

بررسی مباحث تشریحی فتق‌های جداره قدامی شکم از دیدگاه ابن سینا و مقایسه آن با منابع پزشکی نوین

رضا ماستری فراهانی

چکیده

زمینه: در کلیه دانشکده‌های پزشکی جهان، مبحث فتق‌های شکمی یکی از مهم‌ترین بخش‌های کتابهای کالبد شناسی و جراحی است، زیرا هر ساله چند صد هزار نفر در معرض این نوع جراحی قرار می‌گیرند و جراحی فتق‌های جدار قدامی شکم جزو عمل‌های روتین بیمارستانهای عمومی محسوب می‌شود، معالجه کامل این بیماران وابسته به شناخت کامل مبانی تشریحی و مهارت‌های جراحی است. ابن سینا در کتاب مشهور قانون، در این زمینه مباحث گسترده‌ای را به رشته تحریر در آورده است، لذا هدف اصلی این مقاله بررسی دیدگاه ابن سینا در موضوع فتق‌های جدار قدامی شکم و مقایسه آن با منابع پزشکی جدید است.

روش و ابزار: طی یک بررسی کتابخانه‌ای مطالب مربوط به مبحث فتق‌های ناحیه جدار قدامی شکم از نسخه‌های عربی معتبر کتاب قانون و نسخه‌های الکترونیک موجود در سایت اینترنتی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت را انتخاب نموده و مبانی کالبد شناسی، جراحی، آسیب شناسی، نشانه‌شناسی مندرج در این منابع را با منابع پزشکی عصر جدید، مقایسه و مورد بحث قرار داده‌ایم.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در کتاب قانون اصول تشریحی، جراحی، آسیب شناسی، نشانه شناسی، داروشناسی فتق، به صورت موشکافانه مورد بررسی قرار گرفته و در آن کتاب، لایه‌های پوشاننده شکم، عضلات شکم، صفاق جداري و احشائي و رابطه صفاق با غلاف پوششی کیسه بیضه، چادر بزرگ، مجرای مغبنی و سوراخ عمقی آن، انواع فتق نافی و مغبنی، آب آوردن کیسه بیضه، تشخیص افتراقی انواع فتق و روشهای درمانی آنها مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری: مقایسه یافته‌های حاصل از این مطالعه با نتایج پژوهش‌های عصر حاضر نشان می‌دهد که ابن سینا در مورد فتق‌های جدار قدامی شکم، همانند کالبد شناسان و جراحان عصر حاضر به اصول و مبانی تشریحی فتق مانند: پوشش شکم، عضلات و صفاق و غشاهای پرده‌های (فاسیاهای) جدار قدامی شکم توجه کامل داشته و در کتاب قانون برای اولین بار به سوراخ‌های عمقی مجرای مغبنی اشاره نموده و آنرا ثقبان ضیقان (دو سوراخ تنگ) نامیده است و در مورد ارتباط چادر بزرگ با فتق نافی، و انواع فتق‌های مغبنی، فتق نافی و فتق کیسه بیضه و رابطه آب آوردن کیسه بیضه‌ها با غلاف پوششی آن‌ها و نیز رابطه پوشش غلافی با صفاق شکمی، آن‌چنان بحث نموده است که حتی بعد از گذشت بیش از یک هزار سال، اصول تشریحی و جراحی آن با منابع معتبر پزشکی عصر حاضر انطباق دارد.

واژگان کلیدی

تشریح؛ جراحی؛ فتق؛ کتاب قانون در طب؛ ابن سینا؛ طب سنتی.

بررسی مباحث تشریحی فتق‌های جداره قدامی شکم از دیدگاه ابن سینا و

مقایسه آن با منابع پزشکی نوین

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸م. اعلام نمود که هشتاد کشور آسیایی و آفریقایی از طب سنتی برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه استفاده می‌کنند و بیش از ۷۰٪ مردم کشورهای توسعه یافته این روش درمانی را بکار می‌برند. هزینه‌های پرداخته شده در سال ۲۰۰۳-۴م. در اروپای غربی حدود پنج میلیارد دلار بوده است (۱)، طبق گزارش مرکز طب جانشین و مکمل آمریکا، مردم آن کشور سالیانه حدود ۳۴ میلیارد دلار در زمینه طب سنتی، هزینه می‌کنند. همچنین آمار نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۷م. حدود ۳۸ درصد مردم آن کشور از این روش درمانی استفاده کرده‌اند (۲). برابر گزارش اتحادیه پزشکی آمریکا حدود ۶۴ درصد از دانشکده‌های پزشکی آن کشور دروس انتخابی طب مکمل را به دانشجویان خود ارائه می‌دهند (۳). با توجه به تجارب تاریخی کشور ایران در زمینه طب سنتی و نقش بزرگانی همچون رازی، اهواری، ابن سینا و جرجانی، جای تعجب نیست که در اکثر کتابخانه‌های معتبر پزشکی جهان آثار این بزرگان در دسترس دانشجویان قرار داده می‌شود، بطوریکه کتابخانه ملی پزشکی آمریکا مجموعه نفیسی از نسخ خطی از دانشمندان مذکور را فراهم کرده است که چشم هر بازدیدکننده‌ای را خیره می‌کند (۴) و خود حاکی از رویکرد پزشکان و محققان دیگر کشورها به مبانی اصیل طب سنتی ایران است، این توجه تا بدان حد است که در سال ۱۹۷۴م. نسخه قدیمی ترجمه انگلیسی بخشی از کتاب قانون در کشور آمریکا مجدداً چاپ و منتشر شده است (۵). لذا با توجه به شیوع بیماری فتق و وجود انواع مکاتب جراحی و نگرش‌های مختلف درمانی به این بیماری و وجود مباحث مفصلی در

کتاب قانون و نقش اساسی این کتاب در طب سنتی و شکل‌گیری طب نوین جهان، هدف این مقاله مقایسه مبانی تشریحی فتق از کتاب قانون این سینا با منابع نوین پزشکی می‌باشد.

