بررسی ارتباط آناتومیک کبد و معده از دیدگاه طب سنتی ایران و طب نوین

رسول شفیع‌زاده[الف]، سید سعید اسماعیلی صابر[الف]، سید مؤید علویان[ب]، حسن نامدار[الف]، رضا میرحیدری[الف*]

[الف]گروه طب سنتی ایرانی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
[ب]مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: از دیدگاه طب سنتی ایران، بدن انسان سیستمی یکپارچه با اعضای مرتبط با هم است که بیماری یا سلامت هرکدام از آن‌ها برهم اثر می‌گذارد. ممکن است عامل ایجاد بیماری یک عضو، در عضو دیگری باشد که به آن، عضو مشارک و بیماری را مشارکتی گویند؛ ازطرفی درمان عضو مشارک موجب بهبودی عضو بیمار می‌شود. هدف این مطالعه، بررسی ارتباط آناتومیک بین کبد و معده می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعهٔ مروری کتابخانه‌ای، فصل تشریح کبد و معده از کتاب‌های معتبر طب سنتی ایران مانند «*قانون در طب*» و «*تشریح الابدان منصوری*» بررسی و با مطالب کتاب‌های آناتومی طب نوین مثل «*آناتومی گری*» و اطلس‌های آناتومی مقایسه شد. مقالات موجود در پایگاه‌های داده‌ای الکترونیک نیز بررسی شد. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، وجوه مشترک و تفاوت‌ها بین دو دیدگاه طب سنتی ایران و نوین مشخص شد.

یافته‌ها: ارتباط آناتومیک کبد و معده در دو دیدگاه طبی، در چهار محور ارتباط عصبی (غشاء، عصب حسی، تاندون)، عروقی (شریان کبدی، وریدهای ماساریقا و باب)، مجاورتی (مجاورت کبد با معده) و ارتباط به‌واسطهٔ عضو سوم (کیسه صفرا) مشاهده و تطبیق داده شد.

نتیجه‌گیری: تطابق واضح ارتباط آناتومیک کبد و معده در دو دیدگاه بیانگر دانش حکیمان طب سنتی ایران از علم تشریح است، همچنین بررسی منابع عظیم علمی طب سنتی ایران نشان می‌دهد مبنای کتاب‌های آناتومی نوین، مطالبی است که از هزاران سال قبل به‌دست دانشمندان امروز رسیده است.

تاریخ دریافت: آبان ۹۹
تاریخ پذیرش: دی ۹۹

کلیدواژه‌ها: کبد، معده، طب سنتی، طب ایرانی

مقدمه:

با توجه به گرایش روزافزون مردم به‌سمت استفاده از درمان‌های طب مکمل در دهه‌های اخیر و همچنین بروز و ظهور دیدگاه کل‌نگر مکاتب طبی کهن از جمله طب سنتی ایران در جامعهٔ دانشگاهی نیاز به پژوهش در حوزه‌های گوناگون این طب بیشتر شده است. یکی از موارد اساسی که در آموختن طب سنتی و فهم مطالب آن و در نتیجه درمان موفق بیماران به فراگیران طب سنتی کمک می‌کند علم تشریح یا آناتومی است؛ زیرا بر پایهٔ یک آناتومی غلط، نمی‌توان درک صحیحی از افعال فیزیولوژیک بدن و در نتیجه برنامهٔ درمانی صحیح، سریع و کم‌عارضه داشت. علم تشریح در طب سنتی ایران مانند علم آناتومی در طب نوین از مباحث پایه‌ای و اصلی در تحصیل علم پزشکی قدیم بوده است به‌طوری‌که آن را یکی از فنون چهارگانهٔ طبی (علم شناخت بیماری‌ها، علم العلاج یا علم درمان بیماری‌ها، علم شناخت دارو، علم تشریح اعضاء) می‌دانستند و فراگیران علم طب، در ابتدا باید آن را می‌آموختند (۱). شیخ‌الرئیس ابن‌سینا درمورد اهمیت تشریح معتقد است که طبیب به مقتضای حرفهٔ پزشکی لازم است نسبت به بعضی از موضوعات تنها تصور شناختی و علمی داشته باشد و وجود آنها را همان‌گونه که نزد دانشمند طبیعی پذیرفته شده تصدیق کند لیکن دربارهٔ اعضای بدن باید با مشاهده و تشریح به آن دست یابد (۲).

تشریح در اصطلاح طب سنتی عبارت است از علمی که با آن حقیقت اعضاء، از روی کمّیت و کیفیت و وضع؛ یعنی تعداد، صور، اشکال، وضع، موقع و نسبت آنها با هم؛ از قُرب و بُعد و مشارکت و مُحاذات و غیر آن شناخته می‌شود (۳).

* فرد مسئول مکاتبات: r.mirheidary@shahed.ac.ir

حکیم جرجانی نیز در کتاب *ذخیرهٔ خوارزمشاهی* می‌فرماید: «هرگاه که طبیب خواهد که از اعراض ظاهر، احوال باطن را بداند نخست باید که تشریح اندام‌های یکسان، گوهر آن، ترکیب اندام‌های مرکب، همسایگی، مشارکت هر اندامی با دیگر اندام‌ها، خاصیت، فعل و قوت هر یک بدانسته باشد و شکل و نهاد هر یک شناخته، تا غرض، وی را حاصل شود» (۴).

