.67 [-3.97, -1.37]	<.0001
3.4.2 wet cupping vs medications			
Liu L. 2003 [†]	Wet cupping vs aciclovir, vitamin B ₁ , vitamin B ₁₂ , and aciclovir cream	MD -3.14 [-6.45, 0.17]	.06

*RR indicates relative risk; MD, mean difference; CI, confidence interval.

†Random model for data analysis.

منابع

REFERENCES

1. Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. *BMJ*. 2007;334(7605):1211-1215.
2. Yu XM, Zhu GM, Chen YL, Fang M, Chen YN. Systematic assessment of acupuncture for treatment of herpes zoster in domestic clinical studies [article in Chinese]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2007;27(7):536-540.
3. Roxas M. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: diagnosis and therapeutic considerations. *Altern Med Rev*. 2006;11(2):102-113.
4. Gao LW. *Practical Cupping Therapy* [book in Chinese]. Beijing, China: Academy Press; 2004.
5. Chirali IZ. The cupping procedure: ten methods of cupping. In: Chirali IZ. *Traditional Chinese Medicine Cupping Therapy*. London, England: Churchill Livingstone; 1999:73-86.
6. Chirali IZ. Benefits of cupping therapy: cupping. In: Chirali IZ. *Traditional Chinese Medicine Cupping Therapy*. London, England: Churchill Livingstone; 1999:46-49.
7. Agency for Healthcare Research and Quality. *Evidence Report/Technology Assessment Number 153: Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*. April 2007. Available at: <http://www.Ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfroot/brfroot.pdf>. Accessed November 9, 2009.
8. Guo LX. Observation of effect of prick with triangle-edged needle plus cupping therapy on herpes zoster [article in Chinese]. *Shansi J Tradit Chin Med*. 2006;22(3):41.
9. Jin MZ, Xie ZQ, Chen XW, Chen DX, Chen DP. Observations on the efficacy of blood-letting puncture and cupping in treating middle-aged and senile herpes zoster [article in Chinese]. *Shanghuan J Acupunct Moxibustion*. 2008;27(3):20-21.
10. Liu L, Li ZL. Curative effect observation on treating herpes zoster by Zhong Xi Medicine [article in Chinese]. *Chin J Practical Chin Med*. 2003;3(16):2088-2089.
11. Liu QW, Chang HS. Integrated traditional and western medicine for herpes zoster [article in Chinese]. *J Extern Ther Tradit Chin Med*. 2004;13(5):53.
12. Long WH, Liu HL. 34 cases observation of combined therapy for herpes zoster [article in Chinese]. *J Med Theory Pract*. 2003;16(10):1170.
13. Xiong ZL, Zhang GH. Fire needle plus cupping therapy for 48 patients with acute herpes zoster [article in Chinese]. *J Clin Acupunct Moxibustion*. 2007;23(7):38-39.
14. Xu L. Therapeutic effect of aciclovir in combination with collateral-puncturing and cupping in the treatment of 40 cases of herpes zoster [article in Chinese]. *Tianjin Pharm*. 2004;16(3):23-24.
15. Zhang Q, Liang XS, Guo TZ, Li TN. Observation on treatment of head-face herpes zoster [article in Chinese]. *Liaoning J Tradit Chin Med*. 2008;35(4):602.
16. Cai P. Clinical observation of collateral puncturing and cupping therapy on treatment of lumbar herpes zoster [article in Chinese]. *Liaoning J Tradit Chin Med*. 2006;33(4):476.
17. Huo HM, Yang XP. Observation on therapeutic effect of pricking blood therapy combined with acupuncture on herpes zoster [article in Chinese]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2007;27(10):729-730.
18. Luo SX, Xie YL, Ji DY. Observation of therapeutic effect of collateral puncturing and cupping therapy combined with western medications on treatment of herpes zoster [article in Chinese]. *Chin J Misdiag*. 2008;8(7):1579-1580.
19. Pang SF, Bao JZ. Observation on the therapeutic effect of pricking blood, cupping and surround needling on herpes zoster in the plateau area [article in Chinese]. *Chin Acupunct Moxibustion*. 2003;23(4):207-209.
20. Wang HL, Gao KB. 45 cases observation of surround needling and cupping on treatment of early herpes zoster [article in Chinese]. *Tradit Chin Med Res*. 2007;20(12):47-48.
21. Zhang JW, Wang XL, Zhou SH. Clinical observation of therapeutic effect of aciclovir combined with acupuncture on treatment of 41 cases of herpes zoster [article in Chinese]. *Chin Gen Pract*. 2004;7(16):1179-1180.
22. Peng WN, Liu ZS, Deng YH, Mao M, Yu JN, Du Y. Evaluation of literature quality of acupuncture for treatment of herpes zoster and approach to the laws of treatment [article in Chinese]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2008;28(2):147-150.
23. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Miller LM. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998;280(21):1837-1842.
24. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al; Shingles Prevention Study Group. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *N Engl J Med*. 2005;352(22):2271-2284.
25. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2008;57(10):1-30; quiz CE2-4.

دانش، دیدگاه و استفاده‌ی حرفه‌ای پرستاران از طب مکمل و جایگزین (CAM): تحقیقی در پنج بیمارستان بزرگ واقع در آدلاید

Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): A survey at five metropolitan hospitals in Adelaide

Complementary therapies in clinical practice (2010.16)
Seyed Afshin Shorofi, Paul Arbon

مترجم: منصوره شفاری

۱- مقدمه

چنین پنداشته می‌شود که طب مکمل و جایگزین (CAM) نقش پستانانه‌ای در مراقبت‌های بهداشتی و به ویژه مراقبت از سلامت در قرن ۲۱ داشته است. چنین انگاشته می‌شود که گسترش استفاده از CAM در حاشیه‌ی طب آلپاتی (allopathic) و افزایش محبوبیت آن در میان پزشکان عمومی ممکن است منجر به ادغام درمان‌های CAM در جریان مراقبت از سلامت رایج گردد. همان‌طور که Owen, Lewith ذکر کرده‌اند "تجربیات حاشیه‌ای امروز، ممکن است به جریان اصلی فردا تبدیل گردند." همراهی CAM در کنار پزشکی رایج، نیازمند فراهم‌سازی اطلاعات و آموزش بیشتر به پرستاران درباره‌ی طب یکپارچه - طبی که CAM و طب آلپاتی را در هم می‌آمیزد- است. قرار داشتن پرستاران در جایگاهی محوری برای وارد کردن CAM در طب آلپاتی، پرستاران را ملزم به تعیین صلاحیت‌های حرفه‌ای و به دنبال آن محدودیت‌های موجود در دانش خود می‌کند که در صورت نیاز باید به دنبال آموزش و تعلیم بیشتری باشند؛ چرا که پرستاران

چکیده

هدف: تعیین دانش، دیدگاه و استفاده‌ی حرفه‌ای پرستاران از طب مکمل و جایگزین (CAM) در پنج بیمارستان بزرگ واقع در آدلاید، همچنین بررسی روابط عوامل اجتماعی - جمعیتی و استفاده از حوزه‌های CAM.

روش: اطلاعات مربوط به جمعیت‌شناسی، دانش، نگرش و استفاده‌ی حرفه‌ای پرستاران از CAM با استفاده از پرسشنامه‌ی خود اظهاری (self-administered)، فراهم گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و نا پارامتری، تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: حدود ۵۰٪ پرستاران CAM را برای بیماران به کار می‌بردند که از این میان، مداخلات ذهن - بدن بیشترین مورد به کار گرفته شده در حیطه‌ی CAM بود (۳۱/۴٪). در حالی که ۵۹٪ پرستاران تفکر نسبتاً مثبتی درباره‌ی CAM داشتند، بیش از ۶۰٪ آنها در این باره بسیار اندک می‌دانستند و یا فاقد هر گونه دانشی بودند. هم چنین استفاده‌ی حرفه‌ای پرستاران از CAM با عوامل گوناگون اجتماعی - جمعیتی ارتباط داشت و یک ارتباط مثبت بین دانش پرستاران و نگرش ایشان نسبت به CAM یافت شد.

نتیجه‌گیری: پرستاران دانش کمی درباره‌ی CAM دارند؛ اما در استفاده از CAM مشتاق باقی مانده‌اند. نگرش مثبت پرستاران نسبت به کاربرد CAM، می‌تواند اشاره به این امر داشته باشد که آنها آماده‌ی تلفیق بیشتر روشهای تایید شده‌ی بالینی CAM در مراقبت‌های پرستاری بیماران هستند.



پنج بیمارستان بزرگ آدلاید واقع در کشور استرالیا، مورد بررسی قرار می‌دهد.

۲- روش‌ها

۱-۲. نمونه و روش نمونه‌گیری

ورود به این مطالعه محدود به پرستاران دارای مجوز صلاحیت و شاغل در بخش‌های جراحی بود. به واسطه‌ی عدم تشابه بین دانشجویان پرستاری و کادر پرستاری، هم در وظایف و هم در تجربیاتشان، دانشجویان پرستاری و پرستارانی که در بخش‌های غیر جراحی کار می‌کنند، شامل این تحقیق نشدند. تکنیکی که برای انتخاب نمونه به کار رفت روش نمونه‌گیری آسان (convenience sampling) بود. از آنجا که نتایج به همه‌ی بیماران جراحی تعمیم داده نمی‌شود، تنها ۴۶۰ پرسشنامه توزیع گردید.

۲-۲. پرسشنامه‌ها

یک پرسشنامه‌ی پنج صفحه‌ای، جهت دستیابی به اهداف تحقیق طراحی شد. ۲۵ نوع درمان انتخاب شده‌ی CAM برای این تحقیق، بر پایه‌ی یک طبقه‌بندی استاندارد برگرفته از پنج گروه پذیرفته شده توسط مرکز ملی

زمانی که پژوهشگران و سیاستگذاران به دنبال درک علت افزایش محبوبیت CAM هستند؛ توجه به دیدگاه فراهم‌کنندگان سلامت نسبت به این امر نیز مهم است.^{۱۰} نگرش پرستاران ممکن است سطحی که بیماران در حال و آینده در معرض CAM هستند را متعکس نماید.^{۱۱} fitch و همکاران^{۱۲،۱۳} این مطلب را مورد بحث قرار دادند که نگرش‌ها و دیدگاه‌های پرستاران درباره‌ی CAM به میزان زیاد بر پاسخ‌های بیماران به پرسش‌های مربوط به CAM اثر می‌گذارد. از این رو، افزایش استفاده از CAM در استرالیا و نیز توجه فعلی پر پزشکی یکپارچه^{۱۰}، ممکن است کنجکاوی فرد را نسبت به این سوال برانگیزد که "پرستاران درباره‌ی میزان دانش خود از CAM و استفاده‌ی بیماران از آن چگونه فکر می‌کنند؟"

بر همین اساس، این تحقیق استفاده‌ی حرفه‌ای، دانش و نگرش پرستاران درباره‌ی CAM، هم چنین هر گونه رابطه‌ای که ممکن است بین عوامل اجتماعی - جمعیتی و استفاده از حوزه‌های CAM در بین پرستاران وجود داشته باشد؛ را در

در قبال برآورد صحیح صلاحیت خود در به کارگیری CAM به گونه‌ای ایمن، مسؤولیت دارند.^۴ به علاوه پیش از توجه به ادغام CAM در سیستم مراقبت سلامت مرسوم، باید میل و قدرت پذیرش پرستاران جهت ارایه، ارتقا یا اجازة‌ی تجویز درمان‌های مشخص CAM وجود داشته باشد. در حقیقت برای ادغام CAM در سیستم مراقبت سلامت مرسوم، به طور عمده ممکن است تمایل پرستاران و دیگر مراقبین حرفه‌ای سلامت جهت ارتقای واقعی CAM، تعیین‌کننده باشد. wagner, Dekeysr, cohen^{۱۴} ادعای می‌کنند که CAM جهت پیشرفت آینده‌ی پرستاری مهم می‌باشد؛ زیرا همان طور که پیش از این توسط Sohn و Loveland cook^{۱۵} ذکر شده افزایش استفاده‌ی عموم از CAM چالشی را برای پرستاران، که باید این جنبه از مراقبت را مدیریت کنند، ایجاد می‌کند. بنابراین تمایلی فزاینده به سمت پزشکی غیر رایج، کارکنان پرستاری را به این چالش فرا می‌خواند تا با مباحث CAM بیشتر آشنا شوند.^۹

طب مکمل و جایگزین آمریکا (NCCAM)^(۱۴) بود (جدول ۱ را مشاهده کنید).

درمان‌های CAM که در این تحقیق بررسی شدند، شامل درمان‌هایی بودند که کمتر بررسی گردیده‌اند و در کنار آنها درمان‌هایی قرار داشتند که به طور معمول در موردشان تحقیق شده بود و چنین به نظر می‌رسید که درمان‌های عامه‌پسندی در استرالیا هستند. فهرست اولیه‌ی درمان‌ها با همفکری محققان بین‌المللی در حوزه‌ی CAM تکمیل شد، با مرور منابع شکل یافت و سپس برای گروهی از کارشناسان بین‌المللی جهت تایید، ارسال گشت. پرسشنامه شامل هم سوالات باز و هم سوالات بسته بود.

۲-۳. قابلیت اعتبار و اطمینان پرسشنامه
اعتبار محتوا و ظاهر پرسشنامه با مرور مفهومی منابع و مشاوره با یک گروه از کارشناسان بین‌المللی تامین گردید. گروه کارشناسان فراخوانده شده، اعتبار پرسشنامه، وضوح بیان، سهولت استفاده، مربوط بودن آن به پرستارها و مناسب بودن درمان‌های فهرست شده برای اهداف مطالعه را ارزیابی کردند. جهت اطمینان از قابل اعتماد بودن پرسشنامه، همسانی درونی اندازه‌گیری گردید، که میزان آن ۰/۹۲۹ بود (با استفاده از cronbach's alpha).

۲-۴. مطالعه‌ی اولیه (مطالعه‌ی پایلوت)
پرسشنامه‌ها برای بررسی محتوا، وضوح بیان، سهولت استفاده، ارتباط آن با پرستارها و زمان مورد نیاز جهت تکمیل مورد مطالعه‌ی پایلوت قرار گرفت. پرسشنامه به صورت مطالعه‌ی پایلوت در میان ۱۲ پرستار بررسی شد و اطلاعات برخاسته از این مطالعه به نتیجه‌ی تحقیق اضافه نگردید.

۲-۵. ملاحظات اخلاقی

تاییدات اخلاقی، از کمیته‌های اخلاقی مراکز پزشکی مربوطه فراهم گردید. پرستاران به صورت شفاهی و از طریق برگه‌های اطلاعاتی، از محفوظ ماندن نام و محرمانه بودن اطلاعات فراهم شده، مطمئن گردیدند. هم چنین به آنها این اطمینان داده شد که در صورت عدم تمایل به همکاری، می‌توانند در هر زمان از تحقیق صرف نظر کنند. به رضایت کتبی پرستاران نیازی نبود چرا که تکمیل پرسشنامه‌ها و استفاده از آن به عنوان رضایت شرکت کنندگان قلمداد شد.

۲-۶. جمع‌آوری اطلاعات

پس از تایید کمیته‌های اخلاقی بیمارستان‌ها، جمع‌آوری اطلاعات در پنج بیمارستان واقع در آدلاید در جنوب استرالیا، آغاز شد. برای کلیه‌ی بخش‌های بیمارستانی مربوطه که مشمول این بررسی بودند جعبه‌های برگشتی اتیکت دار و هم چنین بسته‌های تحقیقاتی مشتمل بر یک پرسشنامه، برگه‌ی اطلاعات و یک پاکت برگشت فراهم گردید. پیام‌های یادآوری در تابلوی اعلانات بخش‌های جراحی نصب می‌شد تا پرستاران را به تکمیل "پرسشنامه‌ی پرستاری" دعوت نماید.

با اجازه‌ی مشاوران بالینی پرستار، با ذکر نام پرستاران بر روی پاکت‌ها، آنان برای شرکت در پروژه تشویق گردیدند. به هر حال اطلاعاتی که توسط پرستاران گردآوری گردید، محرمانه باقی ماند چرا که آنها می‌توانستند پرسشنامه‌های تکمیلی خود را در پاکت‌های بی‌نشانه‌ای که برای این منظور فراهم شده بود، قرار دهند. هفت و چهارده روز پس از توزیع بسته‌های تحقیقاتی، پرستاران یادآوری‌هایی را

دریافت می‌کردند. کلیه‌ی بسته‌های تحقیقاتی، ۲۰ روز پس از یادآوری دوم از بخش‌های جراحی، جمع‌آوری می‌شدند.

۲-۷. تجزیه و تحلیل آماری

برای تحلیل اطلاعات از برنامه‌ی نرم افزاری (SPSS V.۱۲) استفاده شد. آمارهای توصیفی و غیر پارامتری جهت توصیف و تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد. آنهایی که با اطلاعات مفقود شده همراه بودند و نیز مواردی که با دو پاسخ همراه بودند در حالی که نیازی به بیشتر از یک پاسخ نبود؛ از تحلیل آماری خارج شدند. کلیه‌ی مقایسه‌ها دو سویه بوده $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌دار آماری در نظر گرفته شده بود.

۳. نتایج

۳-۱. مطالعه‌ی جمعیتی

تعداد ۴۶۰ پرسشنامه با میزان برگشتی ۳۲۲ در بین پرستاران توزیع گردید که یک میزان پاسخ ۷۰٪ را نشان می‌دهد. میانگین سن پرستاران ۳۸/۸ بود (با دامنه‌ی ۲۰-۶۵). جدول ۲ نشان‌دهنده‌ی خصوصیات اجتماعی - جمعیتی پرستاران می‌باشد.

۳-۲. استفاده‌ی حرفه‌ای از CAM

در پاسخ به این سوال که "کدام یک از درمان‌های زیر را به تازگی در بیمارستان برای درمان بیماران استفاده کرده‌اید؟" تنها ۱۶۰ پرستار (۴۹/۷٪) استفاده از CAM برای بیماران جراحی را تایید کردند. تقریباً یک سوم پرستاران (۳۱/۴٪، $n=۱۰۱$) در مورد بیماران خود از مداخلات ذهن - بدن استفاده می‌کردند. دیگر حوزه‌هایی از CAM که توسط پرستاران به طور حرفه‌ای استفاده می‌شد شامل

روش های یدای و متهایی بر مبنای بدن (۷۶/۲۳٪، n=۷۶)، درمان های بر پایه ی زیستی (۵۷/۱۷٪، n=۵۷)، سیستم های پزشکی جایگزین (۳۲/۹٪، n=۳۲) و انرژی درمانی (۱۱/۳٪، n=۱۱) بود. جدول ۳ میزان ترتیبی هر یک از درمان های CAM را که توسط پرستاران به طور حرفه ای مورد استفاده قرار گرفته، نشان می دهد.

۳-۳. دانش CAM

۷/۸٪ (n=۲۵) از پرستاران، خود را به عنوان فردی که دارای هیچ گونه دانشی نبوده و (۱۶۹/۵۲٪، n=۱۶۹) از آنها خود را به عنوان فردی که دانش بسیار کمی درباره ی CAM دارد، به حساب آورده اند. تنها (۱۱/۳٪، n=۱۱) از پرستاران چنین انگاشتند که درباره ی CAM به میزان زیادی می دانند و (۱۲/۳۴٪، n=۱۲) از آنان میزان دانش خود از CAM را اندک دانستند. تعداد و درصد محاسبه شده برای هر یک از روش های CAM در جدول ۴ آمده است.

۳-۴. نگرش ها در مورد CAM و طب آلوپاتی

بیش از یک پنجم از پرستاران (۷۲/۲۲٪، n=۷۲) نگرش خود نسبت به CAM را بسیار مثبت و (۱۱۸/۳۶٪، n=۱۱۸) از آنها اندکی مثبت دانسته اند. به علاوه بیش از یک سوم پرستاران (۱۰۵/۳۲٪، n=۱۰۵) بی طرف و (۱۵/۴۷٪، n=۱۵) از آنها نگرشی نسبتاً منفی و (۸/۲٪، n=۸) از آنها نگرشی بسیار منفی نسبت به CAM داشتند. بر اساس جدول ۵، تعداد کثیری از پرستاران نظر موافق خود نسبت به اکثر عباراتی که بیانگر نگرش آنها بوده و در پرسشنامه فهرست شده بودند را ابراز کردند.

۳-۵. استفاده ی حرفه ای از حوزه های CAM و متغیرهای اجتماعی - جمعیتی

یک آزمون مجذور کای تایید کرد که پرستاران دارای سن (۲۷/۸٪، n=۲۷) ۳۱-۳۹ نسبت به

پرستاران با سن (۲۰-۲۳٪، n=۲۰) ۴۹-۶۵ (۸/۴٪، n=۲۷) و (۴۰-۴۸٪، n=۲۱) تمایل بیشتری به تجربیات مداخلات ذهن - بدن نشان می دهند [X²(3)=10.07, P=0.018].

پرستاران جوان تر (۲۱/۶٪، n=۲۱) سن ۲۰-۳۰ سال نسبت به پرستاران با سن (۱۴/۴۳٪، n=۳۱) ۴۹-۶۵ (۲/۵٪، n=۸) و (۹/۴۸٪، n=۹) ۴۰-۴۸ بیشتر رغب به استفاده از درمان های با پایه ی زیستی برای بیماران خود می باشند [X²(3)=8.23, P=0.041].

