

مقایسه دیدگاه‌های ابن‌سینا و طب مدرن درباره بیماری نقرس

امیرحسین بابائی^۱

مجید نیمروزی^۲

معین‌الدین عابدینی راد^{۳*}

چکیده

بیماری نقرس یک بیماری شایع مفاصل است. پزشکان ایرانی و در رأس آنها ابن‌سینا درباره جنبه‌های گوناگون بیماری نقرس صحبت کرده‌اند. از دیدگاه ابن‌سینا یکی از شایع‌ترین علل درد مفاصل، نقرس است و علت آن سوءمزاج است. او نقرس را بر اساس عامل به‌وجودآورنده، به نوع گرم (دموی و صفراوی) و سرد (بلغمی و سودایی) تقسیم می‌کند. تشخیص بیماری با توجه به وضعیت بیمار و همچنین نوع و طرح درد، ورم مفاصل و عادات و رژیم غذایی است و بر اساس سوءمزاج تشخیص داده شده و با اتخاذ تدابیر مناسب، درمان انجام می‌شود. بسیاری از شیوه‌های پیش‌گیری و درمان ابن‌سینا با طب مدرن مطابقت دارد. برای مثال، درخصوص رعایت رژیم غذایی و پرهیز از گوشت قرمز و الکل آرای ابن‌سینا و توصیه‌های طب مدرن با یکدیگر مطابقت دارد.

واژگان کلیدی

نقرس، ابن‌سینا، طب سنتی ایران، طب مدرن.

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۲- مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

* (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: m.abedinirad@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۹/۹

نوع مقاله: مروری

مقدمه

نقرس یک بیماری متابولیک است که باعث آرتريت حاد یا مزمن مفاصل می‌شود. علت ایجاد این بیماری، افزایش غلظت اسید اوریک در خون و رسوب آن در بافت‌ها است (۱۳). در این بیماری به علت تجمع غیرطبیعی کریستال‌های اورات، مفاصل ملتهب و دردناک می‌شوند و درنهایت آرتريت ایجاد می‌شود (۱۷). شیوع آن در دنیا در حال افزایش است. شیوع این بیماری در ایران حدود ۱۳ نفر در ۱۰ هزار است (۱۱). بیشترین سن شیوع این بیماری در دوران میان‌سالی یعنی ۴۰ تا ۵۰ سالگی است. به این بیماری در گذشته به آن، بیماری پولدارها یا بیماری پادشاهان می‌گفتند؛ چراکه پادشاهان به علت مصرف زیاد مواد گوشتی، پرخوری و عدم تحرک بیشتر به بیماری مزبور دچار می‌شدند (۱۱).

اولین بار ۲۶۰۰ سال قبل از میلاد مسیح، مصری‌ها نقرس را در انگشت شست پا گزارش کردند (۲۴). چهارصد سال قبل از میلاد، بقراط درباره نقرس بحث کرده بود. در سال ۳۰ میلادی آلوس کرنلیوس سلسوس (Aulus Cornelius Celsus) به ویژگی‌های زیادی درباره نقرس مانند رابطه آن با غلظت ادرار، وقوع دیرنگام آن در زنان و رابطه آن با مصرف الکل اشاره کرد (۲۲). پزشکان یهودی بهترین دارو برای درمان نقرس را استخوان سوخته انسان می‌دانستند و از آن برای درمان بیماران استفاده می‌کردند (۱).

حکیمان طب سنتی ایران فعالیت‌های ارزشمندی در شناخت بیماری‌های مفاصل انجام داده‌اند و بیماری‌های مفاصل را با توجه به عامل اصلی به‌وجودآورنده آن تقسیم‌بندی کرده‌اند و به درمان آن پرداخته‌اند (۲). آرای حکیم برجسته ایرانی، زکریای رازی، درخصوص تشخیص و درمان نقرس در کتاب ارزشمند او، الحاوی، موجود است (۷).

ابن سینا (۹۸۰-۱۰۳۷ میلادی) دانشمند، فیلسوف و پزشک بزرگ ایرانی، در کتاب قانون علاوه بر شرح درمان‌های خود برای بیماری نقرس، در برخی موارد نیز دیدگاه‌های پزشکان گذشته مانند جالینوس را در کتاب خود ذکر کرده است (۲۱).

مرحوم دکتر عبدالله احمدیه، از پزشکان مشهور معاصر در زمینه طب سنتی، با گردآوری دیدگاه‌های ابن سینا به همراه ذکر تجربیات شخصی خود در کتاب «درمان روماتیسم، نقرس و سیاتیک»، نقش مهمی در معرفی درمان‌های طب سنتی در زمینه بیماری‌های مفاصل داشته است (۴).