در طب سنتی ایران موضوع ارتباط اعضاء بدن با یکدیگر از جمله کبد و معده یکی از مواردی است که در علم تشریح تحت عنوان مشارکت به آن پرداخته می‌شود. بر این اساس اعضاء مختلف بدن با توجه به نقش و جایگاه خود با اعضای دیگر ارتباط ساختاری (آناتومیک) و عملکردی (فیزیولوژیک) دارند و می‌توانند بر یکدیگر تأثیر بگذارند؛ در این حالت بیماری یک عضو می‌تواند ناشی از اختلال در عضو دیگری باشد به این مفهوم که علت بیماری در جایی و علایم و عوارض آن در جایی دیگر پیدا شود که به این حالت بیماری مشارکتی یا شرکی می‌گویند از طرفی درمان عضو مشارک می‌تواند موجب بهبودی عضو بیمار شود (۵).

ارتباط یا مشارکت میان اعضاء از نظر ابن‌سینا از راه‌های زیر امکان‌پذیر است:

۱- اتصال دو عضو: وجود ارتباط عصبی یا عروقی بین دو عضو

۲- راه داشتن به سمت عضو دیگر: یک عضو مسیر عبور مواد به عضو دیگر باشد مانند ورم کشالهٔ ران و ساق

۳- مجاورتی مانند دماغ (مغز) با گردن

۴- یک عضو مبدأ افعال عضو دیگر باشد

۵- ارتباط خادم و مخدومی مانند عصب برای دماغ

۶- میانجی عضو سوم مانند مشارکت دماغ با کلیه به‌واسطهٔ کبد

۷- مشارکت به‌صورت عادتی مانند صعود بخارات معده به مغز (۶).

البته منابع دیگر طب سنتی راه‌های دیگری نیز نام برده‌اند مانند: محل ریزش فضول (مواد زائد) عضوی دیگر بودن، اتفاق در جنس و اتفاق در فعل یعنی اعضایی که عملکرد یا جنس مشابه دارند (۷).

از دیدگاه طب سنتی ایران، معده و کبد جایگاه ویژه‌ای در بدن دارند به‌گونه‌ای که معده در مقام عضو شریف، مشارک و جایگاه هضم اول بوده و کبد عضو رئیس، محل هضم دوم و تولید اخلاط است (۸، ۹). بنا بر نظر ابن‌سینا بیماری‌های کبد می‌تواند ناشی از خود کبد و یا از مشارکت اعضا دیگری مثل معده، طحال، کیسه صفرا، کلیه‌ها و روده‌ها ناشی شود که البته بیماری‌های مشارکتی کبد در بیشتر مواقع ناشی از معده است (۱۰، ۱۱). موضوع مشارکت اعضاء، باعث می‌شود پزشکان در مواجهه با بیماری‌های کبدی به وضعیت گوارش و مخصوصاً معده بیمار نیز توجه داشته باشند که نقش درمانی مهمی خواهد داشت.

اگرچه مطالعاتی در مورد تشریح معده و کبد در طب سنتی و مقایسهٔ آن با طب نوین به‌صورت مجزا انجام شده است (۱۲-۱۴) اما به‌جز یک مورد که فقط به ورید باب و انشعابات آن اشاره داشته (۱۵)، مطالعه‌ای اختصاصی در مورد ارتباط تشریحی بین معده و کبد یافت نشد.

مقایسهٔ ارتباط تشریحی معده با کبد می‌تواند به فراگیران و محققین طب سنتی در فهم بهتر مطالب متون طب سنتی کمک کرده و در درمان بیماران راهگشا باشد. همچنین یافته‌های این مطالعه می‌تواند در پژوهش‌های جدید محققان طب سنتی ایرانی مورد استفاده قرار گیرد. لذا هدف مطالعهٔ حاضر این است که ارتباط آناتومیکی بین معده و کبد را از دیدگاه طب سنتی ایران و طب نوین مقایسه کند.

مواد و روش‌ها:

در تحقیق حاضر، از روش مطالعهٔ کتابخانه‌ای به‌صورت توصیفی، تحلیلی استفاده شد. ابتدا بخش تشریح کبد و معده با دیدگاه بررسی ارتباطات آناتومیکی کبد با معده از کتاب‌های معتبر طب سنتی ایران از قرن سوم تا سیزدهم هجری قمری مانند *قانون در طب*، *طب اکبری*، *اکسیر اعظم*، *کامل الصناعه الطبیه*، *شرح قانون* ابن‌نفیس، *خلاصه الحکمه*، *ذخیرهٔ خوارزمشاهی*، *الاغراض الطبیه*، *مفرح القلوب*، همچنین

