

مطالعه تطبیقی دیدگاه جرجانی در باره فتق های جدار قدامی شکم با نظریات پزشکی نوین

دکتر رضا ماستری فراهانی^۱ دکتر محمدعلی امامی میبیدی^۲

چکیده

زمینه: درمان صحیح فتق های جدار قدامی شکم مستلزم شناخت دقیق ساختار تشریحی ناحیه مذکور است، بررسی دیدگاه جرجانی و مقایسه تطبیقی آن با نظریات پزشکی نوین نشانگر عمق مبانی علمی طب سنتی ایران است. روش و ابزار: این بررسی از نوع گذشته نگر بوده و دیدگاه جرجانی در مبحث فتق های جدار قدامی شکم از کتاب نخیره خوارزم شاهی با نظریات نوین پزشکی مورد مقابله و مقایسه و مطابقت و نقد و بررسی قرار گرفته است.

نتایج: یافته های این بررسی نشان میدهد که جرجانی لایه های جداره قدامی شکم، رابطه صفاق و فتق، عوامل ایجاد فتق، فتق ناف، فتق مستقیم و غیر مستقیم مجرای مغبنی، تشخیص انواع فتق و آسیب شناسی فتق را مورد مطالعه قرار داده است.

بحث و نتیجه گیری: مقایسه نتایج حاصل از مطالعه تطبیقی دیدگاه جرجانی در مورد فتق های جدار قدامی شکم نشان می دهد که نظر جرجانی در مورد تشریح لایه های جدار قدامی شکم، فتق ناف، فتق مغبنی و انواع آن، عوامل ایجاد فتق، نشانه شناسی فتق، منطبق بر کتابهای جدید پزشکی بوده و مورد تأیید است.

کلیدواژه: تشریح، مجرای مغبنی، جراحی، فتق، نخیره خوارزم شاهی، جرجانی، طب

سنتی

مقدمه

نظایر آن در تاریخ پزشکی آمریکا بی سابقه است (۲). همچنین گزارش سال ۲۰۰۳ بنیاد های بهداشتی آمریکان نشان میدهد که ۴۲ درصد افراد بالغ آمریکا از طب مکمل استفاده می کنند (۳). رویکرد نوین مردم ایران به روشهای درمانی طب سنتی نیز مورد عنایت مسئولین فرهنگستان علوم پزشکی بوده (۴) و این موضوع جزء اولویت های تحقیقاتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور (۵) و وزارتخانه متبوع

انتشار گزارش اتحادیه کالج های پزشکی آمریکا در مورد وضعیت طب مکمل در سال ۱۹۹۸ نشان داد که ۶۴ درصد از این دانشکده های پزشکی آمریکا دروس انتخابی (elective) طب مکمل را به دانشجویان خود ارایه می نمایند (۱)، خبرنامه جامعه پزشکی دانشگاه هاروارد در سال ۲۰۰۶ اعلام نمود که استقبال مردم آمریکا به روشهای معالجاتی طب مکمل مانند گیاه گیاه درمانی، طب سوزنی، مکملهای غذایی و

۱ - عضو گروه آموزشی طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۲ - مدیر گروه طب سنتی و گیاهان دارویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

روش و ابزار

این پژوهش از نوع گذشته نگر بوده و دیدگاه جرجانی در زمینه فتق های جدار قدامی شکم [lapara] با نظریات پزشکی امروز دنیا به شیوه تطبیقی و مقابله ای و مقایسه ای مطالعه گردیده است، بدین منظور مبحث فتق کتاب ذخیره خوارزمشاهی (۱۰)، مورد استناد قرار گرفته است، در بخش یافته های مقاله عبارات جرجانی با حرف اختصاری (ج) و جملات کتابهای جدید پزشکی با حرف (د) مشخص شده است، ابتدا عین عبارات کتاب ذخیره نقل شده و در صورت لزوم موارد الحاقی در بین نشانگر [آمده است، در پایان هر عبارت جرجانی، شماره صفحه (ص) و سطر (س) مربوطه درج گردیده است، جملات منقول از کتابهای جدید پزشکی بلافاصله در زیر عبارات جرجانی نگاشته شده که موجب سهولت تطبیق آنها میگردد.