بررسی تاریخ طب نشان می‌دهد که بیماری فتق از دوران باستان، همراه بشر بوده و بسیاری از افراد جامعه بدان مبتلا بوده‌اند. به طوری که معاینه جسد مومیایی رامسس پنجم که بیش از سه هزار سال پیش می‌زیسته است، نشان داده است که وی به فتق مغبنی مبتلا بوده است (۶). اما امروزه میزان شیوع و بروز آن رو به افزایش است، زیرا آمار نشان می‌دهد که تعداد بیمارانی که در سال ۱۹۸۹م. در کشور آمریکا تحت عمل فتق قرار گرفته‌اند بیش از نیم میلیون نفر بوده (۷) اما در سال ۲۰۰۵م. به بیش از هفتصد هزار نفر بالغ گردیده است (۸)، به همین دلیل در چند دهه اخیر برای درمان این بیماری روشهای جراحی مختلفی ابداع شده است (۹) و همه ساله گنگره‌ها و سمینارهای مرتبط با این بیماری برگزار می‌شود و مقالات متعددی در این خصوص، منتشر می‌گردد و حتی مجله‌ای بین‌المللی به نام فتق (HERNI) برای پژوهش‌های فتق‌شناسی اختصاص یافته است، اما هنوز یک روش جامع و عمومی که مورد قبول همه جراحان باشد وجود ندارد (۱۰). و به دلایل مختلف سالیانه حدود صد هزار مورد از فتق‌های عمل شده در کشور آمریکا عود می‌نماید (۷) به همین دلیل دانشمندان مکاتب مختلف جراحی تلاش می‌کنند و امیدوارند تا در آینده نزدیک به تعریف حداقل استانداردهای مورد قبول جامعه جهانی دست یابند (۱۱). اگرچه به علت پیچیدگی‌ها و ظرافت‌های حیرت‌انگیز ساختار ناحیه مغبنی شناخت و درک عمیق کالبد شناسی آن برای جراحان نیز معضل بزرگی به حساب می‌آید (۱۲). با این وجود مهم‌ترین مینا برای

دستیابی به ایجاد روش استاندارد برای جراحی فتق، گسترش پژوهش‌های کالبد شناسی می‌باشد، به همین دلیل با وجود دیدگاه‌های متفاوتی که بین مکاتب مختلف جراحی وجود دارد، توصیه جراح و کالبد شناس مشهور، استلی کوپر مورد قبول عموم جراحان است که گفته است: در قلمرو جراحی، نتیجه هیچ عمل دیگری مانند عمل فتق وابسته به درک عمیق دانش کالبد شناسی و ترکیب آن با مهارت جراحی نیست (۱۳).

روش و ابزار

بررسی حاضر از نوع توصیفی و گذشته نگر بوده و در طی آن مباحث مربوط به فتق‌های شکمی از کتاب قانون ابن سینا با مباحث مشابه از جدیدترین کتابهای پزشکی عصر حاضر مورد مقابله و مقایسه قرار گرفته است، نتایج بخش یکم این مقاله از نسخه عربی قانون چاپ سنگی سال ۱۵۹۳م، مربوط به کتابخانه دانشگاه آمریکایی بیروت (۱۴)، و برخی از نسخه‌های عربی دیگر استخراج شده است. علت استفاده از نسخه‌های عربی علاوه بر قدمت و صحت، رجوع به اصل متن عربی می‌باشد؛ زیرا مشاهده می‌شود که ابن سینا در توضیح ارتباط صفاق با مجرای مغبنی (Inguinal canal) و توصیف سوراخ عمقی آن مجرا (که برای اولین بار در تاریخ علم تشریح و جراحی توسط این عالم کبیر انجام شده است) اصطلاح «ثقبان ضیقان» را که به معنی دو سوراخ تنگ است بکار برده است (صفحه ۵۶۱ نسخه عربی تهران، صفحه ۵۹۷ نسخه عربی بیروت و صفحه ۱۲۸۸ نسخه عربی نوین «۱۵» ولی در ترجمه فارسی قانون، آن (ثعبان ضیقان) خوانده شده و به سوراخ‌های مار و مار مولک ترجمه شده است. ضمناً نتایج بخش دوم، برگرفته از منابع جدید پزشکی است و در موارد لزوم، نکات توضیحی در داخل کمانک‌ها {} آورده شده است.