کتاب‌های اصلی تشریح در طب سنتی ایران مانند *تشریح الابدان* منصوری، *تشریح* ابوسهل مسیحی و *خزائن الملوک* از حکیم شمس‌الدین احمد بررسی شدند. ملاک انتخاب کتاب‌ها، اعتبار مؤلف و قابل استناد بودن آن‌ها بود. از منابع طب نوین نیز، کتاب‌های معتبر *آناتومی گری*، *کلینیکال آناتومی*، *آناتومی تنه* تألیف دکتر بهرام الهی و *اطلس‌های آناتومی* بررسی شدند. همچنین برای یافتن مقالات مشابه، کلمات Anatomy, Liver, Stomach, Anatomical Connection و Traditional Medicine در پایگاه‌های داده‌ای Google Scholar, PubMed, و معادل فارسی آنها نیز در پایگاه‌های داده‌ای داخلی بررسی و جست‌وجو شدند. اطلاعات به‌دست آمده مورد تجزیه و تحلیل محتوایی قرار گرفتند. اشتراکات و افتراقات بررسی و به‌صورت مقایسه‌ای بین دو دیدگاه طب سنتی و نوین جمع‌بندی شدند.

یافته‌ها:

در مورد موضوع مشارکت اعضاء از دیدگاه طب سنتی ایران، می‌توان مشارکت کبد و معده را از دو دیدگاه ساختاری (آناتومیک) و عملکردی (فیزیولوژیک) بیان کرد. از نظر ساختاری: ۱) ارتباط عصبی، ۲) ارتباط عروقی، ۳) ارتباط مجاورتی معده و کبد، ۴) ارتباط به‌واسطهٔ عضو سوم و در مورد ارتباط عملکردی: ۱) خادم و مهیئ بودن معده، ۲) نقش معده و کبد در هضم‌های چهارگانه را می‌توان به‌عنوان مهم‌ترین ارتباط‌ها بیان کرد. البته در این مطالعه، ارتباط ساختاری (آناتومیک) بین کبد و معده مورد بررسی و تحقیق قرار گرفته است.

ارتباط ساختاری (آناتومیک) کبد و معده

۱) ارتباط عصبی

از نظر حکمای طب سنتی ایران، عصب جسمی سفید است که در خم شدن و پیچیدن، منعطف و نرم اما در برابر انفصال و پاره‌شدن محکم که در فارسی آن را پی می‌گویند ولی بر اساس عملکرد و منافع با هم متفاوتند. بعضی محکم و طولانی، بعضی ضعیف و باریک و نوعی نیز عریض و مفروش‌اند. نوع اول عصب نام دارد و از نخاع یا مغز منشاء می‌گیرد؛ نوع دوم، رباط و نوع سوم، وتر نامیده می‌شود. فایده یا نقش ذاتی عصب (معنی مطلق عصب) افادهٔ حس و حرکت به سایر اعضاء است. همچنین عصب با توجه به خصوصیاتش می‌تواند به‌عنوان غشاء پوشانندهٔ اعضاء گوشتی برای حفظ شکل آنها و نیز تقویت و استواری بدن و کمک به اعضاء فاقد حس و حرکت در جلوگیری از عوامل آسیب‌زا، به‌کار رود (۳).

الف) دیدگاه طب سنتی ایران

باتوجه به متون طب سنتی ایران، جنس عصب در کبد به سه شکل متفاوت است:

۱. غشاء پوشانندهٔ (مجلّل) کبد؛ که نقش آن حفظ شکل و قوام گوشت کبد برای جلوگیری از پراکندگی بافت آن است. از طرفی دانشمندان طب سنتی جرم کبد را فاقد حس دانسته و معتقدند غشاء پوشانندهٔ کبد، کثیرالحس بوده و حس فراوان دارد، تا از یک طرف کبد از حدّت اخلاط تولیدشده در خودش مصون مانده و از طرف دیگر از عوامل آسیب‌زای داخلی یا خارجی آگاه شود و آن را دفع کند (۲، ۴، ۱۶).

۲. عصب حسی در کبد: در منابع طب سنتی ایران کبد را فاقد حس می‌دانند، البته دو نوع عصب باریک برای جرم کبد ذکر شده است: الف) بخش باریکی از غشاء عصبی پوشانندهٔ کبد، به داخل کبد نفوذ کرده، نوعی از حس را به قسمت سطحی کبد می‌رساند (۱۰، ۱۷، ۱۸)؛ ب) عصبی باریک که معده و کبد را به هم متصل کرده ولی در بیماری‌های مشارکتی بین آن دو تأثیری ندارد مگر در حالتی که ورم در کبد رخ دهد (۳، ۱۰، ۱۹). حکیم محمد ارزانی نیز می‌فرماید: «هرچند در خود جگر عصبی نیست؛ لیکن عصبی باریک از معده به جگر پیوسته است. و از آنکه آن عصب به غایت باریک است، معده را از شرکت جگر بیماری کمتر افتد مگر به سبب الم قوی که در جگر پدید آید و آن زمان می‌تواند که معده نیز به مشارکت به رنج اندر آید» (۱۸، ۱۹).