یافته ها

ج ۱: باید دانست که پوشش شکم پوست است و عضلها و دو حجاب [پوشش] است یکی زدنونست [از درون است] و مماس معده و روده هاست و آن را به تازی المطفیف بالامعاء [پیچیده دور روده ها] گویند [صفاق احشایی] و دیگری که بیرون ترست و آن را به لغت یونان [ی] باریطون [صفاق] گویند و به تازی ممتد گویند از بهر انکه [آنکه] این دارنده تر [نگهدارنده تر] است، و منفعت از هر دو آنست که کثافت [غلظت] ایشان نگذارد کی [که] حرارت باحشا متلاشی شود تا همیشه احشا گرم باشد، و عضلها و پوست و چربی [چربی] یکی بر حجابها بود، در ان یاری کند (ص ۵۳۲ سس ۱۱-۹).

د ۱: اطلاع از لایه های جدار شکم از ضروریات جراحی های فتق می باشد، این لایه ها عبارتند از پوست و بافت زیر جلدی، پرده ها و عضلات، پرده عرضی، بافت پیش صفاقی، صفاق (۱۱)، صفاق شامل یک لایه ایست که احشا را در بر می گیرد (لایه احشائی) و یک لایه ای که دیواره های حفره

قرار گرفته است (۶)، و در چند ساله اخیر، گروه ها و دانشکده های طب سنتی در دانشگاه های کشور شروع به فعالیت نموده و شورای آموزش طب سنتی و مکمل ایجاد دکترای تخصصی طب سنتی را در چشم انداز خود قرار داده است (۷) پاسخ شایسته به نیازهای آموزشی و درمانی آموزش گیرندگان و درمان پذیران و همگامی با پیشرفتهای جهانی در زمینه طب مکمل مستلزم شناخت علمی منابع و مراجع اصلی طب سنتی ایران است، از جمله مراجع برجسته طب سنتی، کتاب ذخیره خوارزمشاهی است که به عقیده صاحب نظران بین المللی تاریخ طب، همان خدمتی را که کتاب مقدس مسیحیان به نثر انگلیسی کرده، کتاب ذخیره خوارزمشاهی به فرهنگ و زبان فارسی تقدیم داشته و با تالیف این دائرة المعارف بزرگ، اساس اصطلاحات فن پزشکی ایران بر پایه ماخذ صحیحی استوار گردید است (۸). در این کتاب مباحث فیزیولوژی، تشریحی، آسیب شناسی درمان بیماریها، روانشناسی، علامت شناسی و اعمال مختلف جراحی مورد مطالعه قرار گرفته است (همان ۸ ص ۲۵۰). امروزه بلااستثناء در تمام کتابهای تشریحی و جراحی شکم، مطالب مفصلی راجع به موضوع فتق جدار شکم نگاشته شده است زیرا جراحیهای فتق یکی از پنج اعمال جراحی شایع بوده و حدود ۷۵ درصد اینگونه فتق ها نیز به فتق های جدار قدامی تحتانی شکم مربوط می شود (۹). جرجانی فتق های این ناحیه را با اصطلاحات و عبارات رایج زمان خود مورد بحث قرار داده و نکات تشریحی، آسیب شناسی، علت شناسی و تشخیصی آن را به نحوی بیان نموده است که پس از هزار سال هنوز هم پایه های علمی آن استوار و پایرجا می باشد. هدف این مطالعه، مقایسه تطبیقی دیدگاه جرجانی با نظریات پزشکی نوین در خصوص فتق های ناحیه جدار قدامی شکم و ارائه دیدگاهی نو از ذخیره و پشتوانه بزرگ پزشکی طب سنتی به کوشندگان و پویندگان راه حکما و دانشمندان برجسته طب سنتی ایران می باشد.

این حجاب باریطون شکافد و سوراخ شود (سس ۱۴-۱۳).
 د ۴: در اکثر موارد بیمارانی که دچار فتق شده اند سابقه زور زدن شدید و با برداشتن وزنه های سنگین دارند (۱۷).
 هر عاملی که فشار درون شکمی را بالا ببرد موجب فتق می گردد مانند: سرفه های مزمن، یبوست به علاوه چاقی مفرط و ضعف عضلات نیز موجب فتق می شود (۱۸).

ج ۵: اگر این سوراخ برابر ناف افتد یا برتر یا فروتر روده و ثرب [چادرینه بزرگ] بدین سوراخ بیرون آید و از جایگاه بیرون خیزد آن را به تازی فتق مراق البطن گویند یعنی فتق پوست شکم [فتق نافی] (سس ۱۵-۱۴).