نتایج حاصل از کتاب قانون

فصل دوازدهم در تشریح ماهیچه‌های شکم: اما شکم هشت عضله دارد {چهار عضله در سمت راست و چهار عضله در سمت چپ} که اشتراک منافع آنها در فشار بر احشای شکم در هنگام دفع مدفوع و ادرار و خروج جنین از رحم و کمک به حجاب حاجز و انقباض آن و حفظ گرمای معده و روده‌ها است، از این هشت عضله یک جفت بطور صاف و مستقیم {در طرفین خط وسط دیواره پیشین شکم قرار دارند} و از نزدیک غضروف خنجری پایین رفته و رشته‌های آن بطور عمودی تا عانه (شرمگاه) امتداد دارد و بین دو عضله فاصله کمی وجود دارد {بنام خط سفید}، گوهر {بافت} این دو عضله از ابتدا تا انتها گوشتی است {عضله مستقیم شکم}، دو عضله دیگر شکم {یک عضله در هر طرف} با آن دو عضله طولی، بطور عرضی تقاطع می‌کند، این دو عضله از غشای پوشاننده {سطح درونی} شکم {پرده عرضی شکم} منشأ می‌گیرند (ابن سینا در کتاب خود این پرده را به عربی غشاء ممدود علی البطن نامیده است که ترجمه پارسی آن پرده گسترده بر شکم است)، این عضلات در زیر عضلات طولی قرار داشته و رشته‌های آنها نسبت به آن {عضله مستقیم} طوری امتداد دارند که با یکدیگر زاویه قائمه ایجاد می‌کنند {عضله عرضی} و رشته‌های دو جفت عضله دیگر به طور مایل قرار گرفته‌اند {مایل درونی و بیرونی} از این دو جفت یک جفت در سمت راست و یک جفت در سمت چپ قرار دارند و {رشته‌های} هر جفت مانند دو محور صلیب با یکدیگر تقاطع می‌کنند {بدین ترتیب که در هر طرف شکم} رشته‌های یکی از آن دو عضله از دنده‌های نزدیک پهلوها به طرف ناحیه شرمگاهی امتداد دارد و رشته‌های عضله دیگر از ناحیه خاصره به طرف ناحیه خنجری کشیده می‌شود، رشته‌های هر یک از دو جفت عضله سمت راست و چپ

فصل دوازدهم در تشریح ماهیچه‌های شکم: اما شکم هشت عضله دارد {چهار عضله در سمت راست و چهار عضله در سمت چپ} که اشتراک منافع آنها در فشار بر احشای شکم در هنگام دفع مدفوع و ادرار و خروج جنین از رحم و کمک به حجاب حاجز و انقباض آن و حفظ گرمای معده و روده‌ها است، از این هشت عضله یک جفت بطور صاف و مستقیم {در طرفین خط وسط دیواره پیشین شکم قرار دارند} و از نزدیک غضروف خنجری پایین رفته و رشته‌های آن بطور عمودی تا عانه (شرمگاه) امتداد دارد و بین دو عضله فاصله کمی وجود دارد {بنام خط سفید}، گوهر {بافت} این دو عضله از ابتدا تا انتها گوشتی است {عضله مستقیم شکم}، دو عضله دیگر شکم {یک عضله در هر طرف} با آن دو عضله طولی، بطور عرضی تقاطع می‌کند، این دو عضله از غشای پوشاننده {سطح درونی} شکم {پرده عرضی شکم} منشأ می‌گیرند (ابن سینا در کتاب خود این پرده را به عربی غشاء ممدود علی البطن نامیده است که ترجمه پارسی آن پرده گسترده بر شکم است)، این عضلات در زیر عضلات طولی قرار داشته و رشته‌های آنها نسبت به آن {عضله مستقیم} طوری امتداد دارند که با یکدیگر زاویه قائمه ایجاد می‌کنند {عضله عرضی} و رشته‌های دو جفت عضله دیگر به طور مایل قرار گرفته‌اند {مایل درونی و بیرونی} از این دو جفت یک جفت در سمت راست و یک جفت در سمت چپ قرار دارند و {رشته‌های} هر جفت مانند دو محور صلیب با یکدیگر تقاطع می‌کنند {بدین ترتیب که در هر طرف شکم} رشته‌های یکی از آن دو عضله از دنده‌های نزدیک پهلوها به طرف ناحیه شرمگاهی امتداد دارد و رشته‌های عضله دیگر از ناحیه خاصره به طرف ناحیه خنجری کشیده می‌شود، رشته‌های هر یک از دو جفت عضله سمت راست و چپ

از ناحیه عانه تا ناحیه خنجری {در خط وسط} با یکدیگر تلاقی می‌نمایند {خط سفید}، در ناحیه خنجری این دو عضله مایل که رشته‌های آنها معارض یکدیگراند از اجزای گوشتی تشکیل شده‌اند اما در نزدیک عضله مستقیم فاقد رشته‌های گوشتی بوده و {به صورت} غشائی‌اند {یعنی آپونوروسیس}. رشته‌های این دو عضله مایل نسبت به عضله مستقیم و عضله عرضی سطحی‌تراند و آنها را می‌پوشانند، همچنین در مردان دو عضله برای محافظت هر بیضه وجود دارد {عضله معلقه داخلی و خارجی}.