۳. رباط‌های متصل‌کنندهٔ کبد به احشاء مجاور، شامل سه رباط است: یکی رباط متصل‌کنندهٔ کبد به معده و روده‌ها (۲۰)، دیگری رباط قوی و بزرگ متصل‌کنندهٔ کبد به حجاب و بعدی رباط باریک وکوچک که کبد را به دنده‌ها پیوند می‌دهد (۳،

۲۱). در واقع غشاء پوشانندهٔ کبد به‌وسیلهٔ رباط‌هایی به غشاء معده، روده‌ها، حجاب و دنده‌ها متصل می‌شود.

شیخ‌الرئیس می‌فرماید: غشائی که کبد را می‌پوشاند آن را با غشاء پوشانندهٔ معده و روده‌ها مرتبط می‌کند، همچنین کبد را به‌وسیلهٔ یک رباط قوی و محکم به پردهٔ حجاب مربوط می‌کند. رباط‌های باریکی نیز پوشش کبد را به دنده‌های پشتی پیوند داده‌اند (۱۰، ۱۱).

ابن‌نفیس قرشی در *شرح تشریح القانون* می‌گوید: «منظور شیخ از ارتباط غشاء پوشانندهٔ کبد با غشاء پوشانندهٔ معده و روده‌ها، غشاء چربی به نام ثرب (امنتوم) است که از کبد به معده پیوسته سپس روده‌ها را می‌پوشاند» (۲۰).

ب) دیدگاه طب نوین

با مطالعه در طب نوین در مبحث آناتومی کبد مشخص شد دو نوع پوشش برای کبد ذکر شده، یکی از آنها به نام کپسول گلیسون (پوشش فیبروزی کبد) که چسبیده به کبد است، از یک ورقهٔ نازک همبندی لیفی تشکیل شده و از آن تیغه‌های نازکی در محل ناف به کبد وارد شده و آن را به لوب‌ها و لوبول‌ها تقسیم می‌کند. پوشش دوم پریتونئال نام دارد که از جنس صفاق بوده و کل سطوح کبد را پوشانده و کبد را به اعضاء مجاور متصل می‌کند (۲۲). کپسول گلیسون توسط شاخه‌های اعصاب بین‌دنده‌ای تحتانی عصب‌دهی می‌شود و اتساع آن باعث درد شدید می‌شود (۲۳، ۲۴). تأمین عصب پارانشیم کبد از شبکهٔ هپاتیک می‌باشد که از اعصاب سمپاتیک (سلیاک) و پاراسمپاتیک (واگ) ساخته شده است. این اعصاب از ضخامت رباط‌های مختلف کبدی عبور و از پورتاهپاتیس (ناف کبد) وارد این عضو شده و مسیر شاخه‌های شریان هپاتیک و ورید پورتال را دنبال می‌کنند (۲۳). بنابراین باتوجه به مطالب بیان‌شده به‌نظر می‌رسد، احتمالاً در کتاب‌های طب سنتی ایران، کپسول گلیسون همراه غشاء صفاقی در نظر گرفته شده است، به‌طوری‌که حکیم اهوازی هم در *کامل الصناعه الطبیه* منشأ رباطات غشائی متصل‌کنندهٔ قسمت محدّب کبد به حجاب را از صفاق و دنده‌ها می‌داند (۲۵).

در رابطه با عصب باریک نفوذکننده به کبد، ابن‌سینا و ابوسهل مسیحی معتقدند بخش اعظم اعصابی که به کبد می‌رود به غشاء پوشانندهٔ آن می‌رسد اما بخش کوچکی از اعصاب نیز از قسمت تحتانی کبد به جرم آن وارد می‌شود (۱۰، ۱۷) که به‌نظر می‌رسد این بخش از اعصاب، با هم در هر دو دیدگاه تطابق دارند.

در مورد عصب باریک متصل‌کنندهٔ معده به کبد در منابع طب سنتی ایران به‌نظر می‌رسد این عصب باریک، احتمالاً شاخهٔ کبدی از عصب واگوس چپ باشد که از قسمت فوقانی امنتوم کوچک به سمت ناف کبد می‌رود (۲۳).

دربارهٔ رباط ضخیم و محکم (عظیم قوی) صاحب کتاب *تشریح بدن انسان* می‌گوید: «کبد از ناحیهٔ فوقانی خود توسط رباط محکمی (نشأت گرفته از غشاء حدبهٔ کبد) به حجاب (دیافراگم) متصل است. و این امر بدین جهت است که کبد را مخصوصاً در هنگام ایستادن یا حرکات شدید از معلق شدن و سقوط نگه دارد. این رباط، رگ بزرگ برآمده از محدّب کبد (ورید اجوف تحتانی) را هنگام نفوذ و عبور از دیافراگم به سمت قلب احاطه کرده و به کبد و حجاب مرتبط و باعث ثبات آن می‌شود» (۱۷).

در کتب آناتومی طب نوین بیان شده که چین‌های صفاقی (Peritoneal folds) موجود در حفرهٔ صفاقی (Peritoneal cavity)، اندام‌های داخلی بدن را به یکدیگر یا به دیواره شکم متصل می‌کنند. این چین‌ها شامل چادرینه (Omentum)، روده‌بندها (Mesenteries) و رباط‌ها (Ligaments) هستند که معمولاً به نام اعضای متصل‌شده نام‌گذاری می‌شوند برای مثال، رباط اسپلنورنال، طحال و کلیه را به هم متصل می‌کند.