در خصوص درمان هایی با پایه ی زیستی، آنالیز مجذور کای نشان دهنده ی این است که پرستاران با سابقه ی تجربیات بالینی کمتر (۲۲/۶٪، n=۲۲) کمتر از ۴-۱ سال

بیش از پرستاران با سابقه ی تجربیات بالینی بیشتر [۳/۰٪، n=۳] ۲۱-۴۳ سال؛ [۱۰/۳٪، n=۱۰] ۱۲-۲۰ سال؛ و [۱۷/۵٪، n=۱۷] ۱۱-۵ سال

Table 1
CAM therapies included in the study^a

Alternative medical system	Mind-body interventions	Biologically-based therapies	Manipulative and body-based methods	Energy therapies
Aromatherapy Acupuncture Naturopathy Homeopathy	Meditation Relaxation techniques Imagery techniques Art therapy Biofeedback Hypnotherapy Music therapy Prayer/spiritual healing Yoga Dance Tai chi	Herbal/botanical therapies Non-herbal supplements	Massage Osteopathy Acupressure Chiropractic	Therapeutic touch Qi gong Magnets Reiki

^a Categories based on NCCAM classification system.

Table 2

Socio-demographic characteristics of nurses.

Item	n (%)
Gender	
Female	282 (90.1)
Male	31 (9.9)
Age	
20–30	76 (25.5)
31–39	85 (28.5)
40–48	82 (27.5)
49–65	55 (18.5)
Marital status	
Never married	86 (28.1)
Married	166 (54.2)
Divorced or separated	28 (9.2)
Widow/widower	1 (0.3)
De facto relationship	25 (8.2)
Cultural origin ^a	
Australian	228 (77.8)
Non-Australian	44 (15)
Mixed culture ^b	21 (7.2)
Place of residence	
Metropolitan area	294 (94.2)
Rural area	18 (5.8)
Religion	
Christian	181 (59.2)
Other religions	23 (7.6)
No religious affiliation	102 (33.3)
Education	
Diploma/certificate	96 (31)
Graduate diploma/certificate	30 (9.7)
Bachelor degree	169 (54.5)
Honours	8 (2.6)
Masters degree	7 (2.3)
Years of practice	
Less than 1 to 4	82 (27.1)
5–11	69 (22.8)
12–20	77 (25.4)
21–43	75 (24.8)
Gross annual household income	
Under \$10,000	1 (0.4)
\$10,000–\$19,999	2 (0.7)
\$20,000–\$29,999	13 (4.8)
\$30,000–\$39,999	29 (10.7)
\$40,000–\$49,999	61 (22.6)
\$50,000–\$59,999	61 (22.6)
\$60,000 or more	103 (38.1)

^a Unclear words and unknown cultures excluded.

^b Influenced by more than one culture.

Table 3

Rank order of nurses' use of CAM therapies in practice.

CAM type	n (%)
Massage therapy	74 (23)
Music therapy	63 (19.6)
Non-herbal supplements	56 (17.4)
Meditation/relaxation techniques/imagery techniques	32 (9.9)
Aromatherapy	32 (9.9)
Prayer/spiritual healing	26 (8.1)
Art therapy	16 (5)
Herbal/botanical therapies	11 (3.4)
Qi gong/reiki/therapeutic touch/magnets	11 (3.4)
Pressure point therapy	9 (2.8)
Chiropractic	3 (0.9)
Yoga/tai chi/dance therapy	2 (0.6)
Hypnotherapy	2 (0.6)
Biofeedback	2 (0.6)
Osteopathy	1 (0.3)
Acupuncture	1 (0.3)
Naturopathy	1 (0.3)
Homeopathy	–

3.4% ($n = 11$) of nurses perceived themselves as knowing *a lot* about CAM and 34.8% ($n = 112$) rated their knowledge of CAM as *some*. Frequencies and percentages were calculated for each CAM therapy and are presented in Table 4.

Table 4

Nurses' self-perceived knowledge of CAM therapies.

CAM type	Level of knowledge [n(%)]			
	None	Very little	Some	A lot
Biologically-based therapies				
Herbal/botanical therapies	47 (14.6)	135 (41.9)	118 (36.6)	11 (3.4)
Non-herbal supplements	80 (24.8)	109 (33.9)	101 (31.4)	15 (4.7)
Mind-body interventions				
Relaxation techniques	10 (3.1)	102 (31.7)	160 (49.7)	39 (12.1)
Spiritual healing	107 (33.2)	108 (33.5)	69 (21.4)	22 (6.8)
Imagery techniques	145 (45)	103 (32)	50 (15.5)	11 (3.4)
Music therapy	82 (25.5)	98 (30.4)	107 (33.2)	22 (6.8)
Yoga	60 (18.6)	122 (37.9)	107 (33.2)	21 (6.5)
Biofeedback	229 (71.1)	57 (17.7)	15 (4.7)	3 (0.9)
Art therapy	186 (57.8)	86 (26.7)	33 (10.2)	1 (0.3)
Hypnotherapy	106 (32.9)	131 (40.7)	60 (18.6)	10 (3.1)
Meditation	59 (18.3)	140 (43.5)	90 (28)	23 (7.1)
Tai chi	120 (37.3)	129 (40.1)	52 (16.1)	8 (2.5)
Dance therapy	147 (45.7)	106 (32.9)	43 (13.4)	9 (2.8)
Alternative medical systems				
Aromatherapy	31 (9.6)	101 (31.4)	146 (45.3)	30 (9.3)
Acupuncture	78 (24.2)	125 (38.8)	96 (29.8)	11 (3.4)
Naturopathy	111 (34.5)	115 (35.7)	69 (21.4)	10 (3.1)
Homeopathy	138 (42.9)	108 (33.5)	54 (16.8)	4 (1.2)
Manipulative and body-based methods				
Osteopathy	190 (59)	91 (28.3)	23 (7.1)	1 (0.3)
Pressure point therapy	91 (28.3)	124 (38.5)	81 (25.2)	12 (3.7)
Chiropractic	56 (17.4)	91 (28.3)	129 (40.1)	30 (9.3)
Massage therapy	11 (3.4)	81 (25.2)	172 (53.4)	49 (15.2)
Energy therapies				
Qi gong/reiki/magnet/therapeutic touch	135 (41.9)	111 (34.5)	50 (15.5)	10 (3.1)

Percentages do not total 100 because not all respondents answered every question.

Table 5
Nurses' attitudes towards CAM and allopathic medicine.

Attitudinal statements	Level of agreement [n (%)]				
	Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree	Unsure
CAM is an important aspect of my own family's health care	25 (7.8)	109 (33.8)	100 (31.1)	43 (13.4)	41 (13.4)
Both mind and body must be treated for the patient to regain complete health	92 (28.6)	202 (62.7)	7 (2.2)	3 (0.9)	15 (4.7)
Patients with an untreatable condition should be encouraged to seek CAM therapies	56 (17.4)	165 (51.2)	20 (6.2)	7 (2.2)	71 (22)
Patients are not adequately informed about CAM therapies in the hospital	81 (25.2)	191 (59.3)	12 (3.7)	3 (0.9)	32 (9.9)
Patients should have the right to choose between conventional treatments and CAM therapies in health care	65 (20.2)	189 (58.7)	22 (6.8)	5 (1.6)	37 (11.5)
Conventional health care services are too impersonal	12 (3.7)	112 (34.8)	136 (42.2)	16 (5)	41 (12.7)
People are afraid of examinations and treatments from conventional health care services	11 (3.4)	122 (37.9)	124 (38.5)	14 (4.3)	45 (14)
Conventional health care services do not meet people's expectations	10 (3.1)	62 (19.3)	157 (48.8)	12 (3.7)	76 (23.6)
The changes that have taken place in the conventional health care system have encouraged people to use CAM therapies to a greater extent	8 (2.5)	138 (42.8)	81 (25.2)	7 (2.2)	85 (26.4)
Some forms of CAM therapies are as effective as conventional treatments	20 (6.2)	164 (50.9)	26 (8.1)	9 (2.8)	99 (30.7)
Surgical patients can be helped by using CAM therapies	17 (5.3)	183 (56.8)	22 (6.8)	3 (0.9)	94 (29.5)
Some forms of CAM therapies work better than conventional treatments	17 (5.3)	124 (38.5)	33 (10.2)	9 (2.8)	136 (42.2)
CAM therapies are completely safe	4 (1.2)	64 (19.9)	103 (32)	16 (5)	132 (41)
CAM therapies could be used as a complement to the treatments used in conventional health care	55 (17.1)	220 (68.3)	7 (2.2)	-	37 (11.5)
Positive effects of CAM therapies are in most cases due to placebo effect	4 (1.2)	30 (9.3)	122 (37.9)	16 (5)	146 (45.3)
The use of CAM therapies may delay the patients' decision to contact conventional health professionals	14 (4.3)	159 (49.4)	47 (14.6)	1 (0.3)	99 (30.7)
CAM therapies may involve unknown risk factors for users' health	17 (5.3)	170 (52.8)	35 (10.9)	3 (0.9)	95 (29.5)
CAM therapies are offered just for financial gain by quack health careers	8 (2.5)	17 (5.3)	182 (56.5)	36 (11.2)	76 (23.6)

Percentages do not total 100 because not all respondents answered every question.

مکمل های غیر گیاهی (۱۷/۴٪) و مکمل های گیاهان دارویی/گیاهی (herbal/botanical supplements) (۳۷/۴٪) را نام برد. خطرات ایجاد شده، ممکن است پیامدی از خود درمان بوده، یا در نتیجه ی درمان نادرست ناشی از عدم صلاحیت و دانش کافی باشند.^{۱۶} بنابراین نیاز به وجود خط مشی هایی که موجب ارتقای دانش و اطمینان پرستاران در استفاده از CAM می شوند؛ احساس می گردد. برای اینکه برنامه های تحصیلی پرستاران در بر گیرنده ی جزئیات محتوای CAM هم باشند، ممکن است این برنامه ها نیاز به بررسی مجدد داشته باشند. هم چنین برای پیشرفت کارکنان پرستاری در چارچوب های درمانی، توجه به امر مزبور نیز باید صورت پذیرد.

این نکته حایز اهمیت است که ۵۹٪ از پرستاران نسبت به استفاده از CAM نگرش مثبتی داشته و ۴۱/۶٪ از آنها چنین می انگارند که "CAM یک جنبه ی مهم در مراقبت از سلامت خانواده ی من محسوب می شود". این یافته ها نشان دهنده ی این است که پرستاران آماده ی پاسخ گویی در مورد تمایل جامعه برای استفاده از CAM در بیمارستان و نیز یاری رساندن به

شده، انعکاس می یابد. تجربیات موثر از پزشکی یکپارچه در محیط بیمارستان، حمایت پرستاران را می طلبد و دانش کافی پرستاران از CAM می تواند زیر بنایی برای اطمینان از ایمنی و سودمندی هر نوع درمان مربوط به CAM باشد که ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. این تحقیق نشان دهنده ی این مطلب است که پرستاران استرالیایی، به طور عمده احساس می کنند که در استفاده از CAM، دانش کافی را ندارند. کمبود دانش پرستاران با این حقیقت قابل توجیه است که برنامه های تحصیلی پرستاران شامل جنبه های تئوری و عملی کافی در مبحث درمان های CAM نمی باشد. Halcon و همکاران^{۱۵}، اظهار می دارند که: "با وجود آن که حرفه ی پرستاری ریشه هایی در طب یکپارچه دارد که با مراقبت، التیام بخشی و کل نگرسی در آمیخته اند اما برنامه ی آموزشی پرستاران تا کنون بر این رویکردها تأکیدی نداشته است". برخی از درمان های CAM به کار رفته توسط پرستاران (بر طبق گزارش آنان در مطالعه ی کنونی)، به طور بالقوه می توانند سبب به خطر انداختن امنیت بیماران شود. از این نمونه می توان

به استفاده ی حرفه ای از آنها تمایل دارند [$X^2(3)=18.19, P=0.001$]. به علاوه مجذور کای برای تأثیر مذهب پرستاران بر استفاده ی حرفه ای آنها از حوزه های CAM محاسبه گردید. پرستاران مسیحی (۳۴=n، ۱۰/۶٪) نسبت به پرستارانی که هیچ گونه وابستگی دینی ندارند (۲۹=n، ۰/۹٪) و دیگر مذاهب (۹=n، ۲/۸٪) تمایل بیشتری برای کاربرد روش های بنی و پداوی داشتند [$X^2(2)=6.74, P=0.034$].

۳-۶. ارتباط بین دانش و نگرش ها نسبت به CAM

رابطه ی بین نگرش ها نسبت به CAM و دانش CAM توسط آزمون Spearman's rho مورد آزمایش قرار گرفت و رابطه ی ضعیفی بین این دو متغیر یافت شد ($r=+0.۳۶۳$). این نتیجه چنین می نمایاند که دانش و نگرش پرستاران نسبت به CAM، به طور مثبتی با هم ارتباط دارند.

۴. بحث

بر اساس روایات شفاهی، گسترش استفاده از CAM در جامعه ی استرالیا، در افزایش تقاضاها جهت استفاده از درمان های CAM و نیز استفاده از این درمان ها در میان بیماران جراحی بستی

مراجعه جهت تصمیم‌گیری آگاهانه‌ی آنان درباره‌ی استفاده از CAM هستند. این استنتاج، با موافقت پرستاران با این عبارت نگرشی مندرج در پرسشنامه که "می‌توان با استفاده از درمان‌های CAM به بیماران جراحی کمک کرد" (۶۲/۱٪) قوت می‌گیرد.

این تحقیق نشان می‌دهد که ۴۹/۷٪ از پرستاران در تجربیات بالینی خود از CAM استفاده می‌کنند. بررسی نوشته‌هایی که در مورد استفاده‌ی پرستاران از CAM می‌باشند روشن می‌سازد که میزان استفاده‌ی حرفه‌ای پرستاران از CAM به طور گسترده‌ای در بین تحقیقات، متفاوت می‌باشد. به طور مثال، wilkinson و simpson^{۱۷} در تحقیقی پیرامون استفاده‌ی شخصی و حرفه‌ای پرستاران از CAM در New South Wales استرالیا، این نتیجه را ارایه دادند که ۳۸٪ پرستاران برای بیماران از CAM استفاده کرده‌اند. هم‌چنین wallis, Chu و نیز Tracy و همکاران، میزان استفاده‌ی حرفه‌ای از CAM در میان پرستاران تایوانی را مورد مطالعه قرار دادند که این میزان را ۶۳/۵٪ گزارش کردند. آنها در بررسی و تحقیق در ایالات متحده، دریافتند که ۹۸/۳٪ از پرستاران، درمان‌های CAM را به کار برده‌اند.

ناهم‌خوانی‌هایی در گزارشات در استفاده‌ی پرستاران از CAM در تجربیات بالینی، ممکن است به طور شاخص ناشی از تفاوت‌هایی در: تعاریف CAM (که در برگیرنده‌ی درمان‌های CAM هم می‌شود)، روش‌های تحلیلی استفاده شده، باور به CAM در جامعه‌ای که در آن بررسی انجام شده و نیز میزان تلفیق CAM با پرستاری رایج باشد؛ گرچه فقط به این عوامل هم محدود نمی‌گردد. مطالعه‌ی کنونی نشان‌دهنده‌ی

این است که متداول‌ترین درمان‌های موجود از CAM، ماساژ درمانی، موسیقی درمانی و مکمل‌های گیاهی بوده‌اند. مطلبی که مبهم باقی می‌ماند این است که آیا پرستاران به جنبه‌ی درمانی موسیقی توجه داشته‌اند یا منحصرانقشی را در تهیه‌ی موسیقی ایفا کرده‌اند. این سوال می‌تواند تا حدودی تفاوت نسبت به مکمل‌های غیر گیاهی مطرح شود. این مکمل‌ها در نسخه‌های پزشکی به کار رفته‌اند و این بدین معناست که آنها دیگر نمی‌توانند به عنوان بخشی از CAM طبقه‌بندی شوند. این تحقیق هم چنین نشان می‌دهد که پرستاران مداخلات ذهن-بدن را بیش از هر حوزه‌ی دیگر از CAM به کار می‌برند. این امر شاید به این حقیقت مربوط باشد که این حوزه نسبت به سایر حوزه‌های CAM، درمان‌های بیشتری را شامل است. هم چنین اشاره به این نکته حایز اهمیت است که پرستاران از طرف نهاد‌های مربوط به خود این اجازه را ندارند که اکثریت درمان‌های مربوط به CAM، که در مطالعه‌ی جاری مورد بررسی واقع شده را به کار برند؛ و لوی اینکه دانش قابل اطمینانی در مورد آنها هم داشته باشند. این موضوع تا اندازه‌ای به این دلیل است که پرستاران در موقعیت توصیفی کار خود محدود هستند؛ اما به طور عمده دلیل آن، این است که به کارگیری و تجویز درمان‌های CAM از سوی پرستاران، به عنوان "مداخله در امور پزشکی" توصیف می‌گردد که این امر خود می‌تواند پیامد‌های بدی برای آنان در پی داشته باشد. با وجود چنین وضعیتی، پرستاران کمتر تمایل به کسب تجربه در حوزه‌های CAM دارند چرا که هیچ گونه منابع کافی و یا سیاست سازمان‌یافته‌ای در این رابطه وجود ندارد.^{۱۸}

این تحقیق اشاره به این موضوع دارد که ممکن است اکنون نیاز به وجود خط مشی‌هایی باشد تا از طریق آنها به افرادی که تمایل به استفاده از CAM در طول مدت بستری بودن خود در بیمارستان دارند و نیز به پرستارانی که در انجام این درمان‌ها مشارکت دارند، کمک شود.

این خط مشی‌ها باید این اطمینان را فراهم کنند که درمان‌های CAM برای استفاده در بیمارستان از نظر ایمنی مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند و نیز به خصوص هر نوع تداخل منفی آنها با درمان‌های پزشکی آلوپاتی شناخته شده و از ایجاد آن اجتناب می‌شود. راهنمایی‌های استاندارد و منابع برای حمایت از "تصمیم‌گیری پرستاران" در ارتباط با ایمنی و تا حدودی سودمندی درمان‌های CAM در محیط بیمارستان در دسترس است. استفاده‌ی بیماران جراحی از درمان‌های CAM می‌بایست آشکارگشته و بدون پرده پوشی مورد بحث قرار گیرد و در جایی که از کیفیت و ایمنی مطلوب این درمان‌ها و همچنین از ایمنی مراقبت‌های پرستاری فراهم شده در بیمارستان، اطمینان حاصل گشته؛ این درمان‌ها باید مورد حمایت قرار گیرند.

نکته‌ی قابل توجه این است که پرستاران دارای تجربیات بالینی کمتر، علاقه‌ی بیشتری به استفاده از CAM دارند. این امر ممکن است تاثیر محدودیت‌ها بر استفاده‌ی متقاضیان و پیش برد CAM در بیمارستان و نیز در پی آن تضعیف انگیزه‌ی پرستاران با تجربه تر را منعکس سازد و یا به طور ساده، تغییر نسلی نگرش‌ها نسبت به CAM را بنمایاند. البته این نتیجه‌گیری فرضی می‌باشد و نیازمند تحقیق و بررسی بیشتر است.

نتایج ما بیانگر این مطلب است

پرستاران جوان تر (دامنه‌ی سنی ۲۹-۳۹ سال) بیشتر حامی استفاده از CAM هستند. این امر به نوبه‌ی خود بدین معنا است که برای ایجاد محیطی که در آن نظام مراقبت سلامت یکپارچه (تلفیقی) از طب رایج و طب مکمل و جایگزین (حکم فرما است، باید پرستاران جوان تر را حمایت کرد. دیگر یافته‌ی ارزشمند در این تحقیق، یک ارتباط معنی دار بین دانش CAM و نگرش‌های مثبت نسبت به استفاده از آن است. بدین معنی که پرستارانی که دارای دانش بالاتری هستند بیشتر پذیرای استفاده از CAM می‌باشند. اگر انتظار ادغام بیشتر CAM در طب بالینی وجود دارد، افزایش دانش پرستاران در زمینه‌ی CAM باید مورد توجه قرار گیرد تا آنان بتوانند خود آن را به کار گرفته و در صورت لزوم ارجاعاتی به درمان گران CAM داشته باشند.

باید برخی توجهات در تعمیم نتایج این تحقیق، اعمال گردد. یک محدودیت این تحقیق، اندازه‌گیری دانش و نگرش‌ها به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی خود اظهار (self administered) است. این موضوع غیر قابل انکار است که یک پرسشنامه نمی‌تواند کلیه‌ی جنبه‌های دانش و نیز نگرش‌ها را نسبت به CAM پوشش دهد، به ویژه زمانی که به یاد می‌آوریم درمان‌های CAM متعدد هستند. به هر حال این امر نشانگر آن است که پرستاران، خود چنین می‌انگارند که اطمینان کافی نسبت به دانش خویشان ندارند. به علاوه، کیفیت اطلاعاتی که توسط پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شده است، تنها به قدرت یادآوری پاسخ دهندگان آن وابسته نمی‌باشد؛ بلکه به درک و استنباط پاسخ دهندگان از سوالات وابسته است

که ممکن است موجب ایجاد نتایج سوگیرانه (تورش) گردد. محدودیت بالقوه‌ی دیگر، به این واقعیت مربوط می‌شود که تحقیق کنونی مشتمل بر تعداد محدودی از درمان‌های CAM است؛ در حالی که پاسخ دهندگان ممکن است از دیگر انواع درمان‌های CAM که در پرسشنامه فهرست نشده، استفاده کنند. علی‌رغم این محدودیت‌ها، این تحقیق می‌تواند توجهات را نسبت به دانش و نگرش مربوط به CAM و استفاده‌ی حرفه‌ای پرستاران استرالیایی از آن، جلب نماید.