نقرس یک بیماری مزمن است و درمان‌های طب مدرن با وجود عوارض جانبی، این بیماری را به‌طور کامل ریشه‌کن نمی‌کنند (۱۹). طب سنتی با دیدگاه کل‌نگر خود به نقش تمام اعضا در ایجاد بیماری دقت دارد. همچنین رعایت اصول حفظ الصحه را برای درمان بیماری‌ها همواره مد نظر دارد. با توجه به این موارد می‌توان با استفاده از اصول طب سنتی سیر پیشرفت بیماری را کنترل نمود و کنترل زندگی را در افراد مبتلا به بیماری نقرس بهبود بخشید.

در این مقاله آرای ابن سینا در تشخیص و درمان بیماری نقرس بررسی شده است. امید است این تحقیق زمینه‌ای را برای استفاده از نظرات ابن سینا در انجام کارآزمایی‌های بالینی برای پژوهشگران علاقه‌مند فراهم آورد.

روش کار

در این مقاله از کتاب «قانون در طب» ابن سینا (canon of medicine)، کتاب‌های مرجع طب مدرن و منابع الکترونیکی مانند Scopus، PubMed،

Google scholar، SID و IranMedex با کلیدواژه‌های «نقرس»، «ابن‌سینا» و «طب مدرن» استفاده شده است.

یافته‌ها

در دیدگاه طب سنتی ایران، حفظ سلامت در نتیجه تعادل مزاجی، و بیماری در نتیجه خروج از حالت تعادل رخ می‌دهد. بیماری در طب سنتی یا ناشی از سوءمزاجی است که در عضو و یا کل بدن ایجاد شده است، یا تغییری که در شکل و ظاهر عضو ایجاد می‌شود و یا گسستگی که در عضو ایجاد شده است (که به این حالت تفرق اتصال گفته می‌شود). گاهی ترکیبی از این علل بیماری را ایجاد می‌کند و یا در سیر بیماری حالت‌های دیگر نیز به وجود می‌آید. در بیماری نقرس، در ابتدای بیماری سوءمزاجی در عضو درگیر که معمولاً مفصل است، ایجاد می‌شود؛ مثلاً گرمی غیرطبیعی در مفصل به وجود می‌آید. با هجوم ماده به سمت عضو که بر اساس اسباب بیماری ممکن است صفرا، بلغم، سودا و دم و یا ترکیبی از اینها باشد، درنهایت سوءهیئت ترکیب ایجاد می‌شود و با افزایش ورم حتی تفرق اتصال هم به وجود می‌آید. تقسیم‌بندی بیماری نقرس در طب سنتی بر اساس اسباب بیماری و یا سوءمزاجی است که در عضو ایجاد شده است که بر اساس خلط ایجادکننده و نشانه‌های همراه تشخیص داده می‌شود و نهایتاً درمان صورت می‌گیرد (۱-۳).

ابن‌سینا بیماری نقرس را از جنبه‌های گوناگون مانند ویژگی‌های بالینی، روش‌های پیش‌گیری، روش‌های درمانی و پیشنهاد‌های غذایی در کتاب خود بررسی می‌کند.

تعریف نقرس

از دیدگاه طب مدرن، نقرس یک بیماری متابولیک است که از ویژگی‌های آن آرتریت حاد یا مزمن است. مهم‌ترین علت آسیب‌شناختی برای ایجاد بیماری، تجمع کریستال‌های مونوسدیم اورات در مفاصل استخوان، بافت نرم و کلیه است (۶).

ابن سینا یکی از شایع‌ترین علل درد مفاصل را نقرس می‌داند. بنا بر نظر او در کتاب قانون، علت درد مفاصل می‌تواند سوءمزاج و یا خروج عضو از تعادل مزاجی باشد. در این صورت، خلط نامناسب در یکی از اعضاء (به‌خصوص پا) تجمع می‌یابد و نمی‌تواند دفع شود (۱). ابن سینا بر این باور است که این بیماری ارثی است و از پدر به فرزند منتقل می‌شود (۱).

طبقه‌بندی نقرس

در طب مدرن نقرس از جهات گوناگون تقسیم‌بندی می‌شود. بر اساس طول زمان بیماری، به دو صورت حاد و مزمن بررسی می‌شود (۱۹).