چادرینه (Omentum) نوعی از پرده‌های صفاقی دولایه هستند که شامل چادرینهٔ کوچک (Lesser omentom) و بزرگ (Greater omentom) می‌باشند. چادرینهٔ کوچک یک چین صفاقی است که از خم کوچک معده و ۲/۵ سانتی‌متری اول دوازدهه به طرف کبد امتداد می‌یابد. قسمت داخلی چادرینهٔ کوچک بین معده و کبد رباط کبدی- معده‌ای (Hepatogastric ligament) و بخشی دیگر از آن که بین دوازدهه و کبد قرار دارد رباط کبدی- دوازدهه‌ای (Hepatoduodenal ligament) خوانده می‌شود (۲۳).

پس از مقایسهٔ مطالب آناتومی طب نوین و کتاب‌های مربوط به طب سنتی ایران مشخص می‌شود منظور حکما از غشاء متصل‌کنندهٔ کبد به معده همان چادرینهٔ کوچک (Lesser omentom) و رباط‌های مربوط به آن شامل رباط کبدی معده‌ای (Hepatogastric ligament) و رباط کبدی روده‌ای (Hepatoduodenal ligament) و رباط عظیم قوی را می‌توان با رباط داسی شکل (Falciform) و رباط نگهدارندهٔ ورید اجوف تحتانی را با رباط وریدی (Ligamentum venosum) تطبیق داد. رباط نازک و ضعیف (دقاق صغیر) که کبد را به دنده‌ها مرتبط می‌گرداند نیز احتمالاً با رباط مثلثی چپ و راست و رباط کرونری منطبق است. یافته‌های تطبیق ارتباط آناتومیک اعصاب کبد با معده در دو دیدگاه طب سنتی ایران و طب نوین در جدول۱ ارائه شده است.

جدول۱. تطبیق اعصاب کبد در کتاب *قانون* و *آناتومی گری*

عضو مربوط	توصیف عصب مربوط در کتاب *قانون*	توصیف عصب مربوط در کتاب *آناتومی گری*
غشاء عصبی پوشانندهٔ کبد	سطح پوششی کبد	کپسول گلیسون
اعصاب حسی کبد	بیشتر آن به غشاء کبد متصل می‌شود	شاخه‌های اعصاب بین‌دنده‌ای تحتانی
	جزئی از آن به جرم کبد وارد می‌شود	شبکهٔ هپاتیک از اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک
عصب باریک بین معده و کبد	متصل‌کنندهٔ معده و کبد	احتمالاً عصب واگوس چپ
رباط اتصال‌دهندهٔ کبد به احشاء و امعاء و اعضای داخلی	به معده	چادرینه کوچک و Hepatogastric Ligament
	به روده‌ها	Hepatoduodenal Ligament
	به حجاب (رباط عظیم قوی)	رباط داسی‌شکل (Falciform)
	به دنده‌ها (رباط دقاق صغیر)	رباط مثلثی چپ و راست و رباط کرونری
	به ورید اجوف تحتانی	رباط وریدی (Ligamentum Venosum)

۲) ارتباط عروقی (شریان و ورید)

مشارکت عروقی بین معده و کبد عمده‌ترین نوع ارتباط این دو عضو مهم بدن از دیدگاه طب سنتی ایران است.

۱-۲. ارتباط سرخرگی (شریانی)

الف) دیدگاه طب سنتی ایران: از نظر دانشمندان طب سنتی ایران، شریان‌ها یا سرخرگ‌ها، رگ‌های ضربان‌دار دولایه‌ای هستند که از حفرهٔ چپ قلب روییده و روح حیوانی ایجاد شده در قلب را به تمام اعضاء می‌رسانند (۲). بنا بر گفتهٔ ابن‌سینا در کتاب *قانون* شاخه‌ای از شریان پایین‌رو (آئورت نزولی) پس از عبور از سینه در معده، کبد و طحال پراکنده می‌شود و پس از آن نیز شریانی بیرون می‌آید که در اطراف روده‌های باریک و قولون خون‌رسانی می‌کنند (۶).

ب) دیدگاه طب نوین: در کتب آناتومی طب نوین بیان شده که آئورت شکمی (Abdominal aorta) در هنگام عبور از حفرهٔ شکم دارای شاخه‌های قدامی، جانبی و خلفی است. سه شاخهٔ قدامی شامل تنهٔ سلیاک (Celiac trunk) و شریان‌های مزانتریک فوقانی (Superior mesenteric artery) و مزانتریک تحتانی (Inferior mesenteric artery)، خون‌رسانی به اندام دستگاه گوارش را تأمین می‌کنند. تنهٔ سلیاک در همان ابتدای انشعاب از آئورت به سه شاخه به نام‌های شریان کبدی مشترک، شریان معدی چپ و شریان طحالی (Splenic artery, Left gastric artery, Common hepatic artery) تقسیم می‌شود.