5. نتیجه‌گیری

این تحقیق روشن می‌سازد پرستاران به طور کلی بر این باورند که دانش کافی از CAM ندارند؛ ولیکن پذیرای استفاده از CAM در شرایط بیمارستانی هستند. نیاز به ارتقای دانش پرستاران در موضوع CAM احساس می‌شود. پرستاران رکن اساسی سیستم‌های مراقبت از سلامت هستند و باید با اطلاعات کافی در زمینه‌ی آن دسته از درمان‌های مربوط به CAM که تاریخچه‌ی طولانی در پرستاری دارند، مانند ماساژ درمانی، مجهز گردند. موضوع دیگری که تاییدگر شایستگی پرستاران می‌باشد، توانایی آنان در ارجاع بیماران به درمانگران معتبر CAM است.

این تحقیق روشن می‌سازد پرستاران به طور کلی بر این باورند که دانش کافی از CAM ندارند؛ ولیکن پذیرای استفاده از CAM در شرایط بیمارستانی هستند. نیاز به ارتقای دانش پرستاران در موضوع CAM احساس می‌شود. پرستاران رکن اساسی سیستم‌های مراقبت از سلامت هستند و باید با اطلاعات کافی در زمینه‌ی آن دسته از درمان‌های مربوط به CAM که تاریخچه‌ی طولانی در پرستاری دارند، مانند ماساژ درمانی، مجهز گردند. موضوع دیگری که تاییدگر شایستگی پرستاران می‌باشد، توانایی آنان در ارجاع بیماران به درمانگران معتبر CAM است.



منابع

References

1. Chadwick DL. What are the reasons for nurses using complementary therapy in practice? *Complement Ther Nurs Midwifery* 1999;5(5):144-8.
2. Owen D, Lewith GT. Teaching integrated care: CAM familiarisation courses. *MJA* 2004;181(5):276-8.
3. Xu Y. Complementary and alternative therapies as philosophy and modalities: implications for nursing practice, education, and research. *Home Health Care Management Practice* 2004;16(6):534-7.
4. Rankin-Box D. Competence in the clinical setting: issues in nursing practice. *Complement Ther Med* 1995;3(1):25-7.
5. Stuttard P, Walker E. Integrating complementary medicine into the nursing curriculum. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2000;6(2):87-90.
6. Tracy MF, Lindquist R, Watanuki S, Sendelbach S, Kreitzer M, Berman B, et al. Nurse attitudes towards the use of complementary and alternative therapies in critical care. *Heart & Lung* 2003;32(3):197-209.
7. Dekeyser FG, Cohen BB, Wagner N. Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israel towards complementary and alternative medicine. *J Adv Nurs* 2001;36(1):41-8.
8. Sohn PM, Loveland Cook CA. Nurse practitioner knowledge of complementary alternative health care: foundation for practice. *J Adv Nurs* 2002;39(1):9-16.
9. Parkman CA. CAM therapies and nursing competency. *J for Nurs Staff Dev* 2002;18(2):61-7.
10. Baugniet J, Boon H, Ostbye T. Complementary/alternative medicine: comparing the views of medical students with students in other health care professions. *Family Medicine* 2000;32(3):178-84.
11. Leach M. Public, nurse and medical practitioner attitude and practice of natural medicine. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2004;10(1):13-21.
12. Fitch MI, Gray RE, Greenberg M, Douglas MS, Labrecque M, Pavlin P, et al. Oncology nurses' perspectives on unconventional therapies. *Cancer Nursing* 1999;22(1):90-6.
13. Fitch MI, Gray RE, Greenberg M, Labrecque M, Douglas M. Nurses' perspectives on unconventional therapies. *Cancer Nursing* 1999;22(3):238-45.
14. NCCAM. What is CAM? Retrieved 2 October 2008, <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>>; Updated February 2007.
15. Halcón LL, Chlan LL, Kreitzer MJ, Leonard BJ. Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education. *J Prof Nurs* 2003;19(6):387-97.
16. Dunning T, James K. Complementary therapies in action-education and outcomes. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2001;7(4):188-95.
17. Wilkinson JM, Simpson MD. Personal and professional use of complementary therapies by nurses in NSW, Australia. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002;8(3):142-7.
18. Chu FY, Wallis M. Taiwanese nurses' attitudes towards and use of complementary and alternative medicine in nursing practice: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2007;44(8):1371-8.
19. Tracy MF, Lindquist R, Savik K, Watanuki S, Sendelbach S, Kreitzer MJ, et al. Use of complementary and alternative therapies: a national survey of critical care nurses. *Am J Crit Care* 2005;14(5):404-15.





استفاده از طب مکمل و جایگزین در یک درمانگاه عمومی اطفال

Use of Complementary and Alternative Medicine in a General Pediatric Clinic

مترجم: دکتر مجتبی حیدری

Pediatrics 2007;120
Dany Jeon, MD, Claude Cyr, MD, FRCPC

چکیده

پیش زمینه

استفاده از طب مکمل و جایگزین، خصوصاً در کودکان دچار بیماری های مزمن، شایع و در حال رشد است.

اهداف

هدف این مطالعه توصیف استفاده از طب مکمل و جایگزین در کودکان و شناسایی عوامل تاثیرگذار بر استفاده از طب مکمل و جایگزین بود.

بیماران و روش پژوهش

این مطالعه در قالب مقطعی و توصیفی روی کودکان مراجعه کننده به یک درمانگاه سرپایی اطفال انجام شد. میزان رضایت والدین از خدمات ارائه شده ی بهداشتی درمانی اولیه توسط پرسشنامه ی "برداشت والدین از کیفیت خدمات ارائه شده ی بهداشتی درمانی اولیه برای اطفال" سنجیده شد.

نتایج

در سال گذشته، بیش از پنجاه و چهار درصد اطفال یک نوع یا بیشتر از یک نوع از درمان های طب مکمل و جایگزین را استفاده کردند. تفاوتی در ویژگی های اجتماعی - جمعیتی بین گروه های استفاده کننده و غیراستفاده کننده یافت نشد. شایعترین موارد استفاده از طب سنتی در کودکان برای درمان مشکلات ماهیچه ای - اسکلتیⁱ (۲۷٪)، مشکلات روانی (۲۴٪) و عفونت ها (۲۰٪) بود. عوامل موثر در استفاده از طب مکمل و جایگزین شنیدن از اطرافیانⁱⁱ (۳۶٪)، ارجاع توسط پزشک (۲۸٪)، تجربه ی شخصی والدین (۲۸٪) و عدم کفایت منابع طب سنتی (۲۱٪) بود. چهل و هفت درصد استفاده کنندگان از طب مکمل و جایگزین همزمان، از داروهای تجویز شده (کلاسیک) نیز استفاده می کردند. اکثر استفاده کنندگان (۷۵٪) معتقد بودند که طب مکمل و جایگزین هیچ عارضه ی بالقوه ای نداشته و با داروهای تجویز شده (کلاسیک) تداخلی ندارد. پزشکان تنها در جریان استفاده ی ۴۴٪ استفاده کنندگان، از طب مکمل و جایگزین بودند. رضایت از خدمات سلامت اولیه ی رایج، به طور قابل ملاحظه ای در گروه استفاده کنندگان از طب مکمل و جایگزین پایین تر بود. والدین استفاده کنندگان طب مکمل و جایگزین رضایتمندی کمتری در زمینه های در دسترس بودن، دانش بیمار و ارتباط داشتند.

نتیجه گیری

در این مطالعه ی هم گروه، ۵۴٪ اطفال از طب مکمل و جایگزین استفاده کردند. استفاده کنندگان از طب مکمل و جایگزین کمتر از سایرین، از خدمات بهداشتی درمانی اولیه رضایت داشتند. پزشکان، تنها در جریان استفاده ی ۴۴٪ از استفاده کنندگان، از طب مکمل و جایگزین بودند. این امر مهم است که پزشکان با روشی قاعده مند، درباره ی انتظارات خانواده ی بیماران از درمان پرسش نمایند و نیز از تمامی درمان های به کار رفته برای اطفال، آگاهی داشته باشند.

i: Parent's Perceptions of Pediatric Primary Care Quality questionnaire
ii: Word of the mouth

استفاده از طب جایگزین در آمریکای شمالی در حال افزایش است.^{۱-۴} مطالعات بسیاری که بر روی استفاده از طب مکمل و جایگزین در بیماری‌های مزمن اطفال از جمله سیستمیک فیروز، آرتریت جوانان، سرطان و آسم را ارزیابی کرده‌اند، میزان استفاده از طب مکمل و جایگزین را تا ۷۲٪ ارزیابی کرده‌اند.^{۵-۷} در یک مطالعه‌ی کلاسیک به وسیله‌ی اسپگل بلات و همکاران^۳ نشان داده شد که ۱۱٪ از

علاقه‌مند به نظر می‌رسد. پزشکان، علاقه‌مند به دانستن بیشتر در مورد طب مکمل و جایگزین هستند و گاهی بیماران خود را به استفاده از آن تشویق می‌کنند.^{۱۰} سیکاندⁱⁱⁱ و همکاران^{۱۱} نشان دادند که ۸۴٪ متخصصان اطفال معتقد به استفاده‌ی بعضی از بیمارانشان از طب مکمل و جایگزین بودند و اکثراً گمان می‌کردند که این افراد کمتر از ۱۰٪ بیمارانشان را تشکیل می‌دهند. نزدیک به ۵۰٪ والدین استفاده‌ی خود

گاهی اوقات واکنش‌های ناخواسته‌ی دارویی یا مصرف داروهای مکمل و جایگزین ایجاد می‌گردد و احتمال تداخلات فارماکولوژیکی متعدد با داروهای تجویزی (کلاسیک) وجود دارد.^۴ این واقعیات نشان دهنده‌ی لزوم دانش پزشکان در مورد طب مکمل و جایگزین و نیز لزوم آگاهی ایشان از استفاده‌ی بیمارانشان از طب مزبور می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی همزمان



کودکان کانادایی ویزیت شده در یک درمانگاه اطفال، یک بار یا بیش از یک بار به درمانگران طب مکمل و جایگزین مراجعه کرده‌اند. مطالعات مشابهی در کودکان بیماری که به بیماری‌های مزمن مبتلا نبودند شیوع استفاده را بین ۲٪ تا ۵۵٪ نشان دادند.^{۲،۸،۹}

جریان معمول خدمات سلامت در جامعه، نسبت به طب مکمل و جایگزین

از طب مکمل و جایگزین را با پزشکان فرزندشان در میان گذاشته بودند؛ هر چند ۷۶٪ پزشکان معتقد بودند که خانواده‌ها در صورت استفاده از طب مکمل و جایگزین، ایشان را در جریان قرار می‌دهند.^{۱۱} همچنین مطالعات نشانگر این نکته بودند که اکثر بیماران بالغ، پزشکان خود را در جریان استفاده از طب مکمل و جایگزین قرار نمی‌دهند.

استفاده از طب مکمل و جایگزین در اطفال بیمار و بررسی آگاهی پزشکان ایشان از این استفاده و همچنین مقایسه‌ی میزان رضایتمندی استفاده‌کنندگان طب مکمل و جایگزین و نیز افرادی که از طب فوق استفاده نمی‌کنند نسبت به خدمات بهداشتی درمانی اولیه بود.

سایر شکل های فهرست نشده طب مکمل و جایگزین جستجو گشته و در صورت بیان توسط شرکت کننده، لحاظ شدند. در این پژوهش از دو دسته پرسشنامه استفاده شد. یک دسته پرسشنامه برای بیماران و خانواده هایشان و دسته ای دیگر برای پزشکان بود. به والدین و پزشکان گفته شد که مطالعه به بررسی انواع و نیز کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارایه شده به کودکان می پردازد. مراقبت گردید که برای هر کودک تنها یک پرسشنامه تکمیل شود و تمام اطلاعات به صورت محرمانه و ناشناس حفظ گردید.

پرسشنامه ی بیماران و خانواده هایشان از ۳۹ سوال تشکیل شده بود. این سوالات عبارت بودند از اطلاعات عمومی راجع به کودک، اطلاعات راجع به استفاده از طب مکمل و جایگزین و قسمتی که مربوط به "برداشت والدین از کیفیت خدمات سلامت ارایه شده ی اولیه برای اطفال (P3G)" همراه با ترجمه ی فرانسوی آن بود. این پرسشنامه میزان رضایت والدین را در شش محدوده ی خدمات اولیه ی نظام سلامت یعنی استمرار طولی، دسترسی، دانش زمینه ای، ارتباط، جامعیت و هماهنگی، ارزیابی می کند. میانگین اعداد گزینه های تکمیل شده در هر معیار و زیر معیار محاسبه شد و نمره ی نهایی را تشکیل داد. نمره ی این پرسشنامه از ۰ تا ۱۰۰ (بهترین نمره ۱۰۰) بود.



روش کار

این مطالعه ی مقطعی توصیفی، بر روی یک نمونه ی مناسب^{iv} از والدین اطفال مراجعه کننده به درمانگاه سرپایی دانشگاهی استری (کبک، کانادا)^v در یک دوره ی چهار هفته ای (اکتبر و نوامبر ۲۰۰۳) انجام شد. هیچکدام از کارکنان این درمانگاه، ارایه دهنده ی خدمات مکمل و جایگزین نبودند. انواع درمان های مکمل و جایگزین لحاظ شده در این پژوهش عبارت بودند از: درمان های کایروپراکتیک^{vi}، درمان های ناتورپاتی (مکمل و جایگزین های غذایی، گیاهان دارویی و مداخلات تغذیه ای)^{vii}، هوموپاتی^{viii}، ماساژ^{ix}، طب سوزنی^x، انرژی درمانی (درمانی که استفاده از میدان های انرژی شامل درمان های میدان حیاتی و درمان های برپایه ی بیوالکترومگنتیک وادیرمی گیرد)^{xi}، هیپنوتیزم^{xii}، استوپاتی^{xiii}، درمان های عوام^{xiv}، جادهی استخوان (هر گونه تکنیک دستی برای کاهش درد، بازگرداندن عملکرد و ارتقای سلامتی و بهبود احساس سلامتی)^{xv}.

iv - convenience

v - university-affiliated, general hospital in Estrie (Quebec, Canada)

vi - Chiropractic remedies

vii - naturopathy (dietary supplements, medicinal plants, and dietary manipulation)

viii - homeopathy

ix - massage

x - acupuncture

xi - Reiki-energy care (therapy involving the use of energy fields including biofield therapies and bioelectromagnetic-based therapies)

xii - hypnosis

xiii - osteopathy (any form of osteopathic manipulation)

xiv - folk remedies

xv - and bone setting (any hands-on techniques to alleviate pain, restore function, or promote health and well being)

پرسشنامه‌ی P3G دارای اعتبار صوری و پایایی مناسب (دارای پایایی درونی محاسبه شده با ضریب کرونباخ ۰/۹۵ برای نمره‌ی نهایی و ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ برای نمره‌ی زیر معیارها) و روایی سازه (روایی هم‌گرایی و واگرایی) ۱۲ می‌باشد. والدین بیمار در مورد اطلاع پزشک از استفاده‌ی ایشان از طب مکمل و جایگزین مورد سوال قرار گرفتند. پرسشنامه‌ی پزشکان حاوی پرسش‌هایی راجع به رضایت ظاهری والدین نسبت به خدمات مراقبت از سلامت و نیز در مورد انواع درمان‌های استفاده شده توسط بیماران از جمله درمان‌های طب مکمل و جایگزین بود. تحلیل‌های آماری توسط برنامه StatView 5.0^{xvi} برای آرایه‌ی آمارهای توصیفی انجام شد. داده‌های اسمی توسط تست X^2 و داده‌های ترتیبی توسط تست Mann-Whitney U انجام شد. این مطالعه با تاییدیه و در مطابقت با استانداردهای اخلاقی وضع شده توسط کمیته‌ی اخلاق پزشکی انجام شد.

نتایج

از میان ۲۰۰ جفت پرسشنامه‌ی توزیع شده ۱۱۴ جفت آن (۵۷٪) تکمیل گردید. اکثر پرسشنامه‌های بیماران و والدین، توسط مادران تکمیل شدند (۸۴٪). در حدود نیمی از والدین دارای تحصیلات دانشگاهی (مدرک کالج یا بیشتر) بودند. اکثر آن‌ها زندگی متأهلی داشتند (۸۳٪)، استخدام بودند (۸۶٪) و درآمد سالیانه‌ی بیش از ۲۰ هزار دلار داشتند (۷۹٪). پزشک ارایه دهنده‌ی خدمات اولیه‌ی سلامت به ایشان در ۵۶٪ از موارد یک متخصص اطفال بود. پنجاه و چهار درصد (۶۱ از ۱۱۴) از پاسخ‌دهندگان در سال قبل از مطالعه حداقل یکبار یا بیش از یک بار، از طب مکمل و

معتقد به امکان عوارض دارویی و یا تداخلات دارویی ناشی از طب مکمل و جایگزین نبودند.

استفاده کنندگان از طب مکمل و جایگزین نسبت به غیر استفاده کنندگان، دارای رضایت کمتری از خدمات بهداشتی درمانی اولیه‌ی ارایه شده به کودکانشان بودند (نمره‌ی کامل استفاده کنندگان در مقابل غیر استفاده کنندگان به صورت میانگین $\pm$ انحراف معیار 74 ± 15 ؛ 80 ± 15 ؛ $P=0/01$). سطح رضایت به ویژه در نمره‌های دسترسی، دانش وابسته به قراین و ارتباط، در بین استفاده کنندگان از طب مکمل و جایگزین پایین‌تر قرار داشت. چهل و هفت درصد از استفاده کنندگان در مورد استفاده‌ی خود از طب مکمل و جایگزین با پزشکشان صحبت کرده بودند. پزشکان، تنها به استفاده‌ی ۴۴٪ استفاده کنندگان فعلی از طب مکمل و جایگزین پی برده بودند.

جایگزین برای فرزند خود استفاده کرده بودند. تفاوت خاصی در ویژگی‌های اجتماعی جمعیتی دو گروه استفاده کننده و غیر استفاده کننده یافت نشد. (جدول ۱) بیشترین انواع روش‌های طب مکمل و جایگزین که توسط استفاده کنندگان به کار رفته در "جدول ۲" فهرست شده‌اند. بیشترین مشکلات مربوط به سلامت که منجر به استفاده از طب مکمل و جایگزین شده بودند عبارتند از: مشکلات اسکلتی عضلانی (۲۷٪)، مشکلات روانی (۲۴٪)، عفونت (۲۰٪)، آسم و آلرژی (۱۵٪)، درد (۸٪)، مشکلات پوستی (۸٪) و کولیک (۸٪). پنجاه و دو درصد کودکان در زمان مطالعه در حال استفاده از داروهای تجویزی (کلاسیک) و ۳۶٪ آن‌ها در حال استفاده از محصولات طبیعی مثل گیاهان دارویی و ۱۹٪ آن‌ها در حال استفاده‌ی همزمان هر دو مورد بودند. هفتاد و پنج درصد بیماران/خانواده‌ها

TABLE 1 Characteristics of CAM Users Versus Nonusers

Characteristics	CAM Users	Nonusers
Age father (mean), y	39	38
Age mother (mean), y	36	35
Age child (mean), y	8	7
No. of children in family (median)	2	2
Mother works as a health care professional, %	28	15
Father works as a health care professional, %	10	11
Marital status, %		
Couple (never separated)	75	69
Reconstituted family	12	19
Single parent	13	12
Vaccination up to date, %	92	96
Child currently taking prescription medication, %	48	43
Child with chronic illness, %	25	12

TABLE 2 Prevalence of CAM Use

CAM Type	Prevalence, %	
	Past 12 mo	Lifetime Use
Homeopathy	30	39
Naturopathy	20	23
Chiropractic remedy	19	24
Osteopathy	13	16
Massage therapy	12	12
Folk remedies	9	9
Reiki	8	13
"Bone setter"	6	17
Acupuncture	2	2
Hypnosis	0	2

xvi - SAS Institute Inc., Cary, NC



بحث

شیوع استفاده از طب مکمل و جایگزین در این مطالعه (۵۴٪) نسبت به مطالعه ای دیگر که در شرایط مشابه انجام شده بود^۳ بالاتر بوده اما در بازه ی مطالعات انجام شده در اطفال مبتلا به بیماری های مزمن قرار داشت ۱۵-۱۳ و ۵،۶٪. مطالعه ی ما از تعریف وسیعتری برای طب مکمل و جایگزین استفاده کرد و مواردی مثل طب عوام را نیز شامل بود. این نوع موارد نسبت به مواردی که در مطالعه ی اسپگل بلات و همکاران^۳ در نظر گرفته شده، در دسترس تر هستند و این امر می تواند شیوع استفاده ی بیشتر از طب مکمل و جایگزین را در مطالعه ی ما توجیه کند.

مردم پسند ترین انواع طب مکمل و جایگزین هوموپاتی، کایروپراکتیک و ناتروپاتی بودند. این نتایج مشابه ی برخی مطالعات دیگر بود. ۱۵-۱۳ و ۵،۶٪

بیماران به دلایل مختلف از طب مکمل و جایگزین استفاده کرده بودند از جمله به دلیل مشکلات اسکلتی عضلانی، روانی و عفونی که در شمار مشکلات مزمنی هستند که طب رایج درمان های معدودی را برای آنها مطرح می کند. شنیدن از اطرافیان شایعترین دلیل تاثیرگذار بر تصمیم والدین برای استفاده از طب مکمل و جایگزین بود. بسیاری از والدین بیش از یک دلیل را به عنوان علت استفاده ی خود از طب مکمل و جایگزین مطرح کردند. بعضی از خانواده ها به علت عدم نیاز به مراجعه به

پزشک یا کلینیک و عده ای به علت طبیعی بودن فراورده ها از طب مکمل و جایگزین استفاده کرده بودند. مورد شایع دیگر برای توضیح افزایش محبوبیت طب مکمل و جایگزین، عدم رضایت از خدمات مراقبت های اولیه است.