از دید ملکولی، بیماری نقرس بر اساس میزان کمبود آنزیم Hypoxanthine-guanine phosphoribosyl transferase (HPRT) طبقه‌بندی می‌شود. اگر کمبود آنزیم سراسری باشد، منجر به سندرم لش- نیهان (Lesch - Nyhan) می‌شود و اگر منطقه‌ای باشد، منجر به سندرم Kelley seegmiller می‌شود (۲۶). از نظر علت شناختی نیز بر اساس افزایش اسید اوریک در خون، نقرس به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. در نوع اولیه افزایش میزان اسید اوریک خون بیشتر به علت اختلال در دفع کلیوی و در عدم حضور بیماری زمینه‌ای دیگر

است، اما در نوع ثانویه به دنبال مصرف یک دارو یا ابتلا به یک بیماری زمینه‌ای، غلظت اسید اوریک خون افزایش می‌یابد (۳۱).

همان‌طور که ذکر شد، نشانه‌شناسی و طبقه‌بندی بیماری نقرس در طب سنتی بر مبنای سوءمزاجی است که در مفصل ایجاد می‌شود. بر اساس این، بیماری به دو گروه کلی سوءمزاج ساده و سوءمزاج مادی تقسیم می‌شود. نقرس ناشی از سوءمزاج مادی بر اساس نشانه‌ها به دو دسته کلی بارد (سرد) و حار (گرم) تقسیم می‌شود. بر اساس این، نوع گرم مادی به دموی و صفاوی، و نوع سرد مادی به بلغمی و سودایی تقسیم می‌شود که در قسمت تشخیص، به تفصیل بحث خواهد شد.

نشانه‌ها و تشخیص بیماری

در طب مدرن علاوه بر دردناک بودن مفصل و علائم ظاهری مانند قرمزی، افزایش حرارت و تورم مفاصل، برای تشخیص دقیق از آزمایش‌های گوناگونی مانند تکنیک کریستالوگرافی (x-ray)، تست شمارش گلبول‌های سفید و تعیین غلظت اسید اوریک سرم استفاده می‌شود (۸). همچنین اگر بیماری نقرس با افزایش مونوسدیم اورات خون باشد، می‌تواند باعث ایجاد ادم (خیز) شود (۱۵). معمولاً یکی از مفاصل زودتر به این بیماری دچار می‌شود که مفصل بین اولین استخوان متاکارپ و بند پروگزیمال انگشت شست پا (Metacarpophalangeal joint) می‌باشد (۲۰). این بیماری دارای اساس ژنتیکی می‌باشد (۲۷-۳۰).

از نظر ابن‌سینا نقرس اغلب از انگشت شست پا و گاهی نیز از پاشنه پا شروع می‌شود (۱). این بیماری با افزایش دمای بدن یا محیط شدت می‌یابد (۱).

همچنین تورم شدید و تغییر رنگ مفصل دردناک از نشانه‌های کلی نفرس است. او بر این باور است که در نفرس کیسه بیضه‌ها (scrotum) بزرگ و دراز می‌شود (۱). همچنین اگر فرد مبتلا به واریس و فیلیپایی به نفرس مبتلا شود، فیلیپایی او درمان می‌شود (۱).

از بعضی نشانه‌های بیمار می‌توان به علت درد مفاصل پی برد. این موارد عبارتند از: نوع و طرح درد (منتشر یا موضعی و کم و زیاد شدن درد)، وجود یا عدم وجود التهاب، وجود یا عدم وجود ورم مفصل، عادات غذایی و نوع نوشیدنی‌های فرد، ورزش‌هایی که بیمار به انجام دادن آن عادت دارد، غلظت بول و شکل مدفوع (۱).

یک رشته علائم اختصاصی برای تشخیص نوع سوءمزاج وجود دارد. در سوءمزاج ساده و درد مفاصل بدون احساس ثقل و سنگینی در موضع درد است. آماس و تورم وجود ندارد و همچنین رنگ پوست عوض نمی‌شود. البته این نوع بسیار نادر است (۱). اگر سوءمزاج همراه با ماده باشد، تشخیص بر اساس رنگ موضع، رنگ ورم، شدت درد، ملمس، سن و عادات بیمار صورت می‌گیرد. درد ضربان‌دار، تمدد، کشیدگی یا التهاب در مفصل، تغییر میزان درد با امتلا یا افراط در غذا، از جمله مواردی است که می‌تواند به تشخیص کمک کند.

- ماده‌ی دموی: رنگ موضع قرمز است که البته خیلی تیره نیست و از ابتدای درد وجود داشته و بعد از گذشت مدتی از درد حادث نشده است. تمدد و کشیدگی شدید همراه با وجود ثقل و ضربان در محل از دیگر نشانه‌های ماده دموی است. وضعیت جسمانی بیمار که معمولاً تنومند و گوشت‌آلود و سرخ‌چهره است و همچنین نوع عادات غذایی (مصرف زیاد غذاهای گوشتی) نیز از نکات کمک‌کننده به تشخیص هستند.