شریان کبدی مشترک یک شاخه با اندازهٔ متوسط از تنهٔ سلیاک است که به سمت راست متمایل و به شاخه‌های شریان اصلی کبدی (Hepatic artery proper)، شریان معده-دوازدهه (Gastroduodenal) و شریان معده‌ای راست (Right gastric artery) تقسیم می‌شود. شریان اصلی کبدی به سمت کبد صعود کرده و نزدیک ناف کبد به دو شاخه، سرخرگ‌های کبدی راست و چپ تقسیم می‌شود. با توجه به

انشعابات سرخرگ کبدی مشترک، خون‌رسانی بخش زیادی از معده و اثنی‌عشر به‌صورت مشترک با کبد است. البته به‌طور کلی کبد، ۲۰ درصد خون خود را از شریان کبدی و ۸۰ درصد از ورید باب دریافت می‌کند، این عروق قبل از وارد شدن به کبد به دو شاخهٔ راست و چپ تقسیم می‌شوند و داخل بافت کبد نیز این عروق به شاخه‌های کوچک‌تر سگمنتال و بین لوبولی تقسیم می‌شوند (۲۳، ۲۴).

واضح است هر دو دیدگاه طبی، اشاره به شریان منشعب شده از شریان آئورت نزولی دارند که وظیفهٔ خون‌رسانی بخشی از معده و کبد و طحال بر عهدهٔ آن می‌باشد. به‌نظر می‌رسد شریان مدنظر در طب سنتی ایران در رابطه با کبد همان شریان کبدی مشترک در طب نوین باشد.

۲-۲. ارتباط وریدی

الف) دیدگاه طب سنتی ایران: مهم‌ترین ارتباط معده و کبد از نظر آناتومیکی و عملکردی، ارتباط وریدی بین آن دو است. در منابع طب سنتی ایران کبد را مبدأ و محل رویش اورده (وریدها) معرفی کرده‌اند، به‌طوری‌که ابن‌سینا در مبحث تشریح اورده می‌گوید: «اَما العُروقِ السَّاکِنه فَانَّ مَنبت جمیعها مِن الکبد» (۲) و همچنین حکیم محمد ارزانی در مورد تشریح عروقی که از کبد روییده‌اند می‌فرماید: «از بخش مقعّر کبد رگی رسته است که آن را باب گویند و بعضی از آن در تمامی جگر پراکنده شده و بعضی بیرون آمده به معده و امعاء پیوسته و این شعب مستخرجه، به ماساریقا مسمی است. و آلت جذب غذا همین است و غذا از معده و امعا بدین عروق منجذب شده و در رگ‌های مستبطنه (داخلی) که در جرم جگر متفرق است درمی‌آید» (۱۷). البته امروزه، دانشمندان علم تشریح، محل رویشی برای وریدها قائل نبوده و مدخل آنها را دهلیزهای قلب شناخته‌اند.

ارتباط وریدی بین معده و کبد برای دو هدف است: یکی تغذیه معده و کبد و دیگری انتقال مواد غذایی هضم شده از اثنی‌عشر و روده‌ها به کبد جهت تبدیل آنها به اخلاط اربعه و سپس تبدیل به بدل آنچه از اعضا تحلیل رفته است (۶). مهم‌ترین ساختار عروقی مشارکت بین معده و کبد، عروق ماساریقاست که امروزه عروق مزانتریک یا روده‌بند نامیده می‌شوند.

عروق ماساریقا

در طب سنتی ایران یکی از ساختارهای مهم بدن که حتی از آن به‌عنوان یک اندام، نام برده شده عروق ماساریقاست. ماساریقا رگ‌های باریک و محکم مانند ریسمان‌هایی باریک هستند که در منابع، مُصمَت (توپر) و بدون جوف معرفی شده‌اند. این عروق هشت شاخه از ورید باب هستند که بعد از خروج از کبد از آن منشعب شده و به معده، دوازدهه، رودهٔ باریک و رودهٔ بزرگ می‌رسند (۲۶). حکیم جرجانی ماساریقا را رگ‌هایی تنگ خوانده که قوت مکیدن و کشیدن آن قوی است (۵). کیلوس تشکیل شده از معده و روده‌ها از طریق عروق ماساریقا به سمت کبد حرکت می‌کند و در نزدیکی آن به‌هم می‌پیوندد که ورید باب را تشکیل می‌دهند و به کبد وارد می‌شوند و سپس در جرم کبد به شاخه‌های متعدد و باریک منشعب می‌شوند (۵، ۶).