مطالعه ی حاضر ممکن است بیشتر نشان دهنده ی کودکان با بیماری های مزمن باشد تا نشانگر عموم جمعیت، چرا که پیگیری بیماران در یک درمانگاه اطفال (خدمات سطح دوم یا سوم سلامت) صورت می گرفت. این مسئله می تواند نشان دهنده ی شیوع بیشتر استفاده نسبت به سایر مطالعه ها ی انجام گرفته در سطح مراقبت های اولیه و شیوع کمتر استفاده نسبت به مطالعات مربوط به اطفال دچار بیماری های مزمن باشد.

روش مورد استفاده (پرسشنامه) می تواند ایجاد کننده ی تورش انتخاب باشد زیرا در این روش ممکن است استفاده کنندگان از طب مکمل و جایگزین، بیش از اندازه ی واقعی تخمین زده شوند. پرسش در مورد علل و محرک های استفاده از طب مکمل و جایگزین می تواند موضوع تورش یادآوری باشد زیرا

این مطالعه به صورت گذشته نگر یک سال گذشته را مورد بررسی قرار داده است. از دیگر ضعف های بالقوه ی این مطالعه، اندازه ی کوچک نمونه است. این مطالعه ممکن است بیانگر شیوع واقعی استفاده از طب مکمل و جایگزین در جمعیت اطفال نباشد. همچنین در این مطالعه تنها یک درمانگاه در کانادا مورد بررسی قرار گرفته که این مسئله می تواند باعث عدم توانایی اظهار نظر در مورد تفاوت های منطقه ای و جغرافیایی در استفاده از طب مکمل و جایگزین در میان جمعیت اطفال باشد. هر چند یافته ی ما در مطالعه ی حاضر نشانگر درصد بالای استفاده از طب مکمل و جایگزین است اما ۵۳٪ استفاده کنندگان چنین گزارش دادند که آنان



پزشکان خود را در جریان استفاده‌ی خود از طب مکمل و جایگزین نگذاشته بودند. همچنین ما دریافتیم که میزان متوسط استفاده‌ی همزمان طب مکمل و جایگزین با داروهای تجویزی رایج خطرات بالقوه‌ای را ایجاد کرده است. هجده درصد شرکت کنندگان در حال استفاده‌ی همزمان از داروهای گیاهی و داروهای تجویزی رایج بودند و ۷۵٪ ایشان اعتقادی به امکان ایجاد عارضه و تداخل دارویی درمورد طب مکمل و جایگزین نداشتند. این مسئله لزوم توجه جدی به بحث امنیت استفاده از طب مکمل و جایگزین، که به خصوص در ضعف ارتباط مناسب بین والدین و پزشکان در مورد استفاده از طب مکمل و جایگزین مشهود است را مطرح می‌سازد. این یافته‌ها جدید نیستند و نتایج مطالعات قبلی نیز آنها را تأیید می‌نمایند که این امرحاکمی از مخفی ماندن استفاده از طب مکمل و جایگزین از دید متخصصان اطفال می‌باشد^{۸،۱۶}.

برخی از درمان‌های مکمل و جایگزین ممکن است موجب عوارض گردند و یا تداخلات دارویی با درمان‌های رایج داشته باشند. ۱۷-۱۹ با توجه به استفاده‌ی فزاینده از طب مکمل و جایگزین و نیز درصد قابل ملاحظه‌ی عدم گزارش بیماران در مورد استفاده‌ی آنان از طب مکمل و جایگزین که در مطالعه‌ی ما و همچنین سایر مطالعات مشهود است به نظر می‌رسد پرسش‌های دهنده‌ی خدمات سلامت از بیماران و والدینشان در مورد استفاده‌ی آنان از طب مکمل و جایگزین اهمیت دارد. در مطالعه‌ی حاضر، استفاده کنندگان از طب مکمل و جایگزین نسبت به غیر استفاده کنندگان، در مورد کیفیت خدمات ارایه شده‌ی رایج، رضایتمندی کمتری داشتند. یک برداشت می‌تواند چنین باشد که نارضایتی از خدمات رایج مربوط به سلامت می‌تواند منجر به استفاده از طب مکمل و جایگزین گردد. از سوی دیگر، علاقه‌ی بیماران به این

نوع درمان‌ها (که با ارزشها و اعتقادات شخصی ایشان همراه است)^{۲۰} می‌تواند منجر به رضایت کمتر از خدمات طب رایج شود. یکی از دلایل شایع استفاده از طب مکمل و جایگزین وجود مشکلات پزشکی ماندگاری است که به نظر می‌رسد با روش‌های پزشکی رایج، بهبودی حاصل نمی‌کنند. این مسئله به همراه نارضایتی عمومی از طب رایج، دلایل ارایه شده برای استفاده از طب مکمل و جایگزین بود. دو مطالعه در آمریکا بیانگر این نکته بودند که دلیل اولیه‌ی استفاده از طب مکمل و جایگزین نمی‌تواند عدم رضایت و برداشت استفاده کنندگان طب مکمل و جایگزین از خدمات طب رایج، بوده باشد چرا که بسیاری از بزرگسالان به طور همزمان به جستجو، واکاوی و بهره‌گیری از مزایای هر دو روش می‌پردازند.^{۲۰،۲۱} این مسئله در مقابل نظرانی قرار دارد که استفاده از طب مکمل و جایگزین را ناشی از رد اجتماعی خدمات پزشکی متعارف و رایج می‌دانند.^{۲۲} اگر قرار باشد که متخصصان نظام سلامت به صورتی موثر افراد را در داشتن گزینه‌های آگاهانه، امن و مناسب حمایت کنند لازم است این متخصصان نسبت به طبیعت، اثرات بالقوه و دلایل استفاده از طب مکمل و جایگزین آگاهی وسیع‌تری داشته باشند. با توجه به استفاده‌ی طیف وسیعی از درمان‌های طب مکمل و جایگزین، تمامی والدین باید توسط پزشکان در هر بار ویزیت، در مورد استفاده از طب مکمل و جایگزین برای اطفال مورد سوال قرار گیرند. مطالعات بیشتر در این زمینه باید دلایل استفاده از طب مکمل و جایگزین و برداشت والدین نسبت به کیفیت خدمات رایج سلامت را مورد بررسی قرار دهد.



REFERENCES

1. Bellas A, Lafferty WE, Lind B, Tyree PT. Frequency, predictors, and expenditures for pediatric insurance claims for complementary and alternative medical professionals in Washington State. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:367-372
2. Ente G. Prevalence of complementary and alternative medicine use in US children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158:292
3. Spiegelblatt L, Laine-Ammara G, Pless IB, Guyver A. The use of alternative medicine by children. *Pediatrics.* 1994;94:811-814
4. Fearon J. A reflective overview of complementary therapies for children 1995-2005. *Complement Ther Clin Pract* 2005;11:32-36
5. Braganza S, Ozuah PO, Sharif I. The use of complementary therapies in inner-city asthmatic children. *J Asthma.* 2003;40:823-827
6. Feldman DE, Duffy C, De Civita M, et al. Factors associated with the use of complementary and alternative medicine in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004;51:527-532
7. Kelly KM. Complementary and alternative medical therapies for children with cancer. *Eur J Cancer.* 2004;40:2041-2046
8. Crawford NW, Cincotta DR, Lim A, Powell CV. A cross-sectional survey of complementary and alternative medicine use by children and adolescents attending the University Hospital of Wales. *BMC Complement Altern Med.* 2006;6:16
9. Davis MP, Darden PM. Use of complementary and alternative medicine by children in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157:393-396
10. Kemper KJ, O'Connor KG. Pediatricians' recommendations for complementary and alternative medical (CAM) therapies. *Ambul Pediatr.* 2004;4:482-487
11. Sikand A, Laken M. Pediatricians' experience with and attitudes toward complementary/alternative medicine. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152:1059-1064
12. Seid M, Varni JW, Bermudez LO, et al. Parents' perceptions of primary care: measuring parents' experiences of pediatric primary care quality. *Pediatrics.* 2001;108:264-270
13. Ang JY, Ray-Mazumder S, Nachman SA, Rongkavilit C, Asmar BI, Ren CL. Use of complementary and alternative medicine by parents of children with HIV infection and asthma and well children. *South Med J.* 2005;98:869-875
14. Baron SE, Goodwin RG, Nicolau N, Blackford S, Goulden V. Use of complementary medicine among outpatients with dermatologic conditions within Yorkshire and South Wales, United Kingdom. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:589-594
15. Chan E, Rappaport LA, Kemper KJ. Complementary and alternative therapies in childhood attention and hyperactivity problems. *J Dev Behav Pediatr.* 2003;24:4-8
16. Prussing E, Sobo EJ, Walker E, Dennis K, Kurtin PS. Communicating with pediatricians about complementary/alternative medicine: perspectives from parents of children with down syndrome. *Ambul Pediatr.* 2004;4:488-494
17. Lanski SL, Greenwald M, Perkins A, Simon HK. Herbal therapy use in a pediatric emergency department population: expect the unexpected. *Pediatrics.* 2003;111:981-985
18. Lin YC, Bioteau AB, Ferrari LR, Berde CB. The use of herbs and complementary and alternative medicine in pediatric preoperative patients. *J Clin Anesth.* 2004;16:4-6
19. Tomassoni AJ, Simone K. Herbal medicines for children: an illusion of safety? *Curr Opin Pediatr.* 2001;13:162-169
20. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA.* 1998;279:1548-1553
21. Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, et al. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. *Ann Intern Med.* 2001;135:344-351
22. Angell M, Kassirer JP. Alternative medicine: the risks of untested and unregulated remedies. *N Engl J Med.* 1998;339:839-841

منابع

نتیجه گیری

استفاده از طب مکمل و جایگزین در اطفال شایع است. ارتباط ضعیف بین پزشک و بیمار، در مورد استفاده از طب مکمل و جایگزین باعث بی اطلاعی پزشکان می گردد. استفاده کنندگان طب مکمل و جایگزین رضایتمندی کمتری نسبت به کیفیت خدمات بهداشتی درمانی متداول اولیه به ویژه در جنبه های مربوط به ارتباط، دانش وابسته به قراین و دسترسی را نشان می دهند. پزشکان می بایست در جریان منابع روزافزون علمی در مورد طب مکمل و جایگزین باشند تا بتوانند در مورد استفاده از این طب به اظهار نظر بپردازند. پزشکان به دلیل مسئولیت خود در برابر درمان کودکان بیمار می بایست نسبت به انواع درمان های طب مکمل و جایگزین و نیز شواهد علمی مربوطه که در موافقت یا مخالفت استفاده از آن ها می باشند و همچنین در مورد عوارض بالقوه ی هر درمان آگاهی داشته باشند.





روانپزشکی و روانشناسی ایران در قرون وسطی

Psychiatry and Psychology in Medieval Persia

J clin Psychiatry 2006;67
Nasser Vakili & Ali Gorji, M.D

مترجم: شهبلا مویدی

چکیده

هدف: تاریخچه ی علوم روانشناسی و به خصوص روش های به کار گرفته شده برای درمان اختلالات روانی توسط ایرانیان در دوره ی قرون وسطی برای غرب ناشناخته است. هدف اصلی این مقاله، مروری بر رویکردهای بالینی درمانگران ایرانی در اختلالات روانی طی دوره ی قرون وسطی است.

منبع اطلاعات: اسناد چندی وجود دارند که بر اساس آنها می توان اطلاعات بالینی سندروم های روانی در ایران دوره ی قرون وسطی را تعیین نمود. اطلاعات این مقاله با جستجو در MEDLINE، منابع امروزی، اینترنت، مقالات و کتاب های مربوط به کتابخانه ی آستان قدس رضوی، کتابخانه ی دانشگاه تهران، دانشگاه مشهد و نیز یادداشت های مولفان حاصل گشته است. کلید واژه ها عبارتند از:

pharmacotherapy, Avicenna, Persian medieval, psychology, psychiatry

بحث: درمانگران قرون وسطی علایم و نشانه های اختلالات روانی و نیز علل آشکار، قوانین بهداشتی و غذایی پیشگیری از این اختلالات را تعریف نمودند. بررسی نوشته های پزشکی ایرانیان در قرون وسطی بیانگر این است که درمان اختلالات روانی با تامل و تدبیر در وضعیت های مسبب این اختلالات با عوامل موثر در ایجاد آنها صورت می گرفت و نیز برای درمان اختلالات فوق از شوک الکتریکی، فلبوتومی، روان درمانی، موسیقی درمانی، رنگ درمانی و به خصوص تجویز فهرست بلندی از داروها استفاده می شد.

نتیجه گیری: امروزه نیز برخی از رویکردهای پزشکان ایرانی قرون وسطی مورد پذیرش هستند؛ هر چند باید اذعان داشت که هنوز در مورد بسیاری دیگر از این تجربیات و رویکردها آزمایشی صورت نگرفته است. با تحقیقات بیشتر، ممکن است ثابت شود که بسیاری از این شیوه های درمانی برای به کارگیری در طب جدید نیز مناسب هستند.

توصیف های ایرانیان دوره ی قرون وسطی از اختلالات روانی

تعاریف و خصوصیات بالینی

پزشکان ایرانی دوره ی قرون وسطی به گونه ای قاعده مند، اختلالات روانی را بر حسب خصوصیات مربوطه، سن خاص، خصوصیات جنسی، علایم و نشانه ها، دوره، عوارض، عوامل مستعد کننده و تشخیص های افتراقی شرح دادند. در نوشته های آنان، نشانه های روان شناسی مختلف از قبیل هذیان، توهم، اختلالات خواب و غیره تعریف شدند. این پزشکان ۴ نوع عمده از اختلالات روانشناسی را به گونه ی زیر تشخیص دادند:

مالیخولیا (melancholia)، مانیا و داع الکلب (با ترجمه ی تحت اللفظی "بیماری سگ") قطرب (هذیان آزاری، پارانویا یا سوء ظن شدید) و عشق (بیماری عشق همراه با اضطراب و افسردگی).

مالیخولیا

مالیخولیا به عنوان حالتی از فکر غیر طبیعی، ترس غیر منطقی، تحریک پذیری و انزوا طلبی در مرحله های آغازین تعریف می شد. چنین بیان می گشت که علایم و نشانه های بیشتر مانند هذیان، توهم، خیال پردازی اندوه، وسواس دایم و نفرت از مردم ممکن است بعداً عارض شوند. یک دوره ی جداگانه از ترس شدید، مداوم و بدون علت همراه با انتظار وجود یک موقعیت یا امری خاص (مانند ترس از حیوانات وحشی، دزد، جن، رمبش آسمان) شرح داده شده است. هذیان بزرگ منشی (شاه بودن)، هذیان تحت نفوذ بودن (کنترل به وسیله ی شیطان) و هذیان های جسمی (یک حیوان یا یک وسیله ی صنعتی بودن) به عنوان نشانه های

"ذخیره ی خوارزمشاهی" (۹) اثر اسماعیل جورجانی (۱۱۳۶-۱۰۴۲ بعد از میلاد) از ارزشمندترین کتب مرجع پزشکی در دوره ی قرون وسطی بودند که علوم روانشناسی را نیز در بر داشتند.

علی رغم آنکه دانشمندانی تاریخچه ی روانشناسی را به طور کلی مورد مطالعه قرار داده اند؛ اما به میزان اندکی به موضوع تاریخچه ی روانشناسی در ایران پرداخته شده است. زوایای پنهان دانش روانشناسی سنتی ایران در طی دوره ی قرون وسطی، هنوز می تواند مورد مطالعه و کشف مجدد قرار گیرد. در سال های اخیر برخی مطالعات تجربی با استفاده از روش های علمی جدید، درمان های به کار رفته در ایران دوره ی قرون وسطی را ارزشیابی کرده اند. این تحقیقات، اندیشه ی احیای درمان های سنتی را ایجاد کرد (۱۴-۱۰). ما امیدواریم این مقاله موجب انجام تحقیقات بیشتری در موضوع منافع بالینی درمان های ایرانی به کار گرفته شده در مداوای اختلالات روانی شود.

خط مشی تحقیق و معیارهای انتخاب

اطلاعات این مقاله با جستجو در MEDLINE، منابع امروزی، اینترنت، کتابخانه ی آستان قدس رضوی، کتابخانه ی دانشگاه تهران، کتابخانه ی دانشگاه مشهد، مقالات و کتاب های مربوط و نیز یادداشت های جامع مولفان حاصل گردید. واژه های جستجو Psychiatry, psychology, Persian medieval, Avicenna pharmacotherapy بود. در این مطالعه، فقط منابع فارسی، عربی و انگلیسی مورد مرور و بررسی قرار گرفتند.

گرچه در نوشته های دانشمندان ایران باستان ساختاری غنی از اندیشه ی روانشناسی وجود داشت، اما سهم پزشکان ایرانی قرون وسطی در علوم روانشناسی با توجه به تاثیر اندیشه ی آنان بر افکار علمی، فلسفی و روانشناسی زمان های بعد چشمگیر بود. ایرانیان نه تنها تمام دانش پزشکی مربوط به یونان، هند و مصر باستان را درک کردند؛ بلکه این دانش را با نیازها و اندیشه های مشخص خود وفق داده و بر آن، موضوعات و مفاهیم بکری بر اساس یافته های تجربی خود افزودند (۳-۱). حتی قبل از پیدایش رسمی روانشناسی به عنوان یک حوزه ی علمی مجزا، شاید بتوان برخی از درمانگران قرون وسطی را به عنوان اولین روان شناسان و روان پزشکان در نظر گرفت. این پزشکان اطلاعات بالینی بسیار دقیقی از انواع مختلف اختلالات روانی را شرح دادند. روش های درمان برای سلامت روانی در این دوره ترکیبی از روان درمانی، اطمینان بخشی و حمایت بود. باور عمومی بر اساس ارتباط تنگاتنگ بین ساختار روانی، خلق و بدن بود. پزشکان ایرانی در درمان های مختلف از روشی ترکیبی مشتمل بر معیاد سازی، روان درمانی و دارو درمانی استفاده می کردند (۴). اولین بیمارستان های روانپزشکی و حتی بخش های روانی در این دوره به وسیله ی پزشکان ایرانی برپا شدند. این بخش ها مطابق با استانداردهای زمان و با تسهیلات جدید مناسب برای یک بخش روانی ساخته شدند (۴).

کتاب های پزشکی ایرانی مربوط به قرون وسطی از قبیل کتاب های "الحاوی" (۵) و "الطب الروحانی" (۶) اثر رازی (۹۴۰-۸۶۰ بعد از میلاد)، کتاب های "قانون" (۷) و "شفا" (۸) اثر ابوعلی سینا (۱۰۳۷-۹۸۰ بعد از میلاد) و

همراه ذکر شده اند. همچنین مشاهده شده بود که برخی بیماران میل به مرگ داشته و برخی از مرگ می هراسیدند. گاهی اوقات مواردی چون سرگیجه، صدای وزوز در گوش، کابوس، افزایش یا کاهش میل جنسی، لرزش، نگاه خیره، اختلال اشتها، سوء هضم و کاهش وزن در مایخولیا مشاهده می شد.

بیشترین احتمال ابتلا به افسردگی در فصل بهار بود. باور این بود که افراد سبزه، پر مو و لاغر بیشتر مستعد ابتلا به افسردگی هستند و نیز احتمال خطر ابتلا به افسردگی در مردان جوان بیشتر بوده اما زنان از عوارض بیشتری رنج می برند یا درماتشان مشکل تراست. (۵،۷،۹)

مانیا و داع الکلب

حالتی از جنون همراه با هیاهو و خلق شاد توسط پزشکان ایرانی شرح داده شده که در مبحث شناسایی و تقسیم بندی امراض پزشکی نوین تاحدودی به روان پریشی هیجانی بر می گردد. تظاهرات اصلی مانیا هیجان شدید، بی قراری، تحریک پذیری، اختلالات خواب و رفتار خشونت آمیز بود. با توجه به نوسان طبیعت نشانه ها، پزشکان ایرانی نوع خاصی از مانیا با عنوان داع الکلب را شرح دادند که در آن بیماران به سرعت مستعد تغییر فکر و شخصیت بوده و در حالیکه پرخاشگر و لجام گسیخته بودند، در زمان اندکی مهربان و ممتلق می گشتند. ابن سینا مشاهده کرد که ظهور عصبانیت، بی قراری و خشونت خبر از تبدیل مایخولیا به مانیا می دهد.

سوءظن شدید (paranoia)

بر اساس نظر پزشکان ایرانی پارانویا (قطرب) در بیمارانی که افسرده، منزوی، بیزار از تماس با مردم و زود رنج بودند

ظاهر می گشت. بیماران پارانویا بیشتر روز را به صورت پنهان می گذراندند و شب از خانه خارج می شدند، قدم می زدند و در گورستان ها و غسالخانه ها و بیابان ها فریاد و زور می کشیدند. به سبب خواب ناکافی، این بیماران معمولا رنگ پریده و دچار کم آبی بودند و چشمانی گود افتاده و پاهایی زخمی داشتند. چنین مشاهده می شد که اغلب، وقوع پارانویا در اواسط زمستان بود.