د ۵: فتق نافی اکتسابی در بالا و پائین ناف ایجاد می شود و عموماً همراه روده چادرینه بزرگ هم وارد می شود این نوع فتق در زنان چاق و میان سال و پر زاد و ولد بیشتر مشاهده می شود (۱۹).

ج ۶: اگر این منفذ [مجرای مغبنی] که از آخر باریطون ساخته شدست شکافته شود ثرب [چادرینه بزرگ] و روده آنجا فرود آید و [ممکن است] این شکاف کوچک باشد و یا بزرگ باشد، اگر کوچک باشد روده از بیغوله ران فروتر نیاید و آن را به تازی فتق الاربیات [آربی: بیخ ران، مغبن] گویند، یعنی فتق بیغوله [ران] و اگر بزرگ باشد روده با آن حجاب مطیف [صفاق] به کیسه خایه فرود آید و آن را به تازی قیله الامعاء [فتق روده ها] گویند یعنی فرود آمدن روده به کیسه خایه [فتق کیسه بیضه] (سس ۱۷-۱۵).

د ۶: روده در فتق غیر مستقیم (indirect) از طریق سوراخ عمقی مجرای مغبنی (deep inguinal ring) وارد آن مجرا می شود و بطرف سوراخ سطحی می رود، اگر به سوراخ سطحی نرسید آن را فتق ناقص مغبنی (incomplete inguinal hernia) و اگر از آن عبور کند فتق کامل مغبنی (complete inguinal hernia) نامیده می شود، روده در مردان به کیسه بیضه وارد می شود و آن را فتق کیسه بیضه (scrotal) می گویند (۲۰).
 ج ۷: گاه باشد که سبب فرود آمدن روده به بیغوله ران و بکیسه خایه، شکافتن باریطون نباشد لکن رطوبتی [مایع

شکم را می پوشاند (لایه جداری)، (۱۲) بین صفاق جداری و دیواره شکم در نواحی مختلف مقادیر متفاوتی از چربی وجود دارد (۱۳).

ج ۲: و این حجاب باریطون را منفعتی دیگر است خاصه و آنست که روده ها را برنهاد خویش نگاه می دارد تا فراز و باز نشوند و بجایگاه خالی فرو نیفتد و این منفعت او از آنست که دارند تر و کشنده تر است (سس ۱۲-۱۱).

د ۲: بند روده یک چنین صفاقی است که روده کوچک را به جدار خلفی شکم آویزان می کند (۱۴).

ج ۳: و این باریطون تا تهی گاه و بیغوله ران بیامدست و از اجزای او دو منفذ ساخته شده چون دو موری [مجرا] از هر سو از [هر طرف شکم] یکی فرو آمدست تا نزدیک هر [یک از] دو خایه و آنجا گشاد شدست و هر یک بار دیگر پیوسته شده و یک خریطه [کیسه سر بسته] گشته گردد بر گرد هر [یک از] دو خایه (سس ۱۳-۱۲).

د ۳: در هنگام نزول بیضه ها در طرفین خط وسط جدار قدامی شکم استتاله لوله مانندی از صفاق به حفره کیسه بیضه نفوذ می کند که آن را زائده غلافی [process vaginalis] می نامند، در اثر نفوذ این زائده مجرای مغبنی ایجاد می شود، استتاله صفاقی مذکور دور تا دور بیضه را گرفته و غلاف پوشاننده [tunica vaginalis] بیضه را می سازد، مجرای زائده غلافی [process vaginalis canal] معمولاً یکسال پس از تولد بسته می شود و ارتباط غلاف پوشاننده بیضه با حفره صفاق قطع می شود (۱۵)، بقایای صفاق جداری در پشت جدار قدامی شکم [lapara] در نزدیک بیخ ران حفره ای صفاقی موسوم به حفره مغبنی خارجی [lateral inguinal fossa] را ایجاد میکند که مشخص کننده مبداء زائده غلافی و مسیر نزول بیضه هابوده و نشانگر محل سوراخ عمقی مجرای مغبنی [deep inguinal foramen] است (۱۶).