ورید باب

دو رگ هستند که از سمت محدّب و مقعّر کبد خارج شده‌اند. نام رگی که از سمت مقعّـر خـارج شده، باب و رگی که از سمت محدّب خارج شده اجوف است. رگ باب در کبد پنج شاخه شده و هر شاخه مجدداً چند شاخه شده است و به کناره‌های کبد می‌رسند. در کتاب *قانون* می‌خوانیم: «ورید باب در دو انتهای خود انشعاب‌هایی دارد، انتهایی که در گودی کبد فرو رفته است به پنج قسمت می‌شود. انشعاباتی از آنها جدا می‌شود و به کنارهٔ محدّب کبد می‌رسد و شاخه‌ای از آنها نیز به کیسه صفرا می‌رود. این انشعابات مانند ریشهٔ درخت رو به رستنگاه خود هستند. انتهای دیگر که به طرف فرورفتگی کبد است بلافاصله بعد از جدا شدن از کبد به هشت شاخه تقسیم می‌گردد که دو شاخهٔ آن کوچک و شش شاخهٔ دیگر بزرگترند. یکی از شاخه‌های کوچک به دوازدهه می‌پیوندد و غذا را از آن دریافت می‌کند؛ این شاخه دارای انشعاباتی است که در بانقراس (احتمالاً لوزالمعده) پراکنده شده است. شاخهٔ کوچک دوم در قسمت‌های پایین معده و بواب که دهانهٔ پایینی معده

است برای گرفتن غذا متفرق می‌گردد. شش شاخهٔ بزرگ از آن هشت شاخه عبارتند از:

شاخهٔ اول به جانب مسطح معده می‌رسد و آن را غذا می‌دهد و با آن درون معده ارتباطی ندارد زیرا که اندرون معده از غذایی که ابتدا به او وارد می‌شود سهم خود را بر می‌دارد.

شاخهٔ دوم به طرف طحال می‌رود تا غذای آن را تأمین کند این شاخه قبل از رسیدن به طحال انشعاباتی از خود به طرف بانقراس می‌فرستد. از این رگ بعد از پیوستن به طحال شاخه‌ای برمی‌گردد و در سمت چپ معده پخش می‌شود و غذای این قسمت را می‌رساند».

رگ سوم به سمت معای مستقیم (رکتوم) رفته و از رگ‌هایی که دور آن تنیده شده‌اند غذا را می‌گیرد.

رگ چهارم مثل مو شاخه‌شاخه شده و بر قسمت محدّب معده از سمت راست و چپ پراکنده شده و تا نزدیک ثَرَب (امنتوم) می‌رود تا آنها را غذا دهد.

رگ پنجم به رگ‌هایی که پیرامون قولون (کولون) است پیوسته تا اگر غذایی آن‌جا است آن را به سمت کبد بکشد.

رگ ششم شاخه‌های بسیار شده و گرداگرد رودهٔ صائم (ژوژونوم) و سپس رودهٔ اعور (سکوم) پراکنده می‌شود تا هر غذایی را که پیدا کند به سوی خود بکشد (۶، ۲۷).

ورید اجوف

این رگ که از سمت محدّب کبد خارج شده، در داخل کبد دارای انشعابات فراوان است. عروق بسیار ریز رگ اجوف و باب در کبد به هم پیوسته‌اند تا هر غذایی که وارد باب می‌شود وارد شاخه‌های رگ اجوف در کبد شود. این رگ در جایی که از کبد خارج می‌شود، دو شاخه شده، شاخه‌ای به بالا و شاخه‌ای به پایین می‌آید (۶، ۲۷).

ب) دیدگاه طب نوین: خون وریدی طحال، پانکراس و بخش شکمی لولهٔ گوارش (به‌جز انتهای رکتوم) از طریق وریدهای سیستم پورتال وارد کبد شده و از سینوزوئیدهای کبدی عبور می‌کند تا زمانی که وارد ورید کبدی شده و خون وریدی را به ورید اجوف تحتانی باز می‌گرداند.

سیستم وریدی پورت شامل: ورید پورت، ورید طحالی، ورید مزانتریک (روده‌بند) فوقانی و تحتانی است.

سیاهرگ دروازه‌ای یا ورید باب (Portal vein)

نام مسیر مشترک انتقال خون سیاهرگی از طحال، پانکراس، کیسه صفرا و بخش شکمی لولهٔ گوارش به کبد است که از به‌هم پیوستن دو ورید طحالی و مزانتریک فوقانی در خلف سر پانکراس در سطح مهرهٔ دوم کمری شکل گرفته و از خلف و بالای دئودنوم وارد کنارهٔ امنتوم کوچک می‌شود. ورید باب در نزدیکی کبد، به شاخه‌های راست و چپ تقسیم و در پارانشیم کبد منشعب شده و مواد مغذی حمل شده از روده را به سلول‌های کبدی می‌رساند (۲۳، ۲۴).

ورید طحالی

این ورید از تعدادی رگ کوچکتر تشکیل شده است که از ناف طحال خارج می‌شود. این رگ با حرکت به سمت راست از لیگامان اسپلنورنال، شریان طحالی و دم پانکراس عبور می‌کند. ورید طحالی به‌صورت یک رگ بزرگ و مستقیم به سمت راست ادامه می‌یابد و در مسیر با تنهٔ لوزالمعده در تماس است و با عبور از دیوارهٔ خلفی شکم، در خلف گردن پانکراس با اتصال به ورید مزانتریک فوقانی ورید پورت را تشکیل می‌دهد.