مبحث ثرب و صفاق: واجب است که {پزشک} بداند که بعد از پوست شکم دو غشا وجود دارد غشای سطحی که شامل یک لایه چربی ضخیم است که به دور ماهیچه‌های شکم پیچیده است و بنابراین آنرا غشاء طافی {طواف کننده} می‌گویند {پرده سطحی}، غشای دوم چونکه به سمت حفره شکم است و به دور روده‌ها پیچیده است لایه مدور یا لایه باریطون {صفاق} نامیده می‌شود، لایه مدور همچون تویی دور فضای شکم را پوشانده است، {همان طوری که در مبحث عضلات شکم گفته شد} دو عضله از عضلات شکم یکی در سمت راست و یکی در سمت چپ {خط وسط} قرار دارند {عضلات مستقیم} آن قسمت از صفاق که از پشت این عضلات می‌گذرد مانند پوسته نازک محکمی به آن عضلات می‌چسبد، و بخش دیگری از صفاق که به معده اتصال دارد از معده آویزان شده و در پایین معده ضخیم می‌شود و چادر بزرگ را ایجاد می‌کند که در آن شریان‌های مغذی فراوانی وجود دارد، در بیشتر قسمت‌های صفاق یک لایه نازک از پوشش {پرده} عضلات {مجاور} به صفاق چسبیده و با آن یکی شده است {پرده عرضی} و این لایه در جایی که از صفاق قابل جدا شدن است بسیار نازک است و صفاق واقعی در این نواحی است {صفاق جداری} نازکترین و خالص‌ترین

بخش صفاق در ناحیه خاصره‌ها و ناحیه پهلوی دنده‌ها است. این دو لایه علاوه بر اینکه احشای موجود در فضای تحتانی شکم را می‌پوشانند هنگامی که به ناحیه شرمگاهی می‌رسند در آن دو سوراخ تنگ (ثقبان ضیقان) مانند دو حجره مشاهده می‌شود که یکی در سمت راست و یکی در سمت چپ قرار دارد، امتداد این دو لایه {به درون کیسه بیضه} تبدیل به کیسه {صفاقی} بیضه‌ها می‌گردد. چادر بزرگ که در زیر دو لایه مذکور قرار دارد از دو لایه کاملاً بر هم منطبق تشکیل شده است که در بین آن‌ها شریان‌ها و عروق پایین تر از شریان {وریدها و عروق لنفاوی} قرار دارد، چادر بزرگ کیسه مانند بوده و با معده، بند روده و قولون ارتباط دارد و از {صفاق} آن‌ها منشأ می‌گیرد و از معده و دوازده {شروع شده} و تا ناحیه شرمگاهی امتداد دارد {و به سوراخ‌های مغبنی می‌رسد}، {بطور خلاصه در جدار قدامی شکم}: اولین لایه پوست است و در زیر آن غشاء اول {پرده سطحی} قرار دارد که در مجموع مراق البطن {دیواره پیشین شکم} نامیده می‌شوند و بعد از مراق شکم، صفاق و بعد از آن چادر بزرگ و سپس روده‌ها قرار دارند.

نتایج حاصل از منابع پزشکی جدید

جراح باید از کالبد شناسی ناحیه مغبنی اطلاعات قابل درکی داشته باشد تا بتواند روش‌های مناسبی را برای ترمیم فتق انتخاب کند، به علاوه اطلاع کامل از روابط عضلات، نیام‌ها، پرده‌ها، عروق و اعصاب، عروق و طناب منوی جهت پیشگیری از عود فتق و اجتناب از مشکلات ضروریست و اطلاعات کالبد شناسانه از ناحیه قدامی و خلفی شکم دست جراح را برای انتخاب روش جراحی مناسب باز می‌گذارد، اما چون بیشتر روش‌های درمانی فتق از طریق جدار قدامی شکم انجام می‌گیرد، بنابراین مطالعه مبانی کالبد شناختی جدار قدامی شکم الزامی است و جراح باید از سطح پوست تا فضای پیش صفاقی را مطالعه نماید (۱۶)، بافت نرم

جدار قدامی شکم شامل پوست و پرده سطحی و عروق و اعصاب آن و عضلات است، پوست آن با مناطق دیگر تفاوتی ندارد و پرده سطحی یک لایه بافت همبند است که بین پوست و عضلات قرار می‌گیرد، عضلات جدار قدامی شکم عبارت‌اند از: عضله مستقیم شکم؛ عضله هرمی، عضله مایل درونی و عضله بیرونی و عضله عرضی، این عضلات با همکاری یکدیگر در افزایش فشار شکم و کمک به اعمال تنفسی، دفع مدفوع، ادرار کردن، زایمان، سرفه، استفراغ و حفظ وضعیت طبیعی احشاء شکم نقش دارد، یک جفت عضله مستقیم شکم در طرفین خط وسط قرار دارند و توسط خط سفید از یکدیگر جدا می‌شوند، این عضله دراز و نواری شکل بطور کامل در جدار قدامی شکم قرار دارد. صفاق بزرگترین پرده زلالی بدن بوده و شبیه یک کیسه است، آن بخش از این کیسه که به احشا شکم اتصال دارد صفاق احشایی و بخشی که به دیواره عضلانی شکم چسبیده است صفاق جداری نامیده می‌شود و فاصله بین این دو لایه را فضای صفاقی می‌گویند که در آن مقدار کمی از مایع زلالی وجود دارد که سبب کم کردن اصطکاک احشاء می‌گردد، صفاق جداری توسط بافت همبندی به نام پرده عرضی (*fascia transversalis*) به عضلات مجاور اتصال دارد، صفاق جدار قدامی شکم که از بالا به حجاب حاجز و کبد اتصال دارد، به طرف پایین امتداد یافته در پشت عضلات مستقیم شکم بطور بسیار محکمی به خط سفید بین آن دو می‌چسبد ولی در پایین‌تر از آن سست می‌شود، و در هر طرف از پشت مجرای مغبنی و سوراخ عمقی آن که عبور می‌کند به ترتیب حفره‌های صفاقی، مغبنی داخلی (*med. inguinal fossa*) و مغبنی خارجی (*lat. ing. f.*) را ایجاد می‌کند معمولاً حفره صفاقی خارجی کمی به درون سوراخ عمقی نفوذ کرده و محل سوراخ عمقی مغبنی مشخص تر می‌شود (۱۷). عضله راست شکمی از غضروف دنده‌های هفتم