- ماده‌ی صفراوی: وجود حرارت شدید در موضع درد، کمتر بودن شدت ورم، تمدد و ثقل بیشتر نسبت به نوع دموی، کمتر بودن قرمزی و سطحی‌تر بودن درد نسبت به نوع دموی (درد در نوع دموی میل به عمق دارد و در صفراوی میل به سطح پوست)، منتفع شدن از تدابیر سرمابخش و عادات غذایی که تحریک‌کننده ماده صفرا است، مانند غذاهای تند و شیرینی‌ها و همچنین ظاهر فرد شبیه به افراد صفراوی است (لاغر، ملمس گرم، پرجوش و سبزه‌رو).

- ماده‌ی بلغمی: رنگ موضع یا تغییری نسبت به حالت طبیعی ندارد و یا به رنگ سربی می‌گراید؛ شدت التهاب کم است و درد تداوم دارد. نشانه‌های ماده صفراوی و دموی وجود ندارد. بیمار معمولاً اضافه‌وزن دارد و یا چاق است (بدن شحیم یعنی اضافه‌وزن ناشی از چربی اضافی و نه لحیم و گوشت‌آلود بودن).

- ماده‌ی سوداوی: در این حالت، شدت درد و تمدد کمتر از دیگر حالات است و در عین حال در مقایسه با دیگر انواع به‌سختی به درمان پاسخ می‌دهد. موضع حالت قشقی و پوسته‌پوسته دارد و علامتی از ترهل (شل‌شدگی پوست ناشی از رطوبت) و درخشندگی و روشنی پوست وجود ندارد، بلکه پوست به سمت تیرگی و کمودت میل می‌کند. بیمار معمولاً سایر نشانه‌های غلبه سودا مانند اشتهاى زیاد به طعام را نیز دارد. تاریخچه بیمار نیز معمولاً حاکی از مصرف بیش از اندازه غذاهای سودا‌زا مانند گوشت گاو است.

- ماده‌ی خون مراری: اگر ماده به‌وجودآورنده درد، خون مراری باشد، یعنی غلبه هم‌زمان خون و صفرا باعث بیماری شده باشد، حرارت شدید همراه با خارش در موضع درد وجود دارد و نشانه‌های بیماری با خوردن غذاهای با طبیعت گرم بدتر و با مصرف غذاهای سردی‌بخش بهتر می‌شود.

- عامل به وجودآورنده درد بیش از یک خلط باشد: مثلاً اگر خلط سرد و گرم با هم ایجاد درد کنند، تشخیص بر این اساس است که بیمار گاهی با داروی سردی بخش و گاهی با داروی گرمی بخش تسکین می‌یابد (۱).

درمان

امروزه نتیجه تحقیقات گسترده نشان داده است که شیوه زندگی نقش مهمی در کاهش بروز نقرس دارد. فعالیت‌هایی مانند کاهش مصرف الکل، کاهش وزن، محدود کردن غذاهای سرشار از پروتئین و پورین، نوشیدن آب زیاد و پوشاندن مفاصل در فصل سرما (زیرا سرما باعث حمله نقرسی می‌شود) می‌تواند باعث کاهش احتمال وقوع این بیماری شود (۱۸). همچنین تحقیقات فراوانی نیز بر روی تأثیر رژیم غذایی و رابطه آن با نقرس انجام شده است که نشان می‌دهند این افراد نباید گوشت قرمز بخورند و خوردن گوشت کبد، بوقلمون، ماهی ساردین، ماهی قزل‌آلا، خوک و ... نیز برای این بیماران مضر است. همچنین مبتلایان، در صورت مصرف الکل، باید مصرف الکل را متوقف کنند؛ چراکه باعث افزایش غلظت اسید اوریک پلاسما می‌شود و با افزایش غلظت اسید اوریک پلاسما شدت بیماری افزایش می‌یابد (۲۳ و ۲۰ و ۱۹ و ۹). در طب مدرن از داروهای گوناگونی مانند آلوپورینول و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAID) برای درمان نقرس استفاده می‌شود (۲۸). داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی عوارض جانبی گوناگونی دارند؛ مانند افزایش احتمال بیماری‌های قلبی عروقی، نارسایی کلیه و بیماری‌های معده‌ای و روده‌ای (۱۴-۵). استفاده از بسته یخ (کمپرس یخ) و استراحت می‌تواند برای کاهش درد مفاصل آسیب‌دیده مفید باشد (۱۹). با توجه

به اهمیت دفع مواد زائد خون به بیماران توصیه می‌شود که به مقدار فراوان آب و مایعات مصرف کنند (۲۵).