بیماری عشق

(passionate love disease)

ابن سینا از بیماری عشق به عنوان "یک اختلال و سواسی شبیه مایخولیا یاد می کند که موجب می شود فرد تمام فکر خود را بر ارج نهادن پاره ای تصورات و کیفیات متمرکز سازد" (۷). پزشکان عشق را به عنوان فکری مداوم با طبیعتی غمگین که زاده ی فکر مکرر درباره ی ظاهر، حرکات و رفتار فردی از جنس مخالف است می دانستند. علائم بالینی همراه با این بیماری چهره ی رنگ پریده، طیش قلب، نبض نامرتب، صورت مسورم، وقفه ی تنفس، اندوه، آه کشیدن، اشک ریختن بی دلیل، پلک زدن سریع، بی خوابی و سردرد بود (۵،۷،۹) (شکل ۱).

علت شناسی

تئوری مزاجی سلامت و خلق به طور گسترده در دوره ی قرون وسطی مورد قبول بود. در این تئوری تمام بیماری ها ناشی از توزیع نامنظم ۴ مزاج (humors) دم (blood)، بلغم (phlegm)، صفرا (yellow bile) و سودا (black bile) می باشند. مزاج ها از ترکیب ۴ عنصر جبهانی (آتش، هوا، آب و خاک) حاصل می شوند و دارای ۴ کیفیت اساسی (گرمی، سردی، خشکی و تری)

هستند. سلامت فردی حالتی از تعادل مزاج های مربوطه است که به وسیله ی یک مزاج غالب که بیانگر طبع فرد (individual temperament) می باشد مشخص می گردد. توزیع طبیعی جریان مزاج ها قسمت های مختلف مغز را متاثر می سازد و اختلالات روانشناسی گوناگونی را موجب می شود. تغییر و افزایش صفرا (گرمی و خشکی) که لب پشانی را متاثر می سازد، منجر به اختلالات مانیایی می گردد. بر هم خوردن گردش خون مغز با سودا (سردی و خشکی) موجب مایخولیا یا پارانویا می گردد (۵،۷،۹).

تغییرات مختلف در تعادل میان مزاج های مختلف موجب یک طیف گسترده از نشانه ها می گردد. بر اساس هماهنگی و تعادل بین ۴ مزاج، پزشکان ایرانی ۴ نوع متفاوت از مایخولیا شامل: سودایی... دمو، سودایی... صفرای، سودایی... بلغمی و سودایی خالص را افتراق می دادند. پزشکان چنین می اندیشیدند که "سودا... با بلغم مخلوط می شود زمانی که بیماری با سستی، فقدان تحرک و خاموشی همراه است... اگر سودا با دم مخلوط شود بیمار شاد و خندان است... اگر سودا با صفرا مخلوط گردد بیمار سراسیمه بوده و بیماری اش به مانیا شبیه است... زمانی که سودا خالص است، بیماری با فکر زیاد و عدم تحرک همراه است. اگر بیمار حرکت کند مضطرب و انتقامجو شده و مدام گریه می کند" (۵،۷،۹). ابن سینا چنین اظهار می دارد که سه بطن^۹ در مغز پنج فرآیند شناختی مشخص را انجام می دهند: حس مشترک، قوه ی خیال، قوه ی وهم، قوه ی حافظه و قوه ی متصرفه (۹). ابن سینا چنین نوشته است که تعامل غیر طبیعی بین مغز و سایر اندام ها شامل

۹. طبایق قدیم مغز را به سه قسمت قدامی، میانی و خلفی تقسیم می کردند (اندرجیم)

شکل ۱- عاشق زار - اثر حسین بهزاد *



* چاپ مجدد اثر با کسب اجازه از مجموعه‌ی فرهنگی سعدآباد، تهران، ایران صورت گرفته است. "بیماری عشق" که در هنر فارسی توسط شاعران و نقاشان زیادی مورد اشاره قرار گرفته، در این اثر مجسم شده است.

درمان با شوک الکتریکی

احتمالاً پزشکان ایرانی قرون وسطی از قبیل ابن سینا و ابوالفرج (تولد: ۱۲۲۶ بعد از میلاد ملیتن، ارمنستان - وفات: ۱۲۸۶ بعد از میلاد مراغه، ایران) اولین کسانی بودند که از الکتریسیته در بیماریهای نورولوژیکی مانند تشنج و اختلالات روانی مثل مالیخولیا استفاده کردند. چنین گزارش شده که شوک الکتریکی ناشی از استعمال یک نوع ماهی زنده‌ی دارای خاصیت الکتریکی به نام ماهی برق (crampfish یا torpedo) روی قسمت پیشانی - گیجگاهی (frontotemporal area) می تواند موجب درمان فرد بیماری که از مالیخولیا رنج می برد، گردد. (به خصوص وقتی علایم افسردگی بارز بودند) ۱۵.

می شد بیمار به کشور یا اقامتگاهی جدید سفر کند. غوطه وری بدن در حمام آب تازه و ولرم، ماساژ سرویدن، شستن مکرر سر با آب ولرم به منظور اثر شل کنندگی آنها توصیه می شد. درمان مشکلات خواب در درمان اختلالات روانشناسی بسیار مهم بود. زمانی که بیماران بسی خوابی داشتند گل نیلوفر (water lily یا *Nymphaea spp.*)، کافور (chomphor یا *Cinnamomum comphora*) دانه‌ی خشخاش (poppy seed یا *Papaver somniferum*) و روغن‌های گرفته شده از کدوها (oils from squashes) به علت اثرات آرامبخش آنها تجویز می شد. چنین تصور می شد که خواب بیشتر برای افرادی که از پارانویا رنج می برند بسیار سودمند است.

کلیه، کبد، معده، صفاق و طحال می تواند منجر به عدم کارکرد صحیح مغز و متعاقب آن اختلالات روانی گردد. دقت یا تمرکز بیش از اندازه و فقدان حرکات فیزیکی به عنوان عوامل مستعد کننده ذکر شده اند. ترس و خشم شدید، از عوامل موثر در بروز مالیخولیا به حساب می آمدند. سردردهای مزمن، تشنج، مننژیت و دوره‌ای طولانی از بی خوابی از عوامل مسبب مالیخولیا ذکر شده بودند. همچنین بیان می شد که بیماری های قلبی می توانند موجب بروز نشانه های مشکلات روانی گردند (۵،۷،۹).

درمان

نوشته های طبیبی ایرانیان در دوره ی قرون وسطی چنین می نمایند که درمان اختلالات روانی با بر طرف ساختن وضعیت مسبب یا عوامل دخیل در ایجاد اختلال صورت می پذیرفت و نیز از شوک الکتریکی، رژیم درمانی، فلپوتومی (فصد)، روان درمانی، موسیقی درمانی، رنگ درمانی و تجویز دارو برای درمان این اختلالات استفاده می شد.

پیشنهادهای کلی

باور چنین بود که زندگی در مناطق دارای آب و هوای معتدل و انجام تمرینات بدنی متعادل، موجب تسهیل درمان اختلالات روانی می گردد. پزشکان توصیه می کردند که بیماران از افراط و تفریط در انجام فعالیت های بدنی اجتناب کرده و از نزدیکی زیاد، انزوا و تبلی پرهیز نمایند. اقداماتی برای ایجاد شادی و دلگرم کردن بیماران افسرده از طریق فعالیت های مختلفی چون مطالعه، شکار، موسیقی، رقص، شنا، شطرنج، ورزش و حضور در مهمانی ها صورت می گرفت. پیشنهاد

رژیم درمانی

پزشکان ایرانی معتقد بودند که بیشتر بیماری‌ها منحصراً از اشتباهات طولانی مدت در غذا و رژیم غذایی ناشی می‌شوند. آنها اهمیت ویژه‌ای در مورد غذا و رژیم غذایی در تدبیر درمانی خود برای درمان اختلالات روانی قابل بودند. به بیماران مبتلا به مالیخولیا چنین دستور داده می‌شد که هرگز یک وعده‌ی غذایی مصرف نکنند مگر آنکه وعده‌ی غذایی قبلی هضم شده باشد. آنچه که از نظر مواد مغذی در وعده‌ی غذایی قبلی کمبود داشت، بایستی در وعده‌ی غذایی بعدی جبران می‌گشت.

پزشکان توصیه می‌کردند که غذاهای ترش، پر نمک، نفاخ، شراب غلیظ تازه، پنیر کهنه، سرکه، گوشت خشک، عدس (*Lens spp.*)، انجیر (*Ficus caraca L.*) و کاهو (*Luctuca spp.*) مصرف نگردد. غذاهای روغنی و شیرین سودمند دانسته می‌شدند. میزان اندکی از شراب سفید با آب به علت اثر تسکینی آن به خصوص در بیماران مالیخولیا ممکن بود سودمند باشد.

غذاهایی که تصور می‌شد به درمان افسردگی کمک می‌کنند شامل گوشت گاو، جوجه‌ی چاق، ماهی تازه، ماء الجبن (*dried whey*)، کرفس (*Apium graveolens*)، عسل، ریشه‌ی ترب کوهی (*Armoracia rusticana* یا horseradish)، اسفناج (*Spinacia oleracea*)، ریشه‌ی چغندر (*Beta vulgaris craca*) و سداب (*Ruta graveolens* یا rue) بودند. چنین تصور می‌شد که انار (*Punica granatum*)، انگور (*Vitis spp.*)، ماء الشعیر (جوس بدون الک) و غلات برای مایه‌امفید هستند. (۵،۷،۹)

روان درمانی

پزشکان ایرانی جوهر روح آدمی، ذهن، جریانات روانی، هوش، رویاها، پیشگویی، تمایلات بشری و غیره را به تفصیل تجزیه و تحلیل کردند. اختلالات روانی بیماری‌هایی بودند که روح و ذهن را درگیر می‌ساختند. در آن زمان‌ها بیماران دارای چنین مشکلاتی، به وسیله‌ی تلقین و ارتباط کلامی درمان می‌شدند. پزشکان ترازویی را در نظر می‌گرفتند که در یک کفه‌ی آن خرد و در کفه‌ی دیگر آن اعمال مضر برخاسته از رفتار غیر اخلاقی بود. پزشکان با تشخیص بدی و شر و کمرنگ کردن آن در زندگی شخصی، سعی در ایجاد تعادل داشتند. به افراد در مورد بدبختی، هوس، خود پرستی، فرصت طلبی، غرور، حرص، خشم و دوستی برخاسته از نفس توضیح داده می‌شد و اثرات مخرب پیروی از نفس بیان می‌گشت. آنان با نصایحی مربوط به سلامت روان که حاصل یک زندگی پر تجربه بود به درمان افراد می‌پرداختند. این امر موجب می‌شد بیماران دریابند که گفتار، رفتار و پندار خوب به همان اندازه‌ی داروها بر روی سلامت تأثیر گذار است. رازی در کتاب خود "الطب الروحانی" بیماری‌های اخلاقی و اینکه تا چه اندازه این بیماری‌ها می‌توانند بر روی رفتار انسان تأثیر بگذارند را با درک دقیقی مورد بحث قرار داده است. (۶،۸)

پزشکان روش‌های روانشناسی و توضیحات فیزیولوژیکی را با هم آمیختند و روان درمانی را در سبکی پویا به کار بردند. پزشکان روش‌های مختلف روان درمانی از قبیل ایجاد شوک، برانگیختن شرم و حیای بیمار و نبض درمانی را در درمان اختلالات روانی به کار بردند که درمان‌هایی بدیع و بکر بودند. (۵،۷،۹)

زمانی رازی به نزد خلیفه که از التهاب شدید مفاصل رنج می‌برد فرا خوانده شد. وی حمام آب گرم را تجویز نمود. خلیفه در حال استحمام بود که رازی با تهدید او به وسیله‌ی کارد چنین نمود که قصد کشتن خلیفه را دارد. این تحریک عمدی، گرمای طبیعی را افزایش داد و بدین گونه نیروی کافی برای حل کردن مزاحجهایی که پیش از این نرم شده بودند را باعث شد. نتیجه این بود که خلیفه در حمام بر زانوان خود ایستاد و در پی رازی دوید. (۵)

در درمان زنی که چنین گرفتگی شدیدی را در مفاصل داشت وقادر به ایستادن نبود ترفند پزشک که چنین می‌نمود قصد بسالا زدن دامن وی را دارد کارساز بود و شرم بیمار موجب برخاستن و علاج وی گشت. "گرمای ناگهانی ایجاد شده در زن موجب حل شدن مزاج روماتیسمی شد" (۵).

همچنین رازی بیان می‌دارد که بهبودی مالیخولیا در پی یک شوک مانند گیر افتادن در آتش یا خانه‌ای تخریب شده مشاهده شده است. (۵)

ابن سینا فیزیولوژی روانشناسی در درمان بیماری‌هایی چون بیماری عشق که در آنها درگیری احساسات وجود دارد را شناسایی نمود. او به طور جامع نبض را مورد بررسی قرار داد و تأثیر عوامل گوناگون چون محیط، غذا، نوشیدنی‌ها، سن، فعالیت، حاملگی، خوابیدن، قدم زدن، درد، مزاج و حالات مختلف روانی از قبیل خشم، لذت، شادی، غم و ترس را بر نبض ثبت نمود. (۱۶)

از منظر بالینی، ابن سینا شیوه‌ای جهت ارتباط بین هیجانات و احساسات با تغییرات در تعداد نبض را بیان نمود. چنین آمده است که نبض جوانی که از بیماری عشق رنج می‌برد هنگام بردن نام ولایات، بخش‌ها، شهرها، خیابان‌ها، و افراد توسط بو علی سینا گرفته شد. با مشاهده‌ی افزایش تعداد نبض هنگام

شکل ۲- غم و شادی - اثر محمد فرشچیان*



* چنانچه مجله اثر، با کسب اجازه از مجموعه‌ی فرهنگی سعدآباد، تهران، ایران صورت گرفته است. تأثیر موسیقی بر خلق، عاطفه و احساس در چندین اثر هنری ایرانی نشان داده شده است.

شدند (جدول ۱)، او همچنین اشاره نمود که برخی نت‌ها می‌توانند موجب مشکلات روحی چون اندوه گردند (۵، ۷، ۹).

رنگ درمانی

پزشکان ایرانی قرون وسطی در تجربیات و طبابت خود دریافته‌اند که رنگ بر روی خلق و احساس تأثیر می‌گذارد. آنها اهمیت حیاتی رنگ را در تشخیص و درمان بیماری‌های مختلف روشن ساختند. ابن سینا با توجه به این که رنگ یک نشانه‌ی قابل مشاهده از بیماری بود جدولی را تکمیل نمود که ارتباط رنگ با طبع و وضعیت بدنی را بیان می‌داشت. در کاربرد رنگ برای درمان، او معتقد بود که رنگ قرمز دم را به حرکت در می‌آورد، رنگ سفید و آبی آن را سرد می‌سازد و رنگ زرد درد و التهاب را کاهش می‌دهد. او مصرف گل‌های قرمز را برای درمان اختلالات خونی از طریق خوردن، حمام کردن و بوییدن (استنشاق کردن) و نیز گل‌های زرد و نور آفتاب را برای کاهش درد و التهاب توصیه می‌کرد. پزشکان همچنین به احتمال وجود

روانی بیماران است. برای آنکه بیماران بهتر بتوانند از پس بیماری برآیند باید مورد تشویق واقع گردند، به موسیقی گوش فرا دهند و با افرادی که دوست دارند معاشرت نمایند (۸).

از نظر تخصصی هارمونی تا قرن ۱۹ به گونه‌ای مناسب شناخته شده نبود، ولی ممکن است ریشه‌های اندیشه و چگونگی هارمونی به زمان‌های قبل مانند زمان بوعلی سینا برگردد. ابتدایی‌ترین شکل هارمونی زمانی بود که به طور ساده دو صدا به گونه‌ای خوشایند برای گوش، هم‌زمان نواخته یا خوانده شدند. همچنین در نوشته‌های ابن سینا، بحث بر روی پدیده‌های صوت، ناهارمون و هماهنگ، صدای عود و اشاره به سبک‌های خوش نوا یا نام‌های خاص یافت می‌شود. هم‌آهنگی و زیر و بمی ذی‌تونیک صدا، تقریباً به طور انحصاری به کار گرفته می‌شدند که این امر اشاره به هارمونی، توافق و تناسب دارد. تمام این مشخصات ویژه با هم کار می‌کنند تا یک تجسم موسیقایی روشن از سلامت، تعادل و مطابقت فراهم شود (۷، ۸) (شکل ۲). استفاده از موسیقی با جنبه‌های مختلفی از بهبودی ارتباط داده شده است؛ چراکه توانایی ذاتی موسیقی موجب آرامش روحی، روانی و جسمی می‌گردد. ابن سینا جنبه‌های علمی موسیقی را مورد جستجو قرار داد، او بیان کرد که نت‌های گوناگون که برای تولید هارمونی ترکیب می‌شوند یک زیر و بمی ویژه دارند و درجه‌ی هارمونی بستگی به بسامد نت‌ها دارد (۸). به علاوه او روشی برای تعیین زیر و بمی صدا فراهم آورد. نت‌های مختلف موسیقی، ارتباط آنها با احساسات، رنگ‌ها و نقش آنها در درمان اختلالات روانشناسی با بیان جزئیات به وسیله‌ی بوعلی سینا شرح داده

ذکر نام فردی خاص، ابن سینا توانست به مکان و هویت دختر پی برد. بنا به پند وی جوان با دختر ازدواج نمود و از بیماری‌های یافت (۷).

فصد (phlebotomy)

رگ‌زنی به عنوان یک شیوه‌ی موثر برای درمان مالیخولیا و مانیا به خصوص مواردی که از مشکلات مزاج دم یا بیماری‌های قلبی - عروقی نشأت گرفته بودند پیشنهاد می‌شد. چنین تصور می‌شد که رگ‌زنی از وریدهای نبض‌دار هموروئید و صافن مفید می‌باشد. به طور عمده برخی بیماران مبتلا به مانیای شدید با انجام فصد درمان شده بودند (۵، ۷، ۹).

موسیقی درمانی

در زمان‌های باستان و نیز در دوره‌ی قرون وسطی، موسیقی بخش مهمی از درمان بیماری‌های روحی بود. اولین کتاب پارسی درباره‌ی سلامت و بیماری اوستا بود. این کتاب مجموعه‌ای از نوشته‌های مقدس زردشتی است که احتمالاً در طی قرن ششم قبل از میلاد گردآوری گردید. در آن چنین آمده است: "زمانی که روح آدمی عمیقاً بر آشفته بود بهترین درمان خواندن کتاب مقدس (گاتهای اوستا)، خواندن شعر یا گوش فرا دادن به موسیقی بود" (۱۷). پزشکان دوره‌ی قرون وسطی کیفیاتی که مربوط به ارتعاشات، آهنگ‌ها، رنگ‌ها و هیجانات بود را ارزیابی کردند.