ج ۴: هر گاه که مردم [انسان] از جانی بجهد یا او را رنجی سخت رسد یا آواز [صدا] بلند کند یا باری گران برگیرد، یا مانند این [ها] قوتی [زوری] بدو رسد، از صعوبی قوت [شدت زور]

زلالی [باشد که آنجا گرد آید و از این منفضها] مغبنی [یکی یا هر دو] طرف [سست و] به آن رطوبت [آغشته شوند و باندک مایه قوتی، فراخ باز شوند] با زور کمی گشاد شوند و آن رطوبت [زود بدین منفضها فرو آید و فتق الاربیات] مغبنی [یا قیله الامعاء] فتق کیسه بیضه [تولد کند] ایجاد کند (سس ۱۸-۱۷).

۷د: انسداد مجرای زائده غلافی از طرف سوراخ عمقی کانال اینگوینال و از بالای بیضه شروع شده تا در میانه راه به یکدیگر برسند و مجرای مسدود شود، ممکن است این انسداد در یک یا هر دو طرف انجام نشود و انواع فتق‌ها و هیدروسل مادرزادی ایجاد گردد، ممکن است فتق ناقص مادرزادی تا دوره بلوغ ظاهر نشود ولی در اثر ازدیاد فشار درون شکمی و زور زدن ناگهانی، روده وارد مجرای مغبنی شده یا به طرف کیسه بیضه برود (۲۱).

۸ج: و این قیله سه گونه بود یکی که یاد کردم قیله الامعاء [فتق روده ای] دوم آنکه باد بخایه فرود آید و کیسه خایه چون دبه [کدو] شود و آن را به تازی قیله الریح [فتق بادی] گویند و سوم آنک [آنکه] اب [آب] فرود آید و آن را به تازی قیله الما [فتق آبی: هیدروسل] گویند فتق مراق البطن [نافی] و فتق الاربیات [مغبنی] زنان رانیز افتد (سس ۲۰-۱۹).

۸د: درون پوشش غلافی بیضه معمولاً چند قطره مایع سرریزی بیشتر وجود ندارد ازدیاد بیش از حد آن راهیدروسل [فتق آید می گویند که انواع مادرزادی و اکتسابی و اشکال مختلف دارد] (۲۰).

۹ج: اما علامت فتق مراق البطن [نافی] آنست که هر گاه خداوند علت [بیمار] به پشت باز خسبد آنچه بیرون آمده باشد به جای باز شود [به شکم برگردد] و هر گاه که راست بنشیند بیرون آید و نیز هر گاه که دست بر وی [آن] فشارد به جای باز شود و هر گاه که دست بردارد بیرون آید و علامت فتق الاربیات [مغبنی] هم اینست و علامت قیله الامعاء آنست [روده ای]، [این است] که قراقر [صدای قرقر] در خایه افتد و هر گاه که طعامی بادانگیز یا بدگوار خورد یا پیاده برود [روده] بخایه فرود آید، هر گاه که دست بر [آن] نهند به

جای [خود] باز شود و گاه باشد که [روده] فرود آید و به جای باز نشود و خایه سخت شود چون سنگ و رنج بسیار رسد تا [روده] به جای باز شود (سس ۲۳-۲۱)، علامت قیله ریخی [بادی] آنست که قراقر بسیار بود و بدست سبک بود و کیسه خایه چون دبه شود و این [نوع] آسانتر بجای شود (ص ۵۳۳ سس ۵-۴)، علامت قیله الما آنست که پوست خایه روشن بود و قراقر کند و بدست گران بود و کیسه خایه بروزگار سخت بزرگ شود و چون بجنبانی آواز آب کند (سس ۱۱-۱۰) و اگر آب بسیار بود صواب آنست کی بزل کنند [میل بزنند] پس داغ کنند [و صواب آنست] بزل [با] بضع [نشتر] کنند بر یک جانب درز [کیسه بیضه] و آب بدوسه روز بیرون کنند تا غشی [بیهوشی] نیوفتد [سس ۱۴-۱۳].

۹د: تشخیص فتق نافی در اطفال آسان ولی در بالغین (اگر حجم قابل ملاحظه ای نداشته باشد) مشکل است و در اشخاص چاق تشخیص آن خالی از اشکال نیست، در فتق مغبنی حجم فتق متفاوت است اگر شخص بایستد یا زور بزند بزرگ می شود و هنگامی که بیمار روی تخت دراز بکشد ممکن است کم و بیش از نظر غایب شود اگر روی آن فشار آورند از بین می رود و صدای قرقر (gargouillement) شنیده می شود در هنگام زور زدن و سرفه کردن به علت افزایش فشار درون شکمی، فشار درون احشا زیاد می شود و حجم آن افزایش می یابد (۲۳) لذا بهتر است برای آزمایش فتق مغبنی شخص ایستاده معاینه شود (همان ۲۰).