درمان از دیدگاه ابن‌سینا

عوامل تشدیدکننده

شدیدترین حالت بیماری زمانی است که شخص در فصل پاییز به نفرس مبتلا شود. برعکس، اگر کسی در فصل بهار به این بیماری مبتلا شود، شدت بیماری کمتر است (۱).

افراط در ورزش باعث تشدید درد مفاصل می‌شود. ابن‌سینا به بیماران توصیه کرده است که از پرخوری و جماع اجتناب کنند. همچنین حمام کردن با آب گرم و با شکم پر حمام رفتن برای آنان مضر است (۱).

روش درمان

اتخاذ تدابیر درمانی بستگی دارد به اینکه عامل بیماری چه نوع سوءمزاجی است.

اگر سوءمزاج ساده باشد، معمولاً التهاب و ورم در موضع وجود ندارد. در این حالت، تبدیل مزاج با داروهای مناسب که مخالف علت بیماری باشد، برای درمان کفایت می‌کند. در سوءمزاج مادی نیز در بسیاری از موارد تبدیل مزاج به تنهایی کفایت می‌کند و نیازی به خارج کردن ماده ایجادکننده بیماری نیست و طبیعت خود این کار را بر عهده می‌گیرد. در مواردی که تبدیل مزاج به تنهایی مؤثر نباشد و نیاز به خارج کردن ماده آزار رسان از عضو باشد، باید قوانین کلی علاج را به کار گرفت؛ یعنی باید علاوه بر از بین بردن ماده و یا خارج کردن آن با استفاده از

داروهای مناسب، به تقویت عضو نیز پرداخت تا بعد از تخلیه ماده، جریان ماده به سمت عضو به علت ضعف آن دوباره اتفاق نیفتد. برای جلوگیری از ورود مجدد مواد به سمت عضو، قبل از استفاده از داروهای تقویت کننده عضو باید درد موضع را نیز با تدابیر دارویی مناسب از بین برد، زیرا وجود درد و التهاب در هر عضوی باعث کشیده شدن مواد به سمت آن می شود.

در صورت وجود ماده دموی باید فصد از سمت مخالف انجام گیرد. اگر هر دو طرف گرفتار بود، باید هر دو طرف فصد شود. برای به حرکت درآوردن ماده از عضو، استفاده از تدبیر قی در نقرس که معمولاً قسمت انتهایی پاها را درگیر می کند، بسیار سودمند است. بعد از قی، بسته به نوع ماده ایجادکننده بیماری می توان از داروهای مسهله خاص آن خلط برای خارج کردن ماده استفاده کرد. اگر ماده نیازی به نضج نداشته باشد، می توان مستقیماً از داروهای مسهل استفاده کرد. اگر نیاز به استفاده از منضج باشد، بسته به نوع ماده دو روش اتخاذ می شود. درخصوص ماده صفرا که رقیق است و نضج آن به آسانی صورت می گیرد، بلافاصله بعد از استفاده از منضج، داروهای قوی مسهل صفرا را در یک مرحله به بیمار می دهیم. اما اگر ماده غلیظ باشد، ممکن است در یک مرحله نضج کامل نشود و باید مرحله به مرحله و به آرامی داروهای منضج و مسهل را به نوبت به بیمار داد تا کل ماده از عضو خارج شود. در حالتی که ترکیبی از چند ماده وجود داشته باشد، مثلاً خون همراه با یک خلط دیگر عامل بیماری باشد، به صلاح نیست که در ابتدا فصد انجام گیرد، زیرا فصد موجب ثوران (به حرکت درآمدن ماده و پخش شدن آن در بدن) ماده می شود که بیماری را در بدن گسترده می سازد. در این حالت بهتر است از منضجاتی مانند ماءالشعیر استفاده شود و در صورت وجود امتلای عام پاک سازی کلی بدن را برای بیمار انجام داد. استفاده از

مسهلاتی مانند آب کاسنی یا تاجریزی به همراه خیارشنب و یا به کارگیری حقه برای این کار مناسب است (۱).