تا نهم منشأ گرفته و به استخوان شرمگاهی و پیوستگاه آن متصل می‌شود، عضله هرمی {در پایین} به استخوان شرمگاهی و {در بالا} به خط سفید متصل شده است، عضله مایل بیرونی شکم به سطح بیرونی دنده‌های پنجم تا دوازدهم و غلاف عضله مستقیم شکم و خط سفید می‌چسبد، عضله مایل درونی شکم {در پایین} به پرده سینه‌ای کمری و رباط مغبنی و استخوان خاصره و {در بالا} به دنده‌های دهم تا دوازدهم و غلاف عضله مستقیم شکمی اتصال دارد، عضله عرضی شکم در عقب به سطح درونی دنده‌های هفتم تا دوازدهم و پرده سینه‌ای کمری و ستیغ خاصره و رباط مغبنی و در جلو به غلاف عضله مستقیم شکمی چسبیده است. حفره مغبنی داخلی، حفره صفاقی است که در پشت مجرا و سوراخ سطحی مجرای مغبنی قرار دارد، حفره مغبنی خارجی یک حفره صفاقی است که در پشت سوراخ عمقی مجرای مغبنی قرار گرفته است (۱۸).

بحث

لازم به ذکر است که ابن سینا در کتاب قانون مانند اکثر منابع پزشکی مدرن، ابتدا کالبد شناسی فتق را به صورت دستگاهی بررسی نموده و عضلات و پرده‌ها و صفاق را مورد مطالعه قرار داده و سپس به صورت موضعی در مورد روش‌های تشخیصی و درمانی و دارویی آن بحث نموده است، که این موضوع حکایت از تازگی و طراوت نگرش ابن سینا بر علوم پایه پزشکی و علوم بالینی و روش‌های آموزش پزشکی دارد. همچنین امروزه در اکثر منابع جراحی و کالبد شناسی بر درک عمیق کالبدشناسی ناحیه‌ای فتق تأکید شده است و این مطلب بویژه در مورد فتق‌های مغبنی حائز اهمیت بسیار است و برای هر پزشکی لازم است که از آناتومی پوست و پرده سطحی (superficial fascia) و عضلات شکم و صفاق و

احشاء شکم اطلاع کامل داشته باشد (۱۶). بعلاوه کوپر نیز در کتاب کالبد شناسی فتق‌های شکمی نوشته است که (در قلمرو جراحی، نتیجه هیچ عمل دیگری مانند عمل فتق وابسته به درک عمیق دانش کالبد شناسی و ترکیب آن با مهارت جراحی نیست (۱۳)، ابن سینا نیز با تیزبینی خود به این نکته توجه داشته و بر اهمیت بالینی نکات کالبد شناسی تأکید نموده و از جمله در مبحث مربوط به فتق آنرا واجب دانسته است، بدین ترتیب که در آغاز فصل مربوط به کالبد شناسی چادر بزرگ و صفاق (الثرب والصفاق) آورده است: واجب است که {پزشک} بداند که در شکم بعد از پوست دو غشا وجود دارد و إلى آخر)، که دیدگاه یکسان ابن سینا با دانشمندان معاصر را نشان می‌دهد. همچنین در کتاب قانون آمده است که: از هشت عضله شکم یک جفت به طور صاف و مستقیم از نزدیک غضروف خنجرى پایین رفته و رشته‌های آن بطور عمودی تا عانه امتداد دارد و بین دو عضله (فاصله کمی) وجود دارد و در منابع جدید آمده است که: یک جفت عضله مستقیم شکم در طرفین خط وسط قرار دارند و توسط (خط سفید) از یکدیگر جدا می‌شوند. آگاهی از این نکته کالبد شناسانه نقش مهمی در اتخاذ تصمیمات صحیح جراحان در برش‌ها و بخیه‌های جدار قدامی شکم دارد، البته مفهوم دو عبارت مذکور یکی است فقط ابن سینا بر نزدیکی و فاصله کم بین دو ماهیچه مستقیم تأکید می‌کند و در کتاب آناتومی گری بر جدایی بین دو عضله نظر دارد که شاید به دیدگاه فلسفی دو مکتب ارتباط داشته باشد. در کتاب‌های جدید پزشکی به دو عضله کوچک هرمی اشاره می‌شود (۱۷)، اما در کتاب قانون از این دو عضله ذکرى به عمل نیامده است، البته در کتاب گری ذکر می‌شود که ممکن است در بعضی از افراد این عضله وجود نداشته باشد (وارياسون). در کتاب قانون آمده است که عضلات عرضی سمت راست و چپ