بحث

در تعریف معنی لغوی کشاله یا بیغوله ران در لغت نامه دهخداچنین آمده است که: ملتقای شکم و ران از طرف انسی تن را کشاله یا بیغوله ران می نامند (۲۴)، و در لغت نامه پزشکی دورلند آمده است که: بخش داخلی [medial part] پیوستگاه شکمی-رانی [abdomino-femoral junction] را در زبان لاتین (groin) و در زبان یونانی (Inguina) می نامند که معادل لغات کشاله و بیغوله ران است (۵۲)، هیچ بیماری

ها را بالا برد (مانند سرفه مزمن، یبوست و...) می تواند باعث بروز فتق شکمی شود (د) و در کتاب ذخیره نیز آمده است که هر گاه که مردم [انسان] از جانی بجهد یا او را رنجی سخت رسد یا آواز [صدا] بلند کند یا باری گران برگیرد یا مانند این قوتی [زوری] بدو رسد، از صعبی قوت [شدت زور] این حجاب باریطون شکافد و سوراخ شود (ج ۴) که موارد مذکور تماماً مورد تایید متون جدید پزشکی است (۹، ۱۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴). در کتابهای جدید جراحی محل بروز فتق نافی [umbilical hernia] را در بالا و پائین ناف ذکر می کنند و اشاره می کنند که در اینگونه فتق ها روده معمولاً همراه با چادرینه بزرگ [greater omentum] به کیسه فتق وارد می شود (د ۵)، در کتاب ذخیره نیز آمده است که: فتق های مرقا البطن [فتق نافی] در برابر ناف افتد یا برتر و یا فرو تر [از آن] و ثرب روده [چادرینه بزرگ: greater omentum] همراه روده وارد کیسه فتق می شود (ج ۵).

در کتاب های جدید جراحی و تشریحی ذکر می شود که: در فتق مغبنی غیر مستقیم [indirect inguinal hernia] روده از طریق سوراخ عمقی وارد مجرای مغبنی می شود، اگر روده از سوراخ سطحی مجرای مغبنی خارج نشود آن را فتق ناقص مغبنی [incomplete inguinal hernia] می گویند و اگر از سوراخ سطح عبور کند آن را فتق کامل مغبنی [complete inguinal hernia] می نامند (د ۶)، و در کتاب ذخیره خوارزمشاهی نیز دقیقاً اشاره شده است که: اگر روده ها از بیغوله ران [مجرای مغبنی: inguinal canal] فروتر نیاید، آن را فتق الاربیات یعنی فتق بیغوله ران [معادل فتق ناقص مغبنی: incomplete inguinal hernia] و اگر روده با آن حجاب مطیف [visceral peritoneum] از [مجرای مغبنی عبور کند] و به کیسه خایه فرود آید آنرا بتازی قیلة الامعا گویند یعنی فرود آمدن روده بکیسه خایه [complete inguinal hernia] می گویند (ج ۶). در کتاب های جدید تشریحی آمده است که: تنوع ناهنجاری های زائده غلافی [variations of process vagina-lis abnormalities] بسیار است و انواع فتق ها [hernies] و آب آوردن های مادرزادی کیسه بیضه [hydrocele congenital]

همچون فتق های شکمی نشان دهنده میزان نیاز به ترکیب معلومات تشریحی و مهارت های جراحی نیست (۲۲)، در کتب جراحی جدید موضوع فتق های شکمی با مبحث لایه های پوشاننده فتق شروع می شود (د ۱) و در کتاب ذخیره خوارزمشاهی نیز اولین بحث در این زمینه مربوطه به لایه های پوشاننده شکم است (ج ۱).