روش درمان

به طور عمده درمان‌ها به سه دسته تقسیم‌بندی می‌شوند:

• غذایی

ابن سینا تأکید کرده است که بیماران مبتلا به نقرس به هیچ وجه نباید شراب مصرف کنند. همچنین او خوردن گوشت غلیظ مانند گوشت گاو و خوک و غذاهای شور را برای این بیماران ممنوع کرده است. این بیماران باید از مصرف سبزی‌هایی مانند هویج و خیار خودداری کنند (۱). همچنین خوردن سکنجبین برای این بیماران بد است (۱).

• دارویی

ابن سینا خوردن سورنجان (شنبلیله) و بوزیدان را برای بیماران توصیه کرده است (۱). مصرف سورنجان باید بعد از نضج ماده توسط داروهای منضج مانند ماءالشعیر انجام شود. سورنجان هم باعث تقویت عضو می‌شود و جلوی ریزش مواد به عضو را می‌گیرد و هم ماده آزارسان را از عضو خارج می‌کند. چون سورنجان برای معده ضرر دارد، بهتر است با زنجبیل و یا زیره مخلوط شود. برای تقویت اثرات مسهلی دارو نیز اضافه کردن گیاه صبر مفید است. مفردات و مرکبات زیادی مانند حجر ارمنی، خردل، بوزیدان، شاه‌تره، قنطاریون، حنظل، معجون هرمس، ایارج روفس، حب نجاح، حب ملوک، حب منتن بوزیدان همراه با اشق، انزروت، مقل، تربد و عاقرقرا برای درمان و کاهش اثرات نقرس پیشنهاد شده است (۱۲).

• یدای

از دیدگاه ابن سینا حجامت بر ناحیه کمر و قوزک پا برای درمان نقرس مفید است. همچنین در کتاب قانون آمده است که اگر علت درد مفاصل پرخونی و چیره شدن خون بر بدن باشد، باید رگ زدن از طرف مقابل بدن صورت گیرد. اگر درد مفاصل کل بدن را درگیر کرده باشد، باید رگ زدن به صورت دو طرفه انجام شود. ضمناً پس از تخلیه خون باید بیمار را به قی کردن وادار کرد و بعد از آن به بیمار داروی مسهل داد (۱).

توصیه‌های ابن سینا

افراد مبتلا به نقرس می‌توانند در حد اعتدال ورزش‌های سبک و سوارکاری انجام دهند، اما همان‌طور که گفته شد، انجام ورزش‌های شدید برای این بیماران مضر است (۱). اگر بیماران به حمام آب گرم می‌روند، باید در آخر بر روی مفاصل خود آب سرد بریزند تا اثرات مضر ناشی از آب گرم را کمتر کنند (۱). در صورتی که این بیماران می‌خواهند گوشت مصرف کنند، باید از گوشت‌های غیر غلیظ (لطیف) مانند گوشت پرندگان شکار شده، خرگوش، آهو و هر گوشتی که ماده مضر کمتری برای آنها دارد، استفاده کنند (۱).

نتیجه‌گیری

بسیاری از گفته‌های ابن سینا مانند تعریف بیماری، ذکر علائم آن و درمان‌های او با طب مدرن مطابقت دارد؛ هرچند در مواردی مانند نحوه درمان در هنگام بروز ورم اختلافاتی دیده می‌شود.

ابن سینا پس از تعریف کامل بیماری نقرس و ذکر علائم آن به توضیح درمان‌های گوناگون آن می‌پردازد و درمان‌های غذایی، دارویی و یداوی (جراحی) را برای آن پیشنهاد می‌دهد. علائمی که ابن سینا برای تشخیص نقرس ذکر می‌کند، با طب مدرن کاملاً مطابقت دارد. همچنین درخصوص رعایت رژیم غذایی، همانند طب سنتی، در طب مدرن باور بر این است که بیماران مبتلا به نقرس نباید از گوشت قرمز و مواد غذایی دارای مقادیر بالای پروتئین‌ها و پورین‌ها استفاده کنند، زیرا تولید مقادیر زیاد اسید اوریک می‌تواند باعث افزایش وخامت بیماری شود. اگرچه در عصر حاضر به دلیل پیشرفت علم و تولید داروهایی مانند آلوپورینول توجه کمتری به رژیم غذایی می‌شود و مطالعات انجام‌شده، کنترل رژیم غذایی را در بهبود بیماری چندان مؤثر نمی‌دانند (۷). داروهایی مانند کلشی‌سین (Colchicine) که یکی از درمان‌های عمده نقرس است، از سورنجان تهیه می‌شوند. این دارو یکی از داروهای مهم ذکرشده در کتاب قانون برای درمان نقرس است (۱۰). از موارد مهم دیگر منع مصرف شراب است که در طب مدرن نیز بسیار به آن توجه شده است (۲۹).