ابن سینا دریافت ارتباط نزدیکی بین احساسات و وضعیت فیزیکی وجود دارد و چنین احساس نمود که موسیقی یک اثر فیزیکی و روانی مشخص بر روی بیماران دارد. او چنین نوشت: "یکی از موثرترین و بهترین راه‌های درمان، افزایش قدرت‌های روحی

Table 1. Therapeutic Roles of Colors and Music on Psychological Symptoms and Disorders Presented by Medieval Persian Physicians

Music Notes	Colors	Symptoms and Disorders
C (Do)	Blue	Insomnia and sleep disturbances
G (Sol)	Red	Fatigue, depression, melancholia
D (Re)	Pink	Memory difficulties, forgetfulness
A (La)	Green	Curiosity impairment

درمان اختلالات روانی به کار می رفتند را فراهم آورده اند. برنامه ی درمان به وسیله داروهای ضد جنون، فردی بود و به بیماران داروهای واحد یا ترکیبی گوناگونی داده می شد که برای هر کدام میزانی مشخص تعیین گشته بود. فهرست داروها در نوشته های ایرانی دروه ی قرون وسطی شامل گیاهان، تولیدات حیوانی و

(شکل افسردگی مالیخولیا) به کار می رفت. رنگ سبز انرژی را متعادل می ساخت و در درمان بی تفاوتی، عدم کنجکاوی و علاقه مفید بود (جدول ۱). (۵، ۷-۹)

درمان بیماری با دارو

پزشکان ایرانی دوره ی قرون وسطی فهرست بلندی از داروهایی که در

خطرات رنگ در درمان یا بر انگیزتن اختلالات توجه داشتند. (۷)

با دانستن اینکه چگونه رنگ بر آدمی اثر می گذارد، پزشکان به طور موثر از رنگ درمانی برای دادن میزان زیادی انرژی به بیماران یا آرام کردن آنان در مواقع مورد نیاز استفاده می کردند. باور بر این بود که رنگ صورتی موجب پاک کردن افکار و احساسات می گردد و در درمان فراموشی توصیه می شد. رنگ آبی به علت اثر آرامبخش آن بر روی سیستم عصبی، در درمان بی خوابی توصیه می گشت. رنگ قرمز موجب قدرت، اشتیاق و دلگرمی بود و در درمان خستگی و افسردگی

Table 2. Natural Melancholia Remedies Used in Medieval Persia

Origin of Drug	Common Name	Latin Name	Administration	Origin of Drug	Common Name	Latin Name	Administration
Plant-derived drugs	Absinth wormwood	<i>Artemisia absinthium</i>	Oral, topical	Plant-derived drugs	Italian bugloss	<i>Anchusa italica</i>	
	Aloe	<i>Aloe</i>	Oral, nasal		Lavender, French	<i>Lavandula stoechas</i>	Oral
	Apricot tree	<i>Armeniaca vulgaris</i>	Oral		Lemon balm	<i>Melissa officinalis</i>	
	Arnut, earthnut	<i>Carum bulbocastanum</i>	Topical		Marsh trefoil	<i>Menyanthes trifoliata</i>	Oral
	Balsam apple	<i>Momordica balsamina</i>	Oral		Marshmallow	<i>Althaea officinalis</i>	Topical
	Bellium de l'Inde	<i>Commiphora agallocha a.</i>	Oral		Mastic	<i>Pistacia lentiscus</i>	Topical
	Beetroot	<i>Beta vulgaris</i>	Oral		Meadow saffron	<i>Colchicum autumnale</i>	Oral
	Birthwort	<i>Aristolochia longa</i>			Melilot trefoil	<i>Melilotus officinalis</i>	Oral, topical
	Bishop's weed	<i>Trachyspermum copticum</i>	Topical		Mezereon	<i>Daphne mezereum</i>	Oral
	Black locust	<i>Robinia pseudoacacia</i>	Oral		Milk vetch	<i>Astragalus</i>	Oral
	Black myrobalan	<i>Terminalia chebula</i>	Oral		Monk's pepper tree	<i>Vitex agnus-castus</i>	Topical
	Black pepper plant	<i>Piper nigrum</i>	Oral		Mustard	<i>Sinapis alba</i>	Topical
	Borage	<i>Echium amoenum</i>			Opium poppy	<i>Papaver somniferum</i>	Topical
	Bryony	<i>Bryonia dioica</i>	Oral		Pennyroyal,	<i>Mentha pulegium</i>	Oral
	Camphor tree	<i>Cinnamomum camphora</i>	Nasal		European		
	Carrot	<i>Daucus carota</i>	Oral		Purgine cassia	<i>Cassia fistula</i>	Oral
	Celery, wild	<i>Apium graveolens</i>	Oral, topical		Quince	<i>Cydonia oblonga</i>	Oral
	Chinese cinnamon	<i>Cinnamomum cassia</i>	Oral		Rose, French	<i>Rosa gallica</i>	Oral, topical
	Christmas rose	<i>Helleborus niger</i>	Oral		Rue	<i>Ruta graveolens</i>	Oral, topical
	Cinnamon	<i>Cinnamomum zeylanicum</i>	Oral		Safflower	<i>Carthamus tinctorius</i>	
	Cleavers	<i>Galium aparine</i>	Oral		Saffron	<i>Crocus sativus</i>	Nasal
	Clove tree	<i>Eugenia caryophyllata</i>	Oral		Scammony,	<i>Convolvulus scammonia</i>	Oral
	Clover dodder	<i>Cuscuta epithymum</i>	Oral		bindweed		
	Common polypody	<i>Polypodium vulgare</i>	Oral		Senna	<i>Cassia angustifolia</i>	Oral
	Common purslane	<i>Portulaca oleracea</i>	Oral, topical		Southernwood	<i>Artemisia abrotanum</i>	
	Cultivated radish	<i>Raphanus sativus</i>	Oral		Sowbread	<i>Cyclamen europaeum</i>	Topical
	Dill	<i>Anethum graveolens</i>	Topical		Spinach	<i>Spinacia oleracea</i>	Oral
	Emblie myrobalan	<i>Phyllanthus emblica</i>			Squill	<i>Urginea scilla</i>	
	Feverfew	<i>Chrysanthemum parthenium</i>	Oral, topical		Styrax tree	<i>Syrax officinale</i>	Oral
	Fine-leaved fumitory	<i>Fumaria parviflora</i>	Oral		Sweet acacia	<i>Acacia farnesiana</i>	Nasal
	Foalfoot	<i>Asarum europaeum</i>	Topical		Sweet bay, bay leaf	<i>Laurus nobilis</i>	
	Fungus laricis	<i>Polyporus officinalis</i>	Oral		Sweet violet	<i>Viola odorata</i>	Nasal, topical
	Garlic	<i>Allium sativum</i>	Oral		Terebinth tree	<i>Pistacia terebinthus</i>	Oral
	Gas plant	<i>Dictamnus albus</i>	Topical		Turpeth	<i>Ipomoea turpethum</i>	Oral
	Gentian, yellow	<i>Gentiana lutea</i>	Oral		Valerian	<i>Valeriana officinalis</i>	
	Goat's beard	<i>Tragopogon pratensis</i>	Oral		Wall germander	<i>Teucrium chamaedrys</i>	Oral
	Grapevine	<i>Vitis vinifera</i>	Oral		Wartwort	<i>Euphorbia helioscopia</i>	
	Ground pine, French	<i>Ajuga reptans</i>			White hellebore,	<i>Veratrum album</i>	
	Guggul gum	<i>Commiphora mukul</i>			European		
	Gum arabic	<i>Acacia senegal</i>	Oral		White lily	<i>Lilium candidum</i>	Topical
	Harmal	<i>Peganum harmala</i>	Oral		Wild chamomile,	<i>Matricaria chamomilla</i>	Topical
	Hyacinth bean	<i>Dolichos lablab</i>	Oral		German		
	Incense	<i>Boswellia carterii</i>	Nasal		Wild morning glory	<i>Convolvulus sepium</i>	Nasal
	Indian valerian	<i>Nardostachys jatamansi</i>	Oral		Processed plant-derived drugs	Burnt sugar	Nasal
					Mineral-derived drugs	Calium verum	Oral
					Animal-derived drugs	Honey	Oral

Table 3. Natural Mania and *Daol-Kalb* Remedies Used in Medieval Persia

Origin of Drug	Common Name	Latin Name	Administration	Origin of Drug	Common Name	Latin Name	Administration
Plant-derived drugs	Absinth wormwood	<i>Artemisia absinthium</i>	Oral, topical	Plant-derived drugs	Garlic	<i>Allium sativum</i>	Oral
	Aloe	<i>Aloe</i>	Oral		Gentian, yellow	<i>Gentiana lutea</i>	Oral
	Balsam apple	<i>Momordica balsamina</i>	Oral		Goat's beard	<i>Tragopogon pratensis</i>	Oral
	Birthwort	<i>Aristolochia rotunda</i> and <i>Aristolochia longa</i>	Oral		Gum arabic	<i>Acacia senegal</i>	Oral
	Bishop's weed	<i>Trachyspermum copticum</i>	Oral		Hare's ear	<i>Bupleurum falcatum</i>	Oral
	Black locust	<i>Robinia pseudoacacia</i>	Oral		Horehound	<i>Marrubium vulgare</i>	Oral
	Black myrobalan	<i>Terminalia chebula</i>	Oral		Indian valerian	<i>Nardostachys jatamansi</i>	Oral
	Black pepper plant	<i>Piper nigrum</i>	Oral		Lavender, French	<i>Lavandula stoechas</i>	Oral
	Cardamom	<i>Elettaria cardamomum</i>	Oral		Liquorice	<i>Glycyrrhiza glabra</i>	Oral
	Carrot	<i>Daucus carota</i>	Oral		Pennyroyal, European	<i>Mentha pulegium</i>	Oral
	Celery, wild	<i>Apium graveolens</i>	Oral		Pomegranate	<i>Punica granatum</i>	Oral
	Chickpea	<i>Cicer arietinum</i>	Oral		Rutabaga	<i>Brassica napus</i>	Oral
	Chinese cinnamon	<i>Cinnamomum cassia</i>	Oral		Scammony, bindweed	<i>Convolvulus scammonia</i>	Oral
	Cinnamon	<i>Cinnamomum zeylanicum</i>	Oral		Terebinth tree	<i>Pistacia terebinthus</i>	Oral
	Cleavers	<i>Galium aparine</i>	Oral		Valerian	<i>Valeriana celtica</i>	Oral
	Colocynth	<i>Citrullus colocynthis</i>	Oral		Wall Germander	<i>Teucrium chamaedrys</i>	Oral
	Damask rose	<i>Rosa damascena</i>	Oral		White lily	<i>Lilium candidum</i>	Oral
	Egyptian luffa	<i>Luffa aegyptiaca</i>	Oral		Calium verum		Oral
	Fennel	<i>Foeniculum vulgare</i>	Oral	Mineral-derived drugs			
	Fine-leaved fumitory	<i>Fumaria parviflora</i>	Oral	Animal-derived drugs	Butter		Topical
					Honey		Oral
					Milk		Topical

Table 4. Natural Paranoia Remedies Used in Medieval Persia

Origin of Drug	Common Name	Latin Name	Administration	Origin of Drug	Common Name	Latin Name	Administration
Plant-derived drugs	Absinth wormwood	<i>Artemisia absinthium</i>	Oral, topical	Plant-derived drugs	Myrtle	<i>Myrtus communis</i>	Topical
	Almond	<i>Amygdalus communis</i>	Nasal, topical, oral		Opium	<i>Papaver somniferum</i>	Topical
	Bishop's weed	<i>Trachyspermum copticum</i>	Topical		Plum	<i>Prunus domestica</i>	Oral
	Black myrobalan	<i>Terminalia chebula</i>	Oral		Pomegranate	<i>Punica granatum</i>	Oral
	Black nightshade	<i>Solanum nigrum</i>	Topical		Pumpkin	<i>Cucurbita pepo</i>	Nasal, topical
	Chamomile, German	<i>Matricaria chamomilla</i>	Topical		Purging cassia	<i>Cassia fistula</i>	Oral
	Christmas rose	<i>Helleborus niger</i>	Oral		Rose, red	<i>Rosa gallica</i>	Oral, topical
	Clary	<i>Salvia sclarea</i>	Oral		Scammony, bindweed	<i>Convolvulus scammonia</i>	Oral
	Clover dodder	<i>Cuscuta epithymum</i>	Oral		Sweet violet	<i>Viola odorata</i>	Nasal, topical
	Colocynth	<i>Citrullus colocynthis</i>	Oral		Turpeth	<i>Ipomoea turpethum</i>	Oral
	Common polypody	<i>Polypodium vulgare</i>	Oral		Water lily	<i>Nymphaea spp.</i>	Topical
	Fennel	<i>Foeniculum vulgare</i>	Oral		White willow	<i>Salix alba</i>	Topical
	Hyacinth bean	<i>Dolichos lablab</i>	Oral		Wild morning glory	<i>Convolvulus sepium</i>	Nasal
	Lavender, French	<i>Lavandula stoechas</i>	Oral		Beer		Oral
	Lettuce	<i>Lactuca sativa</i>	Topical		Burnt sugar		Oral
	Mandrake, European	<i>Mandragora officinarum</i>	Topical	Processed/fermented plant-derived drugs			
	Marshmallow	<i>Althaea officinalis</i>	Topical	Mineral-derived drugs	Calium verum		Oral
	Mastic	<i>Pistacia lentiscus</i>	Topical	Animal-derived drugs	Butter		Topical
					Milk		Topical

محتاطانه ی Christmas rose

(*Helleborus niger*) توصیه می شد.

باور بر این بود که صبر زرد (Aloe) در درمان مایخولیا همراه با توهم موثر است (۵،۷،۹).

بو علی سینا چنین بیان می دارد که باید از تجویز مدرها درمانیا پرهیز شود، سایر داروهای که برای مایا و داع الکلب به کار می رفتند عبارتند از: هلیله (*Terminalia chebula*)، انار (*Punica granatum*) و افستین.

چنین گزارش شده بود که استعمال موضعی یا خوراکی دانه ی خشخاش (*Papaver somniferum*)، گل نیلوفر (*Nymphaea spp.*) یا (water lily) و روغن های گرفته شده از کدوها

قرار داشت. داروهای دیگر که اغلب برای

درمان مایخولیا توصیه می شد شامل افستین

(*absinth warmwood*) یا

(*Artemisia absinthium*)، بسفایج

(*common polypody*) یا

(*Polyodidium vulgare*)، سنبل الطیب

(*Valerian*) یا (*valerian officinalis*)

و اسطوخدوس (*lavender*) یا

(*Lavandula stoechas*) بود.

گل گاو زبان (*borage*) یا

(*Echium amoenum*) و گل سرخ

(*rose* یا *Rosa gallica*) به علت

تأثیرات ضد اضطراب آنها تجویز

می شدند. در بیماری که درمان

آنها مشکل بود استعمال

مواد معدنی می باشد. راه مصرف مطلوب

برای تجویز بسیاری از مواد، خوراکی بود.

همچنین داروها از طریق پوست روی سر یا

از طریق بینی و یا از راه مقعد تجویز

می شدند. پزشکان ایرانی موجب ارایه و

تکمیل داروهای ضد جنون بسیاری با

شیوه های عملکرد متفاوت شدند.

داروهای متفاوت خاصی برای درمان هر

یک از اختلالات روانشناسی عمده شامل

مایخولیا (جدول ۲)، مایا و داع الکلب

(جدول ۳) و پارتو یا (جدول ۴) وجود

داشت (۵،۷،۹). در مورد مایخولیا، پزشکان

تجویزهای متفاوتی داشتند. افتمون

(*Cuscuta eptithymum* یا Clover dodder)

به عنوان یکی از موثرترین مواد مورد توجه



(oils from squashes) به علت داشتن اثر آرامبخش در پارانوایا بسیار سودمند بوده‌اند. همچنین گزارش شده بود که نوعی مریم گلی (*Salvia sclarea* یا clary) برای آرام کردن و درمان برخی بیماران مبتلا به پارانوایا موثر است. (۵،۷،۹)

نتیجه

این مقاله ارایه گسر رویکردهای بالینی پزشکان ایرانی دوره ی قرون وسطی در مواجهه با اختلالات روانی است. سودمندی برخی درمان های سنتی ایرانی از قبیل اثر ضد اضطراب گیاه گاوزبان^(۱۸)، اثرات ضد اضطراب و برطرف کننده ی تعارض گل سرخ و بادرنجویه (*Melissa officinalis*)^(۲۰،۲۱)

و ویژگی آرامبخش و تاثیر گذار بر رفتار افستین^(۲۲،۲۳)، اثرات آرامبخش و خواب آور سنبل الطیب^(۲۴)، فعالیت های تضعیف کننده ی سیستم عصبی مرکزی و فعالیت های آگونیستی گیرنده های بتا آدرنژیک مربوط به بسفایج^(۲۵) و اثرات ضد افسردگی میخک (*clove*) و دارچین (*cinnamon*)^(۲۶)، همچنین اثرات روان دارویی مختلف مربوط به افیمون به وسیله ی پزشکی نوین اثبات شده‌اند؛ گرچه باید اذعان داشت که هنوز بر روی اکثر درمان های طب سنتی آزمایشی صورت نگرفته است. علاوه بر این، در سال های اخیر موسیقی درمانی^(۲۸) و رنگ درمانی^(۳۰) به طور فزاینده ای در درمان اختلالات روانی به کار برده شده‌اند. شوک الکتریکی و القای

تشنج با استفاده از الکتریسیته (Electroconvulsive therapy) یک درمان موثر کوتاه مدت برای افسردگی و برخی دیگر از اختلالات روانی است.^(۳۱،۳۲) اطلاعات ذکر شده در این مقاله، داده های جامعی است از درمان های بالینی که بر اساس قرن ها تجربه در حوزه های اختلالات روانی فراهم شده و بدینگونه شاید بتواند برای انجام آزمایش های بیشتر در مورد منافع احتمالی روش های درمانی مذکور در اختلالات روانی کمک کننده باشد. همچنین داده های مطرح شده در این نوشتار، مروری بر دانسته های علوم روانشناسی در قرون وسطی را فراهم می سازد.



تفسیری بر این مقاله

این مقاله مروری ارزشمند بر شیوه های تشخیصی و درمانی بیماریهای روان پزشکی دارد که از سوی پزشکان ایرانی به کار می رفتند، همچنین چگونگی توصیف علایم اختلالات روانی توسط این پزشکان را در مقطعی از تاریخ نشان می دهد. در حالی که در اروپا به بیماران روانی بر حسب شیطان زدگی و تسخیر شدگی زده می شد و با زدن زنجیر بر دست و پایشان آنها را روانه ی فراموشخانه ها می کردند؛ در همان دوران در برخی از شهرهای ایران از جمله یزد، ما با بخشهای روان پزشکی در دل بیمارستانهای عمومی برخورد می کنیم که در آنها برای درمان بیماران از نغمه ها و گوشه های خاص موسیقی ایرانی بهره می بردند. اشاره به این مطلب که در آن سالها در این مرز و بوم پزشکی وجود داشتند که به افراد دردمند مبتلا به اختلالات روان پزشکی به عنوان افرادی بیمار می نگریستند و آنها را در کنار سایر بیماران در جایگاهی برابر قرار می دادند، نشان دهنده ی جایگاه ویژه ی روان شناسی و روان پزشکی در ایران قرون وسطی در مقایسه با اروپا است. اهمیت این مطلب نه در توصیف سبب شناسانه ی این پزشکان از بیماریهای روانی، که در توصیف و طبقه بندی علایم و نشانه های این بیماری ها و فرض کردن مبنایی جسمانی برای این اختلالات است. با گذشت بیش از هزار سال از آن دوران، علم روان پزشکی هنوز هم موفق به تقسیم بندی بیماریهای روان پزشکی بر مبنایی سبب شناسانه نشده است.

دکتر علی فیروز آبادی، دانشیار گروه روان پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

منابع

REFERENCES

1. Siraisi NG. The canon of Avicenna. In: Avicenna in Renaissance Italy: The Canon and Medical Teaching in Italian Universities After 1500. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1987:205-209
2. Osler W. Evolution of Modern Medicine: A Series of Lectures Delivered at Yale University on the Silliman Foundation in April 1913. Manchester, NH: Ayer Company Publishers; 1972
3. Elgood C. Avicenna and Rhazes. In: A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate From the Earliest Times to the Year 1932 AD. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1951:205-209
4. Najm-Abadi M. The History of Medicine in Iran After Islam. Tehran, Iran: Tehran University Press; 1975
5. Rāzi A. Ketab-al-Hawī. Tehran, Iran: Al-Hawi Pharma; 1990
6. Rāzi A. al-Tibb al-Ruhani. In: Arberry AJ, ed. The Spiritual Physick of Rhazes. London, England: John Murray; 1950:22-47
7. Avicenna A. Qanoon fel Teb. Tehran, Iran: Soroosh Press; 1988
8. Avicenna A. Ketab-al-Shafa. Tehran, Iran: Mattate majmae elmi tchekoslavaki; 1956
9. Jorjani E (1100 AD). Zhakhireh Kharazmshahi. Tehran, Iran: Iranian Cultural Organisation Press; 1975
10. Gorji A, Ghadiri MK. History of headache in medieval Persian medicine. Lancet Neurol 2002;1:510-515
11. Gorji A, Khaleghi Ghadiri M. History of epilepsy in Medieval Iranian medicine. Neurosci Biobehav Rev 2001;25:455-461
12. Gorji A. Pharmacological treatment of headache using traditional Persian medicine. Trends Pharmacol Sci 2003;24:331-334
13. Ghadiri MK, Gorji A. Natural remedies for impotence in medieval Persia. Int J Impot Res 2004;16:80-83
14. Muller M, Pape HC, Speckmann EJ, et al. Effect of eugenol on spreading depression and epileptiform discharges in rat neocortical and hippocampal tissues. Neuroscience 2006;140:743-751
15. Al-Ibri I. In: Tarikh mukhtasar ad-dual li Ibn al-Ibri. Beirut, Lebanon: Dar-al-mashrek; 1992:131
16. Avicenna A. Resaleh dar nabz. Tehran, Iran: Anjoman-e-asare melli; 1952
17. Darmesteter J. Avesta: vendidad: fargard 20: the origins of medicine. Available at: <http://www.avesta.org/vendidad/vd20sbe.htm>. Accessed March 10, 2006
18. Rabbani M, Sajjadi SE, Vaseghi G, et al. Anxiolytic effects of Echinium amoenum on the elevated plus-maze model of anxiety in mice. Fitoterapia 2004;75:457-464
19. de Almeida RN, Motta SC, de Brito Faturti C, et al. Anxiolytic-like effects of rose oil inhalation on the elevated plus-maze test in rats. Pharmacol Biochem Behav 2004;77:361-364
20. Kennedy DO, Little W, Haskell CF, et al. Anxiolytic effects of a combination of Melissa officinalis and Valeriana officinalis during laboratory induced stress. Phytother Res 2006;20:96-102
21. Kennedy DO, Wake G, Savelev S, et al. Modulation of mood and cognitive performance following acute administration of single doses of Melissa officinalis (lemon balm) with human CNS nicotinic and muscarinic receptor-binding properties. Neuropsychopharmacology 2003; 28:1871-1881
22. Amos S, Chindo BA, Abbah J, et al. Postsynaptic dopamine (D2)-mediated behavioural effects of high acute doses of artemisinin in rodents. Brain Res Bull 2003;62:255-260
23. Perazzo FF, Carvalho JC, Carvalho JE, et al. Central properties of the essential oil and the crude ethanol extract from aerial parts of Artemisia annua L. Pharmacol Res 2003;48:497-502
24. Krystal AD, Ressler I. The use of valerian in neuropsychiatry. CNS Spectr 2001;6:841-847
25. Mannan A, Khan RA, Asif M. Pharmacodynamic studies on Polypodium vulgare (Linn.). Indian J Exp Biol 1989;27:556-560
26. Irie Y, Itokazu N, Anjiki N, et al. Eugenol exhibits antidepressant-like activity in mice and induces expression of metallothionein-III in the hippocampus. Brain Res 2004;1011:243-246
27. Pal D, Panda C, Sinhababu S, et al. Evaluation of psychopharmacological effects of petroleum ether extract of Cuscuta reflexa Roxb stem in mice. Acta Pol Pharm 2003;60:481-486
28. Kemper KJ, Danhauer SC. Music as therapy. South Med J 2005;98: 282-288
29. De Sousa A. The role of music therapy in psychiatry. Altern Ther Health Med 2005;11:52-53
30. Barber CF. The use of music and colour theory as a behaviour modifier. Br J Nurs 1999;8:443-448
31. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2003;361:799-808
32. Taylor P, Fleming JJ. ECT for schizophrenia. Lancet 1980;1: 1380-1382

مروری بر ناتوانی جنسی مردان درمان های طبیعی برای ناتوانی جنسی مردان در ایران دوره ی قرون وسطی

Review of Impotence Natural remedies for impotence in medieval Persia

مترجمین: دکتر مجید نیروزی، نجمه خوشنود

International Journal of Impotence Research 2004 . 16

SHAHILAM SHAHABU, M.D., Ph.D.,
M Khaleghi Ghadiri and A Gorji

چکیده

مردان در سنین مختلف عمر خود به مسئله ی توانایی جنسی یا ناتوانی جنسی توجه زیادی دارند. اسناد متعددی وجود دارند که نشانگر رویکرد های بالینی در ایران دوره ی قرون وسطی در زمینه ی اختلالات نعوظ می باشند. همراه با فهرست طولیلی از دارو های طبیعی برای درمان اختلالات نعوظ، قوانین بهداشتی و تغذیه ای نیز وجود دارند. بسیاری از رویکرد های طبیبان آن زمان دقیق بوده و حتی امروزه هم مورد پذیرش هستند؛ به هر حال بیشتر آنها می توانند باز هم در طب رایج مورد استفاده قرار گیرند. مقاله ی حاضر مروری کلی بر دانش مربوط به اختلالات نعوظ در آن دوره دارد.