در کتابهای جدید تشریحی ساختمان مجرای مغبنی [inguinal canal] مورد توجه بسیار می باشد (د ۸-۳) و در کتب جنین شناسی موضوع صفاق [Peritoneum] و زائده غلافی [vaginal process] و پوشش غلافی [tunica vagi-nalis] بیضه ها و ناهنجاریهای آن مورد بحث قرار گرفته (د ۳) و در کتب جراحی بر رابطه آب کیسه بیضه [hydrocele] و فتق [hernia] و زائده غلافی و مجرای مغبنی تاکید می شود، همچنین در کتابهای جدید تشریحی اشاره می شود که صفاق جداری در طرف راست و چپ پشت دیواره قدامی شکم [lapara] یک حفره صفاقی ایجاد می کند بنام حفره مغبنی خارجی [Lateral inguinal fossa] که نشان دهنده سوراخ عمقی مجرای مغبنی است و این حفرات مشخص کننده منشأ زائده غلافی [Process vaginal] بوده که کیسه زلالی [seroserous] بیضه ها موسوم به [Tunica vaginalis] از آن مشتق می شود (د ۳).

در کتاب ذخیره نیز آمده است که: باریطون [صفاق] تا تهی گاه [groin] و بیغوله ران [inguinal region] بیامدست و از اجزای او دو منفذ [deep inguinal foramen] ساخته شده چون دو موری [process vaginalis canal] از هر سو یکی فرود آمدست تا نزدیک هر دو خایه و آنجا گشاده شدست و هر یک بار دیگر پیوسته شده و یک کیسه بسته گشته [tunica vaginalis] گرد برگرد هر دو خایه، [ص ۳۲-۵۳ ۱۳-۱۱]، که به صورت واضح ارتباط مجرای مغبنی [inguinal canal] و غلاف پوشاننده بیضه [process vaginalis] را بیان می نماید (ج ۳).

در مورد علل فتق های اکتسابی در کتب های جدید جراحی ذکر می شود که: هر عامل که فشار شکمی و روده

مطالعه تطبیقی دیدگاه جرجانی در باره فتق های جدار قدامی شکم ...

آمده است که: و این قیله [فتق] سه نوع بود، قیله المعاء، قیله الريح و قیله الماء [فتق آبی]، (ج۷) که نوع سوم دقیقاً همان آب آوردن کیسه بیضه [hydrocele] میباشد.

این مطالعه نشان میدهد که با وجود یک فاصله هزار ساله، دیدگاه جرجانی درباره فتق های جدار شکم، مورد تأیید و تأکید منابع جدید پزشکی بوده و منطبق بر نظریات نوین پزشکی میباشد. لذا به نظر می رسد که بررسی مقایسه ای و تطبیقی منابع و مآخذ طب سنتی ایران علاوه بر تجلیات فرهنگی تاریخی میتواند پاسخ گوی نیاز های آکادمیک گروه های آموزشی دانشکده های طب سنتی ایران و موثر در رویکرد های نوین درمانی باشد.

به این ناهنجاری ها مربوط میشود و ممکن است روده در دوره بلوغ با ازدیاد فشار درون شکمی [inter-abdominal pressure] وارد زائده غلافی شده و ایجاد فتق ناقص مادرزادی نماید (۷د).

در کتاب ذخیره نیز مطالب فوق الذکر مورد توجه قرار گرفته و آمده است: گاه باشد که سبب فرود آمدن روده به بیغوله ران و به کیسه خایه شکافتن [رخنه] باریطون [صفاق] نباشد، لکن رطوبتی [serose] باشد که آنجا گرد آید و از این منفذ ها یکی یا هر دو [منفذ] سست و آغشته شود و به اندک مایه قوتی باز شود و [آن رطوبت] بدین منفذ فرود آید و فتق الاربیات [فتق ناقص مغبنی] و قیله الامعاء [فتق کامل مغبنی] تولید کنند، همچنین در کتاب ذخیره خوارزم شاهی

References :

- 1-Miriam S Wetzl ,PhD,david M Eisenberg,MD,Ted J Kaptchuk,OMD,courses involving complementary and alternativemedicine at US medical schools the Journal of American Medical Association(JAMA),vol.280 No.9, September 2,1998,pp784-7.
- 2-Ladapo Joe,conventional medicine faces the alternative,Harvard Web weekly,http://webweekly.hms.harvardedu./archive/2006/o320/student_scene.html .
- 3-Adolescents use of complementary and alternative medicine,clinical trials.gov.identifier:NCT00032656,completed2008,
<http://www.clinicaltrials.gov>
- ۴- شمس اردکانی، محمدرضا، معطر، شریعت، گزیده راهنمای گیاهان دارویی، زیر نظر گروه طب اسلامی و طب سنتی، پیشگفتار دکتر ایرج فاضل، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران تهران ۱۳۷۸، ص ۱.