از آنجا که نقرس یک بیماری مزمن است و از شروع افزایش مقدار اسید اوریک خون تا ظاهر شدن علائم بالینی آن حدود ۲۰ سال زمان طول می‌کشد، به نظر می‌رسد استفاده از الگوهای طب سنتی در زمینه حفظ‌الصحه مانند تغییر عادات غذایی، الگوهای خواب و بیداری و تعدیل فعالیت‌های جسمانی بر اساس وضعیت مزاجی و کنترل اعراض نفسانی (حالات روحی) می‌تواند کیفیت زندگی را در افراد مستعد به بیماری و بیماران بهبود بخشد. بدیهی است که استفاده و تجویز این الگوها نیاز به کارآزمایی‌های بالینی استاندارد دارد. با توجه به عوارض جانبی داروهای مورد استفاده در طب مدرن، عدم درمان قطعی بیماری، هزینه

کمتر درمان‌های طب سنتی نسبت به درمان‌های مدرن و اقبال مردم به استفاده از شیوه‌های سنتی، این زمینه برای علاقه‌مندان وجود دارد تا آنان با مطالعه الگوهای تغذیه‌ای، دارویی و یدوویی توصیه‌شده در منابع طب سنتی مانند *قانون ابن‌سینا*، گام مؤثری در جهت درمان بیماری نقرس بردارند.

فهرست منابع

۱. ابن سینا، (۱۳۸۷ ش)، قانون در طب (ترجمه عبدالرحمن شرفکندی)، (هشت جلدی)، ج ۵، چاپ پنجم، تهران، انتشارات سروش.
۲. خدادوست، م.، ناصری، م.، پناهی (۲۰۱۳)، پیش‌گیری و درمان بیماری‌های مفاصل از دیدگاه طب سنتی ایران. *Medical History*, 3(7), 35-55.
۳. مجید نیمروزی، علیرضا صالحی‌زاده، ع.، حسین کیانی، هادی ایمانی، م. و محمود نجابت (۲۰۱۰)، شعر تعلیمی در پزشکی سنتی: مطالعه موردی ارجوزه پزشکی ابن سینا. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 4(1).
۴. ناصری، م.، اقبالیان، ف.، غفاری، ف.، اصغری، م. و حیدری، ر. (۲۰۱۳)، استاد دکتر عبدالله‌خان احمدیه احیاگر طب سنتی بالینی ایران. *Medical History*, 5(15), 53-73.
5. Bhala, N., Emberson, J., Merhi, A., Abramson, S., Arber, N., Baron, J.,... FitzGerald, G. (2013). Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet*, 382(9894), 769-779.
6. Buckland, J. (2011). Crystal arthropathies: MSU crystals and osteoblasts: insight into bone erosion in gout... *Nature reviews. Rheumatology*
7. Changizi Ashtiyani, S., Golestanpour, A., Shamsi, M., Tabatabaei, S. M., & Ramazani, M. (2012). Rhazes' prescriptions in treatment of gout. *Iran Red Crescent Med J*, 14(2), 108-112.
8. Chen, L. X., & Schumacher, H. R. (2008). Gout: an evidence-based review. *J Clin Rheumatol*, 14(5 Suppl), S55-62. doi: 10.1097/RHU.0b013e3181896921
9. Choi, H. K. (2010). A prescription for lifestyle change in patients with hyperuricemia and gout. *Curr Opin Rheumatol*, 22(2), 165-172. doi: 10.1097/BOR.0b013e328335ef38
10. Cocco, G., Chu, D. C., & Pandolfi, S. (2010). Colchicine in clinical medicine. A guide for internists. *Eur J Intern Med*, 21(6), 503-508. doi: 10.1016/j.ejim.2010.09.010
11. Davatchi, F., Jamshidi, A. R., Banihashemi, A. T., Gholami, J., Forouzanfar, M. H., Akhlaghi, M.,... Gharibdoost, F. (2008). WHO-ILAR COPCORD Study (Stage 1, Urban Study) in Iran. *J Rheumatol*, 35(7), 1384.
12. Faridi, P., Abolhassanzadeh, Z., Zarshenas, M. M., & Mohagheghzadeh, A. (2012). Gout Remedies in Traditional Iranian Medicine (TIM). *Journal of Research on History of Medicine*, 1(4 Nov).
13. Gout: basic science and clinical practice. (2012). New York: Springer.