با آن دو عضله طولی، بطور عرضی تقاطع می‌کند، این دو عضله از غشاء پوشاننده { سطح درون } شکم { پرده عرضی شکم } منشأ می‌گیرند، و رشته‌های آنها نسبت به عضله مستقیم زاویه قائمه ایجاد می‌کنند، و در منابع جدید پزشکی آمده است که عضله عرضی شکم در طرف جلو به غلاف عضله مستقیم شکمی چسبیده است (۱۸)، که حاکی از دقت نظر ابن سینا در مورد ظرائف کالبدشناختی جدار قدامی شکم و ارتباط آن با نکات بالینی فتق می‌باشد. زیرا اولاً در منابع جدید پزشکی نیز به دلیل کاربردهای جراحی به جهت امتداد رشته‌های عضلات عرضی و مایل شکم تأکید می‌شود و در این خصوص بین آنها توافق وجود دارد، ثانیاً در منابع جدید پزشکی پوشش و غلاف عضله مستقیم شکم را ناشی از امتداد رشته‌های عضلات نامبرده می‌دانند و ابن سینا نیز بر امتداد و تقاطع رشته‌های ماهیچه‌های مذکور با عضله مستقیم شکم تأکید دارد و ثالثاً ابن سینا تأکید می‌کند که عضله عرضی از پرده عرضی منشأ می‌گیرد (در اصطلاح کالبدشناسی یعنی به آن پرده چسبندگی دارد، نه اینکه از آن بوجود آمده باشد) که این نکته از اهمیت بسزایی برخوردار است زیرا در منابع پزشکی آمده است که کاشف پرده عرضی کوپر است (۱۳) و کوپر شخصاً در مقدمه کتاب خود بر این نکته تأکید کرده (۱۳) و البته دیگران نیز آنرا تأیید می‌کنند (۱۶)، در صورتی که ملاحظه می‌شود که ده قرن پیش ابن سینا پرده عرضی را با عنوان غشا پوشاننده سطح درونی شکم معرفی کرده است و حتی دانشجویان پزشکی دوره علوم پایه نیز می‌دانند که در بین صفاق و عضلات شکم یک پرده بیشتر وجود ندارد، و اگر آن را پرده عرضی (ترانسورسال فاشیا)، غشا ممدود علی البطن، پرده گسترده بر شکم و یا غشاء پوشاننده بنامند، ماهیت کالبد شناختی آن تفاوتی ندارد، لذا باید به اولویت ابن سینا در کشف این پرده تأکید نمود تا قضیه مثلث خیام و پاسکال، در تاریخ پزشکی

تکرار نشود، اما نکته قابل مطالعه و پژوهش اینجا است که نظر ابن سینا بر چسبندگی عضله عرضی به پرده عرضی است، کوپر در صفحه ۴ کتاب خود می‌نویسد: عضله عرضی به پرده عرضی چسبیده و با آن یکی می‌شود (۱۳) و در منابع کالبد شناسی و جراحی نیز این مطلب تکرار شده است، اما در سال ۲۰۰۴م. در آلمان و در یک کلینیک جراحی مطابق یک طرح تحقیقاتی، جدار قدامی شکم شش بیماری را که در آن کلینیک فوت کرده بودند کالبد شکافی کرده و با وسایل آزمایشگاهی مدرن ناحیه مغبنی آنها را مورد آزمایش قرار داده و گزارش نمودند با اینکه با دقت مسیر رشته‌های عضلانی را در ناحیه مغبنی مورد بررسی قرار داده‌اند با این حال قادر به تأیید ارتباط پرده عرضی و عضلات شکم در ناحیه مذکور نیستند (۱۹) که این مطلب از یک طرف ظرائف و پیچیدگی‌های کالبد شناختی ناحیه مغبنی و پرده عرضی را نشان می‌دهد، و از طرف دیگر مبین آنست که اگرچه کوپر هشتصد سال پس از ابن سینا و با وسایل جدید ارتباط مذکور را تأیید کرده است و منابع جدید نیز آن را پذیرفته‌اند، اما ابن سینا چگونه هزار سال پیش و بدون هیچ وسیله آزمایشگاهی به این مطلب مهم دقت کرده و به این ارتباط توجه نموده است، در صورتیکه در قرن بیست و یکم و در آزمایشگاه‌های مدرن آلمان متخصصان جراحی نمی‌توانند با اطمینان کامل این ارتباط را تشخیص دهند، ظرافت و پیچیدگی پرده عمقی به حدی است که اخیراً متخصصان اعلام نموده‌اند که مسئله از حد درشت بینی (ماکروسکوپی) فراتر بوده و پژوهش‌های پرده عرضی در حد ریزبینی و حتی فراتر از آن در ابعاد وراثتی می‌باشد و بروز فتق و به ویژه فتق مغبنی مستقیم، با نواقص ژنتیکی سلول‌های لیفی پرده عرضی ارتباط دارد (۲۰)، البته ممکن است این اختلاف نظر مربوط به فاصله زمانی بین تحقیقات ابن سینا و کوپر و محققین آلمانی باشد، و یا به تفاوت‌های