- ۵- عزیزی، فریدون، تعیین اولویت های تحقیقاتی گروه پزشکی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال پانزدهم، شماره ۳ و ۴ مهر-اسفند ۱۳۷۰ صص ۳-۱۱.
- ۶- عزیزی، فریدون، وهمکاران، اولویت های تحقیقاتی گروه پزشکی، بولتن کمیسیون پزشکی کشور، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران ۱۳۷۳، ص ۱.
- ۷- حاتمی، حسین، خبر نامه گروه طب سنتی و عصر تمدن اسلامی دانشگاه علو پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، سمینار یک روزه آشنائی با اهداف طب سنتی، از طرف دبیرخانه شورای آموزش طب سنتی، مرکز آموزشی درمانی طالقانی تهران، ۱۳۸۶/۱۱/۲۸.
- ۸- الگود، سیریل، تاریخ پزشکی در ایران و سرزمین های خلافت شرقی، ترجمه باهر فرقانی، مؤسسه انتشارات امیرکبیر، تهران ۱۳۷۱ صص ۲۴۹.
- 9 - Sabiston David C,Essential of surgery ,fifth

edition, WB Saunders, Philadelphia, 1994, p432.

۱۰- جرجانی، سید اسماعیل، ذخیره خوارزمشاهی، چاپ عکسی از روی نسخه خطی به کوشش سعیدی سیرجانی، شماره ۲۴۹ انتشارات بنیاد فرهنگ ایران، تهران، ۱۳۵۵، صص ۳-۵۳۲.

11 - Sabiston David C, textbook of surgery, fifteen edition, WB, Saunders, Philadelphia, 1997, p1215.

12 - Kahle W, Leonhardt H, Platzer W, color atlas and textbook of human anatomy, vol. 2, 3rd edition Thieme Inc., New York, 1986, p210.

13 - Guyton Arthur C, anatomy and physiology, Saunders College publishing, New York, 1985, p180.

14 - Feneis Heinz, pocket atlas of human anatomy, 4th edition, G. George Thieme. New York, 1985, p180.

۱۵- حکمت: حسین، ماستری فراهانی، رضا، فدائی، فاطمه، نوروزیان محسن، آناتومی تنه، موسسه نشر جهاد، وابسته به جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی، چاپ اول تابستان ۱۳۷۲، تهران صص ۷-۱۹۵.

16 - Editor-in-chief, Susan Standring, PhD, Gray's Anatomy, 39th ed., e-edition, online access only, ISBN044306672, Elsevier Inc., Printed in Spain. 2008, p1133.

17 - Bailey Hamilton, Hamilton-Bailey's physical

signs; demonstration of physical signs in clinical surgery edited by John S P Lumley, 18th ed, Oxford Butterworth-Heinmann, ISBN0-7506-1621-0 1997, P271. 18 - Ellis Harold, and Sir Roy Caine, Lecture notes on general surgery Blackwell Scientific Publication ISBN 0632018984, 1987, P 269.

19 - Linder Harold H, clinical anatomy, Lange medical book, 1989, p202

20 - Epstein Owen, clinical examination 2ed edition, Mosby, Spain 1997, p209.

21 - Netter, Frank, The CIBA collection of medical illustration, vol 2, publisher CIBA, USA, 1986, p67.

22 - Chaurasia's human anatomy, vol 2, 3rd edition, fourth reprint, CBS publisher, India, 1999, pp 177-80.

۲۳- لژه، لوسین و همکاران، سمیولوژی جراحی، ترجمه و تنظیم سید فرشی، جلال، حسابی، عبدالمجید، انتشارات شرکت سهامی چهر، ۱۳۵۷ چاپ دوم، ۱۳۵۷، صص ۳-۲۳۲.

۲۴- دهخدا، علی اکبر، لغت نامه دهخدا، چاپ اول از دوره جدید، انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، بهار ۱۳۷۳، جلد ۱۱، صص ۷-۱۶۱۵.

25 - Editorial board, Dorland medical dictionary, 2ed, WB Saunders company, Philadelphia, 1994. p719.