کلمات کلیدی: متون قرون وسطی، تاریخ ایران، اختلال نعوظ، طب سنتی

پزشکان ایرانی در قرون وسطی با سنت های پزشکی تمدن های مختلف قدیمی به خوبی آشنا بودند. پارسیان نه تنها تمامی اطلاعات پزشکی تا آن زمان را جمع آوری کردند، بلکه با مطالعات هوشمندانه بر اساس یافته های تجربی خود بر این دانش نیز افزودند^(۱).

این پزشکان سهم بزرگی را در دانش داروسازی به خود اختصاص دادند. آن ها دارو های گیاهی را از آفریقا گرفته تا چین طبقه بندی کرده و به روشی علمی مسود مطالعه قرار دادند^(۲). متون

پزشکی ایرانی قرون وسطی همچون "قانون در طب" (The Canon) ابن سینا (م ۹۸۰-۱۰۳۷)، کتاب "الحاوی" (Continents) رازی (م ۸۶۰-۹۴۰) و "ذخیره ی خوارزمشاهی" اسماعیل جرجانی (م ۱۱۳۶-۱۰۴۲) به پرخواننده ترین منابع پزشکی اروپا در قرون وسطی تبدیل شدند. در زمان رنسانس، ایران قرون وسطی تأثیری چشمگیر بر پزشکی آن دوران داشت به گونه ای که این تأثیر تا به امروز نیز محسوس است^{۱-۴}.

در سال های اخیر، بعضی مطالعات تجربی، با استفاده از روش های علمی



شکل ۱: درمانگران قرون وسطی در ایران برای باور بودند که رابطه‌ی جنسی، بیان و امتداد فیزیولوژیک عشق می‌باشد. رابطه‌ی جنسی بدون عشق، به عنوان یک عامل اختلال جنسی در نظر گرفته می‌شد. بسیاری از نقاشان و شاعران، این مضمون را در کارهایشان بیان کرده‌اند. "دختر انگشت در دهان، مردویاز" یکی از این آثار است که توسط حسین بهزاد نقاشی شده است. چاپ مجدد اثر با کسب اجازه از مجموعه‌ی فرهنگی سعدآباد، تهران، ایران صورت گرفته است.

نیلوفر آبی (*Nymphaea alba*) و گل محمدی (*Rosa damascena*) نیز به عنوان عامل ناتوانی جنسی مطرح شده بودند.^(۱۰) رازی تاکید ویژه‌ای بر تاثیر لباس و بستر در عملکرد نعوظ داشته و توضیح داده که چگونه این عوامل می‌توانند منجر به ED گردند. سوء تغذیه و ضعف نیز به عنوان دیگر علل ED ذکر گردیده بودند.^(۹) تئوری سلامت و خلُق بر پایه‌ی اخلاط، در قرون وسطی به صورت گسترده‌ای مورد پذیرش بود. در این تئوری، تمامی بیماری‌ها در نتیجه‌ی توزیع نامتوازن چهار خلط دم (خون، بلغم، صفرا و سودا) حادث می‌شوند. مزاج در اثر امتزاج نهایی این چهار خلط در بدن بوجود می‌آید. هم ابن سینا و هم اسماعیل جرجانی اشاره کرده‌اند که ناتوانی جنسی در اثر غلبه‌ی

رکتوم در ایجاد این حالت نقش داشته باشد.^(۱۱)، بیماری‌های قلب، کبد، کلیه، معده، شراین، طناب نخاعی و مغز نیز به عنوان عوامل ایجاد ED شناخته شده‌اند. طبیبان ایرانی ارتباط میان ED و عوامل روان شناختی همچون افسردگی و خشم را نیز به خوبی شناخته بودند.^(۱۰، ۱۱، ۱۳) هم بستری با زنی که نمی‌تواند میل جنسی همسر را برانگیزد نیز به عنوان یک علت احتمالی مطرح گردیده است. در کنار بیماری‌های مرتبط با ED، تعدادی از مداخلات پزشکی همچون هموروئید کتومی و داروهای چون کافور (*Cinnamomum camphora*)، تریاک (*Papaver somniferum*)، اسفرزه (*Plantago psyllium*)،

نوبین، درمان‌های طبیعی پارسی مربوط به دوره‌ی قرون وسطی را مورد آزمایش قرار داده‌اند. این تحقیقات، احتمال احیای دوباره‌ی درمان‌های سنتی را در اذهان برانگیخته است.^(۷-۵)

اختلال نعوظ (ED یا erectile dysfunction) نمایانگر یک مسئله‌ی شایع اجتماعی است؛ چرا که حدود ۲۰-۵۰ درصد از جمعیت کل مردان براساس پرسشنامه‌ی پستی از ED متوسط تا شدید رنج می‌برند.^(۸) سازمان ملل (United nations) شیوع جهانی ED در مردان سنین ۴۰-۷۰ سال را در سال ۱۹۹۵ در حدود ۱۵۲ میلیون نفر تخمین زده و چنین پیش بینی می‌کند که این رقم تا سال ۲۰۲۵ به بیش از دو برابر این تعداد، یعنی ۳۲۲ میلیون خواهد رسید.^(۹) علی‌رغم پیشرفت‌های سال‌های اخیر در زمینه‌ی درمان این عارضه، هنوز نیاز به داروهایی موثر در درمان ناتوانی جنسی وجود دارد. امید است که مرور رویکردهای درمانی پزشکان قرون وسطی در ایران، منجر به تحقیقات بیشتر در زمینه‌ی منافع بالینی این درمان‌ها برای ناتوانی جنسی گردد. اصطلاحات "قوه‌ی باه" و "قوه‌ی مجامعت" به صورت سنتی برای توصیف توانایی مرد در حصول نعوظ کافی برای نزدیکی (coitus) به کار رفته است.^(۱۰-۱۳) ED به عنوان ناتوانی ناقص یا کامل در رسیدن یا حفظ نعوظ برای ایجاد یک ارتباط جنسی ارضا کننده تعریف می‌شود.^(۹-۱۲)

طبیبان ایرانی قرون وسطی عوامل زیادی را به عنوان عوامل منفی در توانایی نعوظ شرح داده‌اند. آن‌ها ذکر کرده‌اند که ED ممکن است نتیجه‌ی یک بیماری اختصاصی آلت تناسلی، بیضه و کیسه‌های منی باشد و یا آنکه اختلال اندام‌های مجاور همچون

مزاج سرد یعنی مزاجی که ارتباط نزدیکی با خلط سودا دارد، حاصل می شود. منابع طبی ایرانی در دوره ی قرون وسطی درمان ED را از طریق مقابله با عوامل ایجاد کننده ی ناتوانی جنسی، غذا درمانی، و تجویز دارو عنوان کرده اند. به بیماران توصیه می شد که از هر عامل دارای تاثیر منفی در عملکرد جنسی اجتناب نمایند (مثل گرسنگی، پر خوری، نزدیکی کردن بلافاصله بعد از ناهار یا شام، نزدیکی در آب یا حمام، اضطراب، افسردگی، خوردن آب زیاد، نزدیکی در هنگام خستگی، نزدیکی با زن حائضه و نزدیکی با زن سالمند)^{۱۰-۱۱}.

چون اعتقاد بر این بود که داشتن نزدیکی لذت بخش در کسانی که اختلالات روان شناختی دارند غیر ممکن است، به همین علت به بیمارانی که از افسردگی و خشم رنج می بردند توصیه می شد "تا زمان رفع مشکل روان شناختی خود از برقراری فعالیت جنسی خودداری کنند". ورزش خفیف تا متوسط، خصوصا "سواری و شنا سودمند دانسته می شدند. ابن سینا چنین نوشته است: اگر مردی نمی تواند فعالیت جنسی داشته باشد، ابتدا باید این موضوع را فراموش کند، کتاب هایی با مضامین جنسی بخواند، به سخنان افراد مجرب گوش فرا دهد... در مورد داستان های تهیج کننده ی شهوت صحبت کرده و مقایست حیوانات را تماشا کند تا زمانی که شهوت او برانگیخته گشته و قوت جنسی او ظاهر گردد^(۱۰). از آنجا که طبیبان ایرانی قرون وسطی باور داشتند که تغذیه ی مناسب نقش ضروری در فعالیت جنسی بازی می کند، تاکید ویژه ای بر غذا و رژیم غذایی در درمان ED داشتند. طبیبان، بیماران را به پرهیز از غذاهای ترش و اسیدی،

زیره ی سیاه (*Carum carvi*)، عدس (*Lens culinaris*)، مرزنگوش (*Origanum majorana*) و اسفند (*Peganum narmala*) توصیه می کردند. غذاهای که گفته می شد در درمان ED موثر اند شامل بادام (*Amygdalus communis*)، نارگیل (*Cocos nucifera*)، پسته (*Pistacia vera*)، خرما (*Phoenix dactylifera*)، شلغم (*Brassica rapa*)، باقلا (*Faba vulgaris*)، لویا قرمز (*Phasacolus vulgaris*)، نخود (*Cicer arietinum*)، پیاز (*Allium Cepa*)، مصطکی (*Pistachia lenticus*)، عمل، ماهی، به خصوص ماهی خاویار، مارماهی، کوسه ماهی، سقنقور، خاویار، محصولات لبنی می شد.

دیگر غذاهایی که دارای خواص مقوی باه معرفی شده بودند شامل حلیم (غذایی از غلات و گوشت)، گوشت بزره، مغز پرندگان، گوشت کباب شده (بریان)، کله پاچه و آش بود. نوشیدنی های مناسب شامل آب میوه های رایج، آب چشمه های معادن آهن، آب هویج، آب شاهی، شیر شتر و عصاره ی انجیر بود. رازی اعتقاد داشت که مصرف فراوان شراب منجر به ED می شود^{۱۲}. شراب، به خصوص نوع کهنه ی آن توسط دیگر پزشکان نیز منع می شد و اگر هم کسی می خواست شراب بنوشد به نوشیدن تازه ی آن توصیه می شد^{۱۰،۱۱}.

طبیبان قرون وسطی در ایران داروهای بسیاری برای ED تجویز می کردند. آنها بر اهمیت دوز مصرفی و برنامه ی زمانی تجویز دارو تاکید داشتند. داروها از طریق دهان یا رکتال و یا از طریق پوست ناحیه ی لگن، ناحیه ی تناسلی و کمر مصرف می گردیدند. داروهای

فهرست شده در متون قرون وسطی در ایران، محصولات گیاهی و حیوانی را در بر می گرفت (جدول ۱). طبیبان مواد بسیاری که تصور می شد مقوی قوه ی باه هستند را ساخته و تکمیل کردند. باور بر این بود که بعضی از این داروها مانند انجیر خشک مخلوط با شلغم اثرات افزایش باروری را نیز دارا باشند. بر اساس بیماری های زمینه ای افراد برنامه ی درمانی دارویی شخص معین می گردید و داروهای مفرد یا مرکب متفاوتی به بیماران ED داده می شدند^{۱۱-۱۳}.

از میان گیاهان دارویی توصیه شده برای ED ابن سینا عقیده داشت که ریشه ی ثعلب (*Orchis maculata*)، سقر (*Pistacia terebenthis*) و خرما ی خیسانده شده در شیر گوسفند، زنجبیل (*Zingibar officinale*) به خصوص مربای آن و بذر شاهی (*Lepidium sativum*) عاقرقرا (*Anacyclus pyrethrum*) بسیار مفیدند^{۱۰}. علاوه بر این، اسماعیل جرجانی تجویز خوراکی مایه ی پنیر تهیه شده از شیر گاو یا شتر را یک درمان قوی می دانست. عقیده بر این بوده که کاربرد موضعی آنگوزه (*Freula assafoetida*) دسنگاه تناسلی را تحریک می کند و حسی ایجاد می گردد که منجر به نعوظ می گردد^{۱۱}. کاربرد مقعدی گیاه پنبه (*Gossypium herbaceum*) به عنوان یک درمان بسیار مفید توصیه می گردید. مخلوطی از شقاقل (*Malabaila secacul*) و زنجبیل نیز به عنوان درمانی موثر برای اختلال نعوظ بیان شده بود. باور بر این بود که اگر ED ناشی از بیماری های قلبی باشد تجویز آکاسیا (*Acacia farsensis*) مفید واقع می شود^{۱۰-۱۳}.

این مقاله مروری بر رویکرد های بالینی

Table 1 Natural impotence remedies in medieval Persian medicine

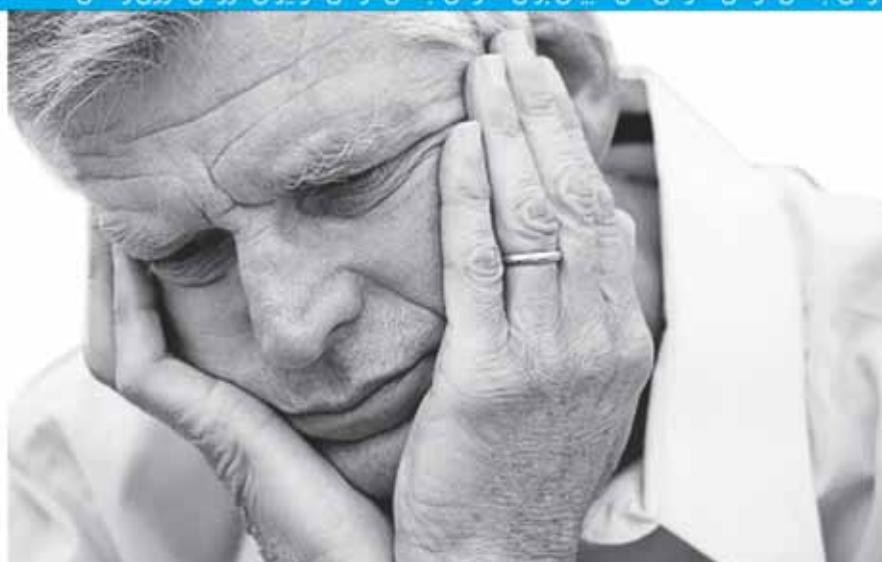
Origin of drug	Latin name	Common name	Administration
Plant-derived drug	<i>Acacia farnesiana</i>	Sweet acacia	Oral, topical
	<i>Acanthus mollis</i>	Branke ursine	Oral
	<i>Alpinia officinarum</i>	Galangal	Oral
	<i>Aframomum melegueta</i>	Melegueta pepper	Oral
	<i>Amygdalus communis</i>	Almond	Oral
	<i>Anacyclus Pyrethrum</i>	Pillitory of Spain	Oral, topical, rectal
	<i>Asparagus officinalis</i>	Sparrow grass	Oral, rectal
	<i>Boswellia carterii</i>	Incense	Oral
	<i>Brassica oleracea</i>	Cabbage	Oral
	<i>Cinnamomum zeylanicum</i>	Cinnamon	Oral
	<i>Citrullus colocynthis</i>	Colocynth	Oral
	<i>Cucumis melo</i>	Melon (seeds)	Oral
	<i>Curcuma longa</i>	Turmeric	Oral
	<i>Daucus carota</i>	Carrot (seeds)	Oral
	<i>Ferula Assa-foetida</i>	Stinking gum	Oral, topical
	<i>Fraxinus excelsior</i>	Common ash	Oral
	<i>Gossypium herbaceum</i>	Cotton plant	Rectal, topical
	<i>Iris florentina</i>	Iris	Topical
	<i>Lepidium sativum</i>	Garden cress	Oral
	<i>Linum usitatissimum</i>	Flax	Oral
	<i>Luffa aegyptiaca</i>	Egyptian towel ground	Oral
	<i>Matthiola incana</i>	Common stock	Oral
	<i>Medicago setiva</i>	Lucern	Oral
	<i>Menthapiperata</i>	Peppermint	Oral
	<i>Orchis maculatz</i>	Spotted-orchis	Oral
	<i>Pinus silvestris</i>	Pine	Oral
	<i>Pistacia Terebenthus</i>	Terebinth	Oral
	<i>Polypodium vulgare</i>	Polypody	Oral
	<i>Sesamum indicum</i>	Sesame	Oral
	<i>Syzygium aromaticum</i>	Clove	Oral
	<i>Trigonella Foenum-graecum</i>	Fenugreek	Oral
	<i>Urtica dioica</i>	Nettle (seeds)	Oral, topical
	<i>Vitis vinifera</i>	Grape vine	Oral
	<i>Zingiber officinale</i>	Ginger	Oral
Animal-derived drugs	Stag gall bladder		Topical
	Bull gall bladder		Topical
	Duck suet		Rectal
	Dried bull penis		Oral
	Cock testis		Oral
	He-goat testis		Oral
	rennet obtained from cow or cammel milk		Oral



نوشته های پارسیان در قرون وسطی، درمان های بالینی جامعی که حاصل قرن ها تجربه در موضوع ED است را در دسترس قرار می دهند که شاید آزمایش در مورد احتمال سودمندی این داروها مفید واقع گردد.

برای درمان ناتوانی جنسی دارد که توسط پزشکان ایرانی دوره ی قرون وسطی به کار می رفته است.

در سال های اخیر، تحقیقات در زمینه ی درمان های گیاهی به کار رفته در دوره ی قرون وسطی در حال افزایش است و این زمینه ی تحقیقاتی، نقطه ی توجه و علاقه ی شدید واقع گردیده است. سودمندی بعضی از درمان های سنتی پارسیان برای ED همچون خواص مقوی بیه زنجبیل^{۱۴،۱۵}، بادام^{۱۵}، قاقله ذکر (Aframomum melegueta)^{۱۶}، خردل (Brassica spp)^{۱۵}، و شاهی (Lepidium spp)^{۱۷،۱۸} به وسیله ی طب نوین اثبات گردیده است.

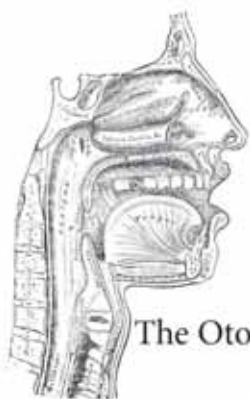


منابع

References

- 1 Elgood C. *A medical history of Persia and the eastern caliphate from the earliest times to the year 1932 A.D.* Cambridge University Press: London, England, 1951, pp 205-209.
- 2 Najm-Abadi M. *The History of Medicine in Iran after Islam.* Tehran University Press: Tehran, Iran, 1975, pp 425-476.
- 3 Siraisi NG. *Avicenna in Renaissance Italy: the Canon and Medical Teaching in Italian Universities After 1500.* Princeton University Press: Princeton, USA, 1987, pp 205-209.
- 4 Osler W. *Evolution of Modern Medicine: A Series of Lectures Delivered at Yale University on the Silliman Foundation in April, 1913.* Ayer Company Publishers, Incorporated Pub.: Manchester, USA, 1972, p 243.
- 5 Gorji A, Khaleghi Ghadiri M. History of headache in medieval Persian medicine. *Lancet Neurol* 2002; **1**: 510-515.
- 6 Gorji A, Khaleghi Ghadiri M. History of epilepsy in Medieval Iranian medicine. *Neurosci Biobehav Rev* 2001; **25**: 455-461.
- 7 Gorji A. Pharmacological treatment of headache using traditional Persian medicine. *Trends Pharmacol Sci* 2003; **24**: 351-354.
- 8 Kubin M, Wagner G, Fugl-Meyer AR. Epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2003; **15**: 63-71.
- 9 Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int* 1999; **84**: 50-56.
- 10 Avicenna A. *Qanoon dar Teb.* Soroosh Press: Tehran, Iran, 1988.
- 11 Jorjani E. *Zhakhireh Kharazmshahi.* Iranian Cultural Organization Press: Tehran, Iran, 1976.
- 12 Hossaini-Tabib MM. *Tohfe hakim moemen.* Mostafavi Press: Tehran and Qum, Iran, 1959.
- 13 Rāzi M. *Al-Hawī.* Encyclopedia Press of Ossamania: Dekan, India, 1955-1971.
- 14 Shelly TE, McInnis DO. Exposure to ginger root oil enhances mating success of irradiated, mass-reared males of Mediterranean fruit fly (Diptera: Tephritidae). *J Econ Entomol* 2001; **94**: 1413-1418.
- 15 Qureshi S, Shah AH, Tariq M, Ageel AM. Studies on herbal aphrodisiacs used in Arab system of medicine. *Am J Chin Med* 1989; **17**: 57-63.
- 16 Kamtchouing P *et al.* Effects of *Aframomum melegueta* and *Piper guineense* on sexual behaviour of male rats. *Behav Pharmacol* 2002; **13**: 243-247.
- 17 Gonzales GF *et al.* Effect of *Lepidium meyenii* (Maca), a root with aphrodisiac and fertility-enhancing properties, on serum reproductive hormone levels in adult healthy men. *J Endocrinol* 2003; **176**: 163-168.
- 18 Zheng BL *et al.* Effect of a lipidic extract from *Lepidium meyenii* on sexual behavior in mice and rats. *Urology* 2000; **55**: 598-602.