ژنتیکی و تغییرات فردی نیز ارتباط داشته باشد، زیرا بعضی از مقالات به ضعف اکتسابی پرده عرضی اشاره دارد (۲۱) و یا ممکن است به تفاوت‌های موضعی (رژيونال) پرده عرضی مربوط باشد، زیرا ابن سینا در این مورد نوشته است که «این لایه در جایی که از صفاق قابل جدا شدن است بسیار نازک است». بنابراین تحقیقات کالبد شناختی بیشتر در مورد پرده عرضی و کالبد شناسی ناحیه مغبنی ضروری بنظر می‌رسد. اگرچه نظرات ابن سینا در مورد پوست شکم، پرده سطحی، صفاق و مفهوم توپی شکل بودن آن، لایه‌های جداری و احشایی صفاق، منشاء صفاقی چادر بزرگ، ارتباط چادر بزرگ با معده و پر عروق بودن چادر بزرگ، تغییر ضخامت موضعی صفاق، نازک بودن آن در پشت عضلات مستقیم شکم، با منابع جدید مطابقت دارد و کاملاً روشن بوده و نیازی به بحث ندارد، اما نکته حائز اهمیت این است که ابن سینا می‌نویسد: این دولایه {صفاق و پرده عرضی} علاوه بر اینکه احشای موجود در فضای تحتانی شکم را می‌پوشانند، هنگامی که به ناحیه شرمگاهی می‌رسند در آن دو سوراخ تنگ (ثقبان ضیقان) مانند دو حجره {fossa} مشاهده می‌شود که یکی در سمت راست و یکی در سمت چپ قرار دارد {که امروزه سوراخ عمقی مغبنی (deep ing. foramen) و حجره مغبنی (ing. fossa) نامیده می‌شوند}، امتداد این دو لایه {بدرون کیسه بیضه} تبدیل به کیسه {صفاقی} بیضه‌ها {پوشش غلافی tunica vaginalis} می‌گردد، چادر بزرگ تا ناحیه شرمگاهی امتداد دارد، این مطلب اگرچه به ظاهر ساده بنظر می‌رسد اما یکی از شگفتی‌های تاریخ طب می‌باشد، زیرا در مقالات فتق شناسی نوشته شده است که ظرائف مجرای مغبنی و دقایق این نوع فتق در طی قرون هجدهم و نوزدهم توسط کالبدشناسانی نظیر پوت، ریشت، کمپر، اسکارپا، مورتون، ژیمبرنات، کوپر، کولز، هسلباخ، هانتز به تدریج شناخته شده است و لذا هر بخش از این مجرا به نام یکی

از آنها موسوم گردیده است که کالبد شناسان و جراحان با این اسامی آشنایی کامل دارند (۲۲)، اما تمام کالبد شناسان و جراحان امروزی بخوبی می‌دانند که در صفاق جداری ناحیه مغبنی حفره تنگ و کوچکی وجود دارد که تنها اثر باقی مانده از فرایند نزول بیضه‌ها است که خلاصه و عصاره آن از کتاب‌های جنین شناسی عصر حاضر بدین صورت آمده است که در هنگام نزول بیضه‌ها، صفاق نیز با آن امتداد یافته و بخشی از صفاق، موسوم به زائده غلافی (process v) را ایجاد می‌کند که به صورت کیسه‌ای بیضه را دربر گرفته و سرانجام پوشش غلافی بیضه را بوجود می‌آورد و در نهایت ارتباط زائده غلافی با بیضه محو شده و فقط اثر آن به صورت همان حفره تنگ نام برده شده در ناحیه مغبنی باقی می‌ماند که آن را حفره مغبنی خارجی می‌گویند و در جلوی این حفره پرده عرضی و در جلوی آن سوراخ عمقی مجرای مغبنی واقع شده است (۲۳) و در کتاب گری نیز آمده است که: صفاق در هر طرف از پشت مجرای مغبنی و سوراخ عمقی آن که عبور می‌کند به ترتیب حفره‌های صفاقی مغبنی داخلی و مغبنی خارجی را ایجاد می‌کند، معمولاً حفره صفاقی خارجی کمی به درون سوراخ عمقی نفوذ کرده و محل سوراخ عمقی مغبنی مشخص‌تر می‌شود، لذا مطلب بسیار واضح است و هر پزشک یا کالبد شناس منصفی که اطلاعات کافی از جنین شناسی و کالبد شناسی ناحیه مغبنی داشته باشد به نکته مورد اشاره ابن سینا پی برده و سوراخ عمقی مغبنی و مجرای مغبنی را درک می‌کند، اما مشخص نیست که به چه دلیل مورخین داخلی و خارجی به این کشف مهم کالبدشناسی توجه نکرده‌اند و کشف آنرا به کالبدشناسان قرون اخیر اروپا منسوب می‌کنند، زیرا مسلم است که ابن سینا با توجه به مشاهده دو سوراخ تنگ و کوچک در ناحیه مغبنی سمت راست و چپ آن را به زبان عربی بیان کرده و چون سوراخ به عربی (ثقبه) و تنگ (ضیق)

می‌باشد جمع هر دو را (ثقبان ضیقان) نوشته است، لذا اگر اسم سوراخ مغربی عمقی را به زبان انگلیسی (deeping. foramen) بنویسند، جایگاه و مفهوم و ماهیت کالبد شناسی آن تفاوتی ندارد.

بررسی مباحث تشریحی فتق‌های جداره قدامی شکم....

نتیجه

بررسی مبحث فتق‌های جدار قدامی شکم از کتاب قانون ابن سینا و مقایسه آن با منابع جدید پزشکی عصر حاضر نشان می‌دهد که اصول و مبانی تشریحی و جراحی که آن حکیم فرزانه در مورد فتق‌های مذکور مورد بحث قرار داده است مورد تأیید منابع امروزمین پزشکی بوده و بعلاوه ابن سینا به نکات تشریحی و جنین شناسی ظریفی مانند پرده عرضی و کیسه‌های زلالی بیضه‌ها پی برده است که درک بعضی از نکات پیچیده آن صرفاً با ابزار و وسایل دقیق عصر حاضر امکان‌پذیر می‌باشد.