14. Harirforoosh, S., & Jamali, F. (2009). Renal adverse effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Expert opinion on drug safety*, 8(6), 669-681.
15. Hoffmeister, C., Trevisan, G., Rossato, M. F., de Oliveira, S. M., Gomez, M. V., & Ferreira, J. (2011). Role of TRPV1 in nociception and edema induced by monosodium urate crystals in rats. *Pain*, 152(8), 1777-1788. doi: 10.1016/j.pain.2011.03.025
16. HUNT, J. M., McTIGUE, J. C., & EDWARDS, N. L. (2011). Diagnosis and Management of Gout in 2011. *J Musculoskel Med*, 28.
17. Kang, E. H., Lee, E. Y., Lee, Y. J., Song, Y. W., & Lee, E. B. (2008). Clinical features and risk factors of postsurgical gout. *Ann Rheum Dis*, 67(9), 1271-1275. doi: 10.1136/ard.2007.078683
18. Kemp, T. J., Hirose, C. B., Coughlin, M. J., & Otto, R. (2010). Treatment of chronic tophaceous gout with a wound vacuum-assisted device. *Foot Ankle Int*, 31(8), 729-731. doi: 10.3113/FAI.2010.0729
19. Longo, D. L., & Harrison, T. R. (2012). *Harrison's principles of internal medicine* (18th ed). New York; London: McGraw-Hill.
20. Murray, R. K. (2012). *Harper's illustrated biochemistry* (29th ed). New York, N.Y.; London: McGraw-Hill Medical.
21. Nejabat, M., Maleki, B., Nimrouzi, M., Mahbodi, A., & Salehi, A. (2012). Avicenna and cataracts: a new analysis of contributions to diagnosis and treatment from the canon. *Iran Red Crescent Med J*, 14(5), 265-270.
22. Nuki, G., & Simkin, P. A. (2006). A concise history of gout and hyperuricemia and their treatment. *Arthritis Res Ther*, 8 Suppl 1, S1. doi: 10.1186/ar1906
23. Petroni, D. (1972). [Therapy of gout]. *Clin Ter*, 62(5), 467-483.
24. Pillinger, M. H., Rosenthal, P., & Abeles, A. M. (2007). Hyperuricemia and gout: new insights into pathogenesis and treatment. *Bull NYU Hosp Jt Dis*, 65(3), 215-221.
25. Roubenoff, R., Klag, M. J., Mead, L. A., Liang, K. Y., Seidler, A. J., & Hochberg, M. C. (1991). Incidence and risk factors for gout in white men. *JAMA*, 266(21), 3004-3007.
26. Saigal, R., Chakraborty, A., Yadav, R. N., & Prashant, R. K. (2006). Partial HPRT deficiency (Kelley-Seegmiller syndrome). *J Assoc Physicians India*, 54, 49-52.
27. Terkeltaub, R. (2010). Update on gout: new therapeutic strategies and options. *Nat Rev Rheumatol*, 6(1), 30-38. doi: 10.1038/nrrheum.2009.236

28. van Durme, C. M., Wechalekar, M. D., Buchbinder, R., Schlesinger, N., van der Heijde, D., & Landewé, R. (2012). Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute gout. The Cochrane Library.
29. Wang, M., Jiang, X., Wu, W., & Zhang, D. (2013). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of gout. *Clinical rheumatology*, 32(11), 1641-1648.
30. Zaka, R., & Williams, C. J. (2006). New developments in the epidemiology and genetics of gout. *Curr Rheumatol Rep*, 8(3), 215-223.
31. Zurek, M. (2006). [Pathogenesis, diagnostics and therapy of gout]. *Vnitr Lek*, 52(7-8), 736-741.

یادداشت شناسه مؤلف

امیرحسین بابائی: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، فارس، ایران.

مجید نیمروزی: مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، فارس، ایران.

معین‌الدین عابدینی راد: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، فارس، ایران.

(نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: m.abedinirad@yahoo.com

The comparison of Avicenna's view and modern medicine about gout*A H. Babaei**M. Nimrouzi**M. Abedinirad***Abstract**

Gout is a common disease. Iranian traditional physician and on top of them Avicenna suggested various treatment method for gout. Avicenna believes that the most common cause of arthritis is gout. He classified gout by the causing agent to hot and cold dys temperament. Diagnosis is base on patient's condition, type and pattern of pain, joint swelling and dietary habits. Treatment is base on type of dys temperament of patients. Many methods of Avicenna for prevention and treatment of gout are similar with modern medicine. For example, dietary regimen and meat abstinence in conventional medicine are similar to Avicenna's recommendations in "Canon of Medicine".

Keyword

gout, Avicenna, Iranian traditional medicine, modern medicine