مفاهیم گوش، حلق، بینی از نگاه ابن سینا و رازی

The Otorhinolaryngologic Concepts as Viewed by Rhazes and Avicenna

مترجم: دکتر محمد هاشم هاشم پور

International Journal of Dermatology 2005; 44
Mohammad-Hossein Amini MD

چکیده

ایران سابقه ای دیرینه و میراثی گرانبها در پزشکی دارد. رازی و ابن سینا دو دانشمند و پزشک شهر ایرانی در دوره ی قرون وسطی می باشند. در اینجا مهم ترین نظرات ارایه شده ی این دو دانشمند در مورد مباحث گوش، حلق و بینی که براساس اطلاعات مربوط به دو کتاب اصلی پزشکی آن دوران یعنی الحاوی (Liber continens) و قانون در طب (Canon of medicine) می باشند؛ مورد بحث قرار می گیرند.

تکامل علم پزشکی پرداخته شده است. محمدابن زکریای رازی (شکل ۱) در ری، در حوالی تهران به دنیا آمد. اومشهورترین پزشک طب اسلامی بود که اولین شرح دقیق از آبله و سرخک را ارایه نمود. مولر خاورشناس آلمانی (A. Muller - م ۱۸۹۲-۱۸۴۸)، او را "خلاق ترین نابغه ی پزشکی قرون وسطی" خواند.^۴ رازی دانشمندی با آثار فراوان بود و بنا به گفته ی نصر، او ابتدا به تحصیل موسیقی پرداخت سپس در حدود سن ۳۰ سالگی به کیمیاگری روی آورد و تقریباً در سنین بالا به تحصیل و تجربه ی پزشکی پرداخت.^۲ نوآوری های بسیاری از جمله کشف الکحل، تهیه ی اسید سولفوریک و ساخت نخ جراحی از روده ی حیوانات به رازی نسبت داده شده است. رازی رییس بیمارستانی در زادگاهش، ری بود و بعداً ریاست بیمارستانی بزرگ در بغداد را بر عهده گرفت. آثار مکتوب او در موضوعات گوناگونی شامل پزشکی، فلسفه، الهیات، نجوم، کیمیا و ریاضیات بود. او معلمی سخت کوش و نویسنده ی بیش از ۱۰۰ کتاب پزشکی بود اما کار عظیم وی کتاب الحاوی در ۲۲ جلد می باشد که تالیف آن ۱۵ سال به طول انجامید.

"الحاوی در طب" (کتاب جامع پزشکی) بود که در اروپا تحت عنوان Liber continens شناخته می شود همچنین بزرگ ترین اثر بوعلی سینا کتاب "قانون در طب" بود که در غرب با عنوان Canon of Medicine شناخته می شود.^۲ این کتاب نزدیک به هفتصد سال برای اروپاییان به عنوان کتاب مرجع در پزشکی مطرح بود.^۳ علی رغم وجود مطالعات ارزشمندی که در تاریخ طب و نیز در موضوع "گوش، حلق، بینی" فراهم است کمتر به تاثیر عمیق متون برجسته ی پزشکی مربوط به دوره ی قرون وسطی بر

قرون نه تا چهارده پس از میلاد "عصر طلایی پزشکی" در ایران بود.^۱ در این دوران تاثیر گذارترین طبیبان رشد کردند. آنان میراث پزشکی کهن یونان، هند و ایران را گرد آوردند، به گونه ای قاعده مند به آن وسعت بخشیدند و اکتشافات بیشتری را بر آن افزودند. برجسته ترین پزشکان این دوره محمد بن زکریای رازی (م ۹۲۵-۸۶۵/ه.ق. ۳۱۳-۲۵۱) که Rhazes خوانده می شود، و ابو علی الحسین بن عبدالله مشهور به ابن سینا یا Avicenna (م ۱۰۳۷-۹۸۰/ه.ق. ۴۲۸-۳۷۰) بودند؛ کار مهم رازی در پزشکی کتاب



شکل ۱- سمت چپ: تصویری از رازی در حال معاینه ی یک کودک بیمار، ناپلسو رنگ روغن اثر نقاش مینیاتوریست معاصر ایرانی حسین بهزاد (۱۹۶۸-۱۸۹۴ م) که در سال ۱۹۶۴ برای یونیسف نقاشی شده است. (از زندگی و آثار نقاش مینیاتوریست ایرانی، حسین بهزاد: صفحه ی ۱۶۵ به وسیله ی م.ناصری پور، انتشارات سروش، تهران ۱۹۹۹). - شکل راست: نمبر منتشرشده در سال ۱۹۶۴ به مناسبت بزرگداشت هزار و صدمین سال تولد رازی

استفاده کرد ۸-۱۰

او محلول های غرغره ی متنوعی را برای کاهش گلو درد توصیه نمود^{۷،۹،۱۰}.

درازی روش شکاف تراشه (تراکتوستومی) را که به روش مورد استفاده ی امروزی بسیار شبیه است، توصیف کرد. او تراکتوستومی را برای نجات جان بیمارانی که دچار انسداد راه هوایی فوقانی گشته بودند، پیشنهاد نمود.^{۱۰} او برخی از جراحی های بازسازی (Reconstructive) صورت، لب، بینی و گوش را در الحاوی شرح داد. وی چنین اشاره کرده است: "این جراحی ها باید به صورتی انجام شوند که موجب بازگرداندن ظاهر طبیعی عضو شوند."^{۱۰}

درازی اعصاب را به حسی و حرکتی تقسیم بندی کرد، هفت عصب مغزی را توصیف نمود و به اعصاب مغزی ترتیبی عددی را اختصاص داد.^{۱۱}

وی نسخه های متنوعی مشتمل بر قرص ها و داروهای با مصرف موضعی، شایف ها و شراب ها را برای بیماری های دردناک ارایه نمود.^{۱۲}

مننژیت مبتلا گشته و در انتها فوت شده بود را بیان می کند. او گزارش می کند "من بیمار را در سومین روز بیماری اش در شرایطی بسیار وخیم ملاقات کردم. بیمار از سردرد شدید، ترس از نور و قرمزی چشم شکایت می کرد"^۶.

وی علایم رینت آلرژیک از جمله انسداد بینی، آبریزش بینی، عطسه و خارش بینی را توصیف کرد. وی همچنین ارتباط بین مواجهه با مواد حساسیت زا (مانند بویدن یک گل سرخ) و ایجاد علایم مربوط به بینی را می دانست. رازی اشاره می کند "آلرژی بینی ممکن است فصلی باشد و در بهار تشدید شود"^{۹-۱۰}.

درازی خارج کردن جسمی خارجی (زالی بلعیده شده) از حلق، به کمک وسیله ای مخصوص را گزارش کرده است.

او جهت کنترل خونریزی بینی، اعمال فشار بر روی بال های بینی (nasal alae) همچنین وارد کردن توپ های کثانی به حفره های بینی را پیشنهاد کرده است^{۸،۹،۱۰}. درازی برای سرکوب سرفه ی بیمار از عصاره ی نار کویک در دوز مناسب

در حقیقت این کتاب یک دایره المعارف پزشکی به زبان عربی بود که تا قرن هفدهم در مراکز دانشگاهی اروپا به عنوان یک کتاب مرجع کلاسیک مورد توجه قرار داشت. الحاوی در سال ۱۲۹۷ م به لاتین ترجمه شد^(۵-۷).

مباحث مربوط به گوش، حلق و بینی در الحاوی

در الحاوی، جنبه های متنوعی از بیماری ها از جمله اختلالات گوش، حلق و بینی به صورت جامع بحث می شود (شکل ۲). همچنین در این کتاب، ۳۳ گزارش موردی بالینی از بیمارانی که به رازی مراجعه نموده اند آورده شده است.^۶ برخی از دیدگاه های رازی در مباحث مربوط به گوش، حلق و بینی در زیر آورده شده اند:

مشاهدات بالینی رازی بسیار دقیق بودند. به طور نمونه، یک مورد پیچیده و مزمن عفونت گوش میانی، سومین گزارش بالینی در الحاوی می باشد. رازی شرحی از نشانه ها و علایم یک بیمار که دچار ترشح عود کننده و مزمن از گوش بود و در پی آن به فلج عصب صورت و

بیش از یک قرن پس از رازی، کسی که پادشاه پزشکان نامیده می شود یعنی ابن سینا یا Avicenna (شکل ۳) در افشانه در حوالی بخارا (واقع در آسیای میانه ی کنونی) متولد شد. در آن زمان بخارا بخشی از قلمرو ایران بود. وی بیشتر عمرش را در شهرهای مختلف ایران گذراند. ابن سینا یک پزشک و فیلسوف بزرگ بود و بیش از ۳۳۵ عنوان کتاب در موضوعات مختلف نوشت. کتاب اصلی پزشکی او که به زبان عربی نوشته شده، "قانون در طب" یا "canon of medicine" نامیده می شد.^{۱۳}

ویلیام اوسلر (۱۸۴۹-۱۹۱۹) پروفیسور شناخته شده در پزشکی، قانون در طب را به عنوان "مشهورترین مرجع پزشکی که تا کنون نوشته شده است" توصیف می کند.^{۱۳}

قانون ابتدا توسط Gerard of Cermona از ایتالیای شمالی (حوالی ۱۱۵۰ پس از میلاد) ترجمه گشت.^{۱۴} وقتی دستگاه چاپ در ۱۴۵۵ اختراع شد، ترجمه ی لاتین آن یکی از اولین کتاب های پزشکی بود که در سال ۱۴۷۳ چاپ شد.^۳

در پی آن نسخه ی لاتین ۳۶ بار در قرن های پانزده و شانزده تجدید چاپ شد. قانون در طب اثر پزشکی مفصلی با بیش از یک میلیون واژه است. قانون از پنج کتاب تشکیل شده است:

— کتاب نخست (کلیات، Universalialia) که اصول پایه ی پزشکی عمومی را ارائه می دهد.

— کتاب دوم (مفردات، Matrica Medica) که با داروهای ساده سروکار دارد.

— کتاب سوم به بیماری هایی که در بخش های خاصی از بدن اتفاق می افتد اختصاص دارد.

— کتاب چهارم موضوعات پزشکی عمومی مانند راش های پوستی، جراحات، شکستگی ها، در رفتگی ها،

زخم ها و تب ها را دربر می گیرد.

— کتاب پنجم که با داروهای ترکیبی (قربادین Pharmacopoeia) سرو کار دارد.^{۱۳}

اختلالات گوش، حلق و بینی در "قانون در طب" ابن سینا

در کتاب سوم قانون، ابن سینا بخش ویژه ای را به گوش اختصاص داده است. وی به صورت سازمان یافته در این موارد بحث می کند: آناتومی گوش (فصل ۱)، بهداشت گوش (فصل ۲)، اختلالات گوش شامل علایم، نشانه ها و درمان آنها (فصل ۳)، گوش درد (فصل ۴)، وزوز گوش (فصل ۵)، عفونت و زخم گوش (فصل ۶)، خونریزی از گوش (فصل ۷)، واکس گوش (فصل ۸)، پری گوش (فصل ۹)، ضربه به گوش (فصل ۱۰)، عفونت گوش خارجی (فصل ۱۱)، حشرات در مجرای گوش و خارج کردن آنها (فصل ۱۳)، التهاب گوش (فصل ۱۴) و نهایتا اثر مضر صداهای بلند بر گوش (فصل ۱۵). ابن سینا اشاره می کند لاله ی گوش که صفحه ای پیچ و تاب دار بوده و مجرای گوش که دارای انحنای مسی باشد برای جمع آوری صداها طراحی شده اند. او به استخوانی اشاره می کند که همانند سنگ سخت است (استخوانی که هم اکنون پتروس نامیده می شود). وی همچنین به عصب شنوایی و نیز عصب همراه آن، عصب صورتی اشاره می کند. بنابر نظر ابن سینا کاهش شنوایی می تواند به نوع های مادرزادی و اکتسابی تقسیم شود. کاهش شنوایی مادرزادی ممکن است کامل، شدید یا متوسط باشد. وی کاربرد روغن بادام تلخ در مجرای گوش را برای نرم کردن جرم گوش و تسهیل خروج آن پیشنهاد می کند. وی به پزشکان جوان توصیه می کند که دمای قطره های گوش جهت استفاده در مجرای گوش باید متوسط بوده، نه سرد و نه داغ باشد. او

علت های درد گوش را شرح می دهد و برای هر وضعیت دارو تجویز می کند.^{۱۴}

کتاب سوم همچنین در بر گیرنده ی بخش مجزایی در مورد بینی می باشد که شامل آناتومی بینی (فصل ۱)، استعمال دارو در بینی (فصل ۲)، اختلال بسویایی (فصل ۳)، خونریزی بینی و کنترل آن (فصل ۴)، آبریزش بینی و آنفولانزا (فصل ۵) و سایر اختلالات بینی مانند عفونت، زخم، انسداد، شکستگی استخوان، پلیپ و توده های بینی، خشکی مخاط، خارش، خروپف و عطسه است. در موضوع آناتومی بینی، وی بخش های استخوانی و غضروفی را به تفصیل توصیف می کند. به طور مثال وی حتی به مجرای اشکی اشاره می کند. ابن سینا علت های خونریزی بینی را شرح داده و اشاره می کند که خونریزی ممکن است در اثر پارگی شبکه ای از رگ ها در بینی باشد. وی به داروهای موضعی مختلف و پک کردن بینی برای کنترل خونریزی بینی اشاره می کند. او توده های خوش خیم (مانند پلیپ) و تومورهای بد خیم بینی را نام می برد و اشاره می کند که بد شکل شدن بینی ممکن است در توده های بد خیم مشاهده شود. ابن سینا همچنین رابطه ی خارش بینی و حساسیت را مورد بحث قرار می دهد.^{۱۴}

به علاوه، آناتومی حلق و اختلالات آن در کتاب سوم پوشش داده شده اند. ابن سینا در اولین مقاله ی این بخش، ساختارهای آناتومیکی مانند زبان کوچک و لوزه ها را شرح داده سپس به شرح اجسام خارجی همانند تکه های استخوانی (فصل ۲)، زالوی بلعیده شده (فصل ۳)، التهاب حلق (فصل های ۴ و ۵)، و درمان آنها (فصل ۶) می پردازد. فصل ۷ به التهاب لوزه ها و زبان کوچک اختصاص دارد. در بخش های دیگری از کتاب سوم آناتومی دهان، اختلالات زبان، از دست دادن چشایی، چسبندگی زبان، بزرگی زبان (ماکرو گلوژی)، لرزش های جزئی

[illegible]

شکل ۲- بخش ۳ کتاب الحاوی در مورد اختلالات گوش، حلق، بینی



شکل ۳- ابن سینا یا Avicenna، نقاشی رنگ روغن اثر ابوالحسن خان صدیقی (تولد ۱۸۹۵م) اصل تابلو در موزه ملی علوم پزشکی در تهران، ایران موجود است.

فاسیکولاسیون) زبان، التهاب زبان، اختلالات تکلم، رانولا® (ranula) احساس سوزش در زبان، زبان چاک خورده (fissured tongue)، زخم های دهانی، بوی بد دهان و خورتیزی دهانی و درمان های آنها بحث می شوند. ابن سینا توضیح می دهد که قطع زبان کوچک، ممکن است کیفیت صدا را تحت تاثیر قرار دهد. وی در مورد اجسام خارجی مختلف در حلق مانند تکه های استخوان، زالوی بلعیده شده و نیز به مراحل خارج کردن آنها با کمک و سیله ای خاص توضیح می دهد. ابن سینا به صورتی بسیار دقیق روشی را برای برداشتن لوزه شرح می دهد و به خطر خونریزی پس از عمل اشاره می کند. وی به منظور جلوگیری از آسپیراسیون پس از عمل جراحی برای بیمار، وضعیت خوابیده روی شکم (prone) را پیشنهاد می دهد.

این سینا چسبندگی زبان (کوتاهی مهار زبان یا ankyloglossia) را به عنوان کوتاهی مهار یا بند کوچکی زیر زبان، که آن را به کف دهان متصل می کند، می شناخت. وی پیشنهاد می دهد هنگامی که بند زبانی به صورت غیر طبیعی کوتاه بوده یا محکم کشیده شده و حرکت زبان را محدود کرده باشد طی یک عمل جراحی بریده شود. نیز جراح باید مراقب باشد تا از آسیب زدن به رگ های زیر زبان خودداری کند. وی همچنین علت های احتمالی اختلالات تکلم مانند آسیب مغز، اختلالات خلق و مشکلات زبان را شرح می دهد. ابن سینا دریافته های بالینی، را نولا را به عنوان توده ای بر آمده همانند قورباغه ای زیر زبان توصیف می کند (rana در لاتین به معنای قورباغه است). زخم های بد خیم حفره ی دهانی و تهاجم احتمالی آنها به سایر ساختمان های کناری نیز مورد بحث واقع شده است.^{۱۴}

پاکسازی ترشحات راههای هوایی فوقانی را جهت درمان استریدور (تنفس صدادار) و دیسترس تنفسی مطرح می کند^{۱۵}. او بیماری حرکت یا بیماری دریا را مورد بحث قرار می دهد. وی اشاره می کند: "این حالت معمولاً در مسافرت با کشتی روی می دهد و علائم آن عبارتند از: تهوع، استفراغ و سبکی سر (dizziness) که پس از اولین یا دومین روز مسافرت کاهش می یابد." وی در رابطه با بیماری های

گوش، حلق و بینی اطفال، مانند عفونت گوش، التهاب حلق و ضایعات دهانی مانند زخم آفت نیز نوشته است. ابن سینا در سال ۴۲۸ ه.ق (۱۰۳۷م) در سن ۵۷ سالگی در گذشت و در همدان ایران دفن شد.

منابع

References

- 1 Ebrahimnejad H. *Medicine, Public Health, and Qajar State, Patterns of Medical Modernization in Nineteenth Century, Iran*. Leiden-Boston: Brill Publication; 2004: 5.
- 2 Nasr SH. *Science and Civilization in Iran*. 2nd ed. Cambridge, UK: The Islamic Texts Society; 1987: 46, 196 – 206.
- 3 Sebastian A. *Dates in Medicine, A Chronological Record of Medical Progress over Three Millennia*. New York, London: The Parthenon Publishing Group; 2000: 5.
- 4 Ullmann M. *Islamic Medicine*. UK: Edinburgh University Press, 1997: 43 – 44.
- 5 Najmabadi M. *The al-Hawi of Razi*. *Journal of the Iranian Society of the History of Science and Medicine*. 1962; **1**: 48 – 61.
- 6 Najmabadi M. *History of Medicine in Iran after Islam*. 3rd ed. Tehran: Tehran University Press; 2000: 324 – 442.
- 7 Salim-Khan M. *Islamic Medicine*. London, England: Rutledge and Kegan Paul; 1986: 19.
- 8 Nasr ST. *Iran's Immortality*. Tehran: Kayhan Press; 1971: 280 – 281.
- 9 Azizi MH. The ENT implications in the Razi's medical work. *Bulletin of the Iranian Society of the Ear, Nose, Throat & Head and Neck Surgery*. 2004; **11**: 13.
- 10 Mohaghegh M. *Collected Texts and Articles on the History of Medicine and Medical Ethics in Islam and Iran*. Tehran: Soroush Press; 1995: 365 – 366, 352 – 354.
- 11 Souayah N, Greenstein JT. Insights into neurologic localization by Rhazes, a medieval Islamic physician. *Neurology*. 2005; **65**: 125 – 128.
- 12 Haeger K. *The Illustrated History of Surgery*. Gothenburg, Sweden: Nrodbok; 2001: 184, AB.
- 13 Azizi MH. Ibn-Sina, the greatest oriental physician. *Med J Iranian Hospital*. 2000; **3**: 70 – 71.
- 14 Avicenna. *The Canon of Medicine*. Book 3, Part 1, Translated into Persian by A. Sharafkandi (Hajar), 4th ed. Tehran: Soroush Press; 1997: 274 – 2 4, 296 – 320.
- 15 Aziz E, Nathan B, McKeever J. Anesthetic and analgesic practice in Avicenna's Canon of Medicine. *Am J Chin Med*. 2000; **28**: 147 – 151.
- 16 Avicenna. *The Canon of Medicine*. Book 1. Translated into Persian by A. Sharafkandi (Hajar). 3rd ed. Tehran: Soroush Press; 1985: 434.
- 17 Shulman ST. History of pediatric infectious diseases. *Pediatr Res*. 2004; **55**: 163 – 176.