فهرست منابع

1. WHO, Traditional medicine, Fact sheet N°134, December 2008. [Cited 2011 August]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>
2. National Center for Complementary and Alternative Medicine, Message from the Director: Spending on CAM, July 30, 2009. [Cited 2011 August]. Available from: <http://nccam.nih.gov> .
3. Miriam S. Wetzel , David M. Eisenberg, Ted J. Kaptchuk, Courses Involving Complementary and Alternative Medicine at US Medical Schools , JAMA, September 2, 1998, Vol 280, No. 9, 786-7.
4. US National Library of Medicine, Islamic Medical Manuscripts at the National Library of Medicine , 12 June 2008 . [Cited 2011 August]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov>.
5. Avicenna's Canon Of Medicine, English translation, by: Gruner, Oscar Cameron, 1930, London, Reprinted in New York, First AMD edition published in 1973, AMS press inc. USA, ISBN, O-404-11231-5. [Cited 2011 August], Available from: <http://www.archive.org/details/AvicennasCanonOfMedicine>
6. W.Y.Lau, history of treatment of groin hernia, world journal of surgery, VOL 26, 2002, 748-59.
7. Irving L. Lichtenstein, Alex G. Shulman Parviz K. Amid, Michele M. Montllor, LOS Angeles, Californ, The Tension-Free Hernioplasty, SCIENTIFIC PAPERS, THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY VOLUME 157 , FEBRUARY 1989, 188.
8. Neumayer L, McGregor DB, Mann B. Abdominal wall, including hernia. In: Lawrence PF, ed. Essentials of General Surgery. 4th ed. Baltimore, Lippincott, Williams & Wilkins; 2006:225-237.
9. Robyn Mitchell Gardner, MHE, PA-C; Carl R. Boyd, Examining modern approaches to inguinal and femoral herniorrhaphy, JAAPA, 21(6), JUNE 2008.
10. N. Dorairajan, Prof and HOD; Dept. of Surgery, Madras Medical College, Chennai. Inguinal hernia-yesterday, today and tomorrow, Indian Journal of Surgery Volume 66 Issue 3 June 2004, 139.
11. David A. McClusky III; Petros Mirilas; Odysseas Zoras; Panagiotis N. Skandalakis; John E. Skandalakis, Groin Hernia, Anatomical and Surgical History, American Medical

- Association. All rights reserved. 2006, (REPRINTED) ARCH SURG/VOL 141, 2006 ,1041 .
12. Robert Bendavid; David Howarth ; TRANSVERSALIS FASCIA REDISCOVERED,Surgical Clinics of North America ,Volume 80, Issue 1,February 2000, 25.
 13. Astley,Cooper; the anatomy and surgical treatment of abdominal hernia,from second London edition,by Aston Key C. ; philadelphia, Lea and Bllachard , 1844,IX,4,10.
 14. Ibn Sina's Canon of Medicine ,Mar 2007 , [Cited 2011 August]., Available from:
http://ddc.aub.edu.lb/projects/saab/avicenna/640/html/S1_597.html
- ۱۵- ابن سینا، قانون در طب، نسخه الکترونیک معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، به کوشش: حاتمی حسین، نسخه‌های عربی، فارسی و انگلیسی، کتاب سوم، فن بیست و دوم، گفتار اول، فصل اول {K3FA22G1F1} هیئت الثرب و الصفاقین، آدرس اینترنتی در تاریخ بیست و پنجم مردادماه ۱۳۹۰:
- <http://www.elib.hbi.ir/persian/TRADITIONAL-MEDICINE/CANON-WEB/CANON-03/K3FA22.htm>
- 16- Courtney M. Townsend; R. Daniel Beauchamp; B. Mark Evers; Kenneth L. Matto; Sabiston Textbook of Surgery,18th Edition,Elsevier,2009,1200-2 .
 - 17- EDITOR –IN-CHIF,Sasan Standring,Gray's Anatomy, Thirty-ninth edition ,ELSEVIER ,CHURCHILL LIVINGSTONE,2008,1100-11.
 - 18-Heinz Feins ,Pocket Atlas of Human Anatomy, Based on the International Nomenclature,Publisher: Thieme Medical Publishers,ISBN 0865779287,fourth edition 2000,86,180.
 19. Peiper C , Junge K , Prescher A, Stumpf M, Schumpelick V. Surgical Clinic, Evangelisches , Germany, Abdominal musculature and the transversalis fascia: an anatomical viewpoint. Hernia. 2004 Dec;8(4): 376-80.
 20. Juan M. Bellón; Ana Bajo; Natalio Ga-Honduvilla; María J. Gimeno; Gemma Pascual; Ana Guerrero; Julia Buján; Fibroblasts From the Transversalis Fascia of Young Patients With Direct Inguinal Hernias Show Constitutive MMP-2 Overexpression, ANNALS OF SURGERY, Vol.233, No.2, Lippincott Williams & Wilkins, Inc, 2001, 287.

21. Takehiro Hachisuka; Femoral hernia repair, Surg Clin N Am 83, 2003, 1190.
22. James Johnson; J. Scott Roth; Jeffrey W. Hazey; Walter E. Pofahl II; The History of Open Inguinal Hernia Repair, Department of Surgery, Brody School of Medicine, Greenville, North Carolina, CURRENT SURGERY, Vol.61/No1, January/February 2004 ,49.
23. Langman's Medical Embryology, Sixth Edition, North American Edition ,Thomas W. Sadler, Paperback, Williams & Wilkins, Maryland, USA,1990, 291-4.

یادداشت شناسه مؤلف

رضا ماستری فراهانی؛ گروه بیولوژی و علوم تشریحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نشانی الکترونیکی: realmastery@hotmail.com

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۹۰/۲/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۳/۲۹

بررسی
مباحث
تشریحی
فقه‌های
جداره
قدامی
شکم...