شاخه‌های ورید طحالی شامل موارد زیر است:

۱- وریدهای کوتاه معده‌ای: که از فوندوس و سمت چپ انحنای بزرگ معده می‌آیند

۲- ورید معده چادرینه‌ای چپ (Left gastro-omental vein) که از انحنای بزرگ معده می‌آید.

۳- وریدهای پانکراسی (Pancreatic veins) که تخلیهٔ وریدهای تنه و دم پانکراس را به عهده دارد.

۴- گاهی ورید مزانتریک تحتانی (Inferior mesenteric).

ورید مزانتریک فوقانی

این رگ خون وریدی رودهٔ باریک، سکوم، کولون صعودی و عرضی را تخلیه می‌کند و از حفرهٔ لگنی (Iliac fossa) شروع می‌شود و خون انتهای ایلئوم، سکوم و آپاندیس را دریافت می‌کند و همراه با شریان مزانتریک فوقانی به سمت بالا می‌آید. در خلف گردن پانکراس با اتصال به ورید طحالی،

ورید باب را تشکیل می‌دهد. هر شاخه‌ای از شریان مزانتریک فوقانی، شعبه‌ای از ورید مزانتریک فوقانی شامل رگ‌های ژوژونال، ایلئال، ایلئوکولیک، کولیک راست و میانی را همراهی می‌کند.

شاخه‌های اضافی شامل موارد زیر است:

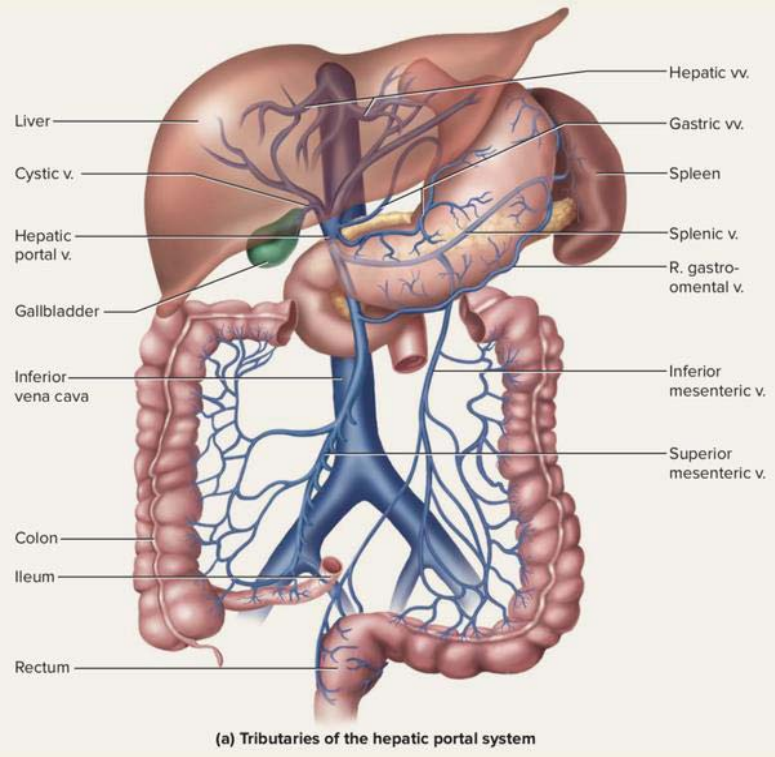
۱. ورید معده–چادرینه‌ای راست (Right gastro-omental)

۲. وریدهای پانکراتیکودئودنال تحتانی خلفی و قدامی (Ant. & Pos. inferior pancreaticoduodenal) که با شریان‌های همنام خود همراه هستند.

۳. ورید پانکراتیکودئودنال فوقانی خلفی و قدامی: که شاخهٔ قدامی معمولاً به ورید گاستروامنتال و شاخهٔ خلفی مستقیم به ورید باب می‌رسند.

ورید مزانتریک تحتانی

این ورید از پیوستن وریدهای رکتال فوقانی، کولیک چپ و وریدهای سیگموئید تشکیل شده است و درناژ خون رکتوم، سیگموئید، کولون نزولی و خم طحالی را به‌عهده دارد و معمولاً پس از عبور از خلف تنهٔ پانکراس به ورید طحالی می‌پیوندد (۲۳، ۲۴). ورید مزانتریک و انشعابات آن در شکل۱ مشخص است.



شکل۱. انشعابات ورید مزانتریک

یافته‌های تطبیق ورید باب (پورت) در ارتباط آناتومیک کبد با معده از دیدگاه طب سنتی ایران و طب نوین در جدول۲ ارائه شده است.

۳) ارتباط مجاورتی

مجاورت (در کنار هم بودن) دو عضو می‌تواند موجب مشارکت و در نتیجه تأثیرگذاری دو عضو بر هم از نظر سلامت و بیماری باشد.

الف) دیدگاه طب سنتی ایران: حکما شکل کبد را هلالی و

دارای تقعّر و تحدّب ذکر کرده‌اند که در پشت دنده‌های آزاد شکمی راست قرار داشته و از سمت مقعّر خود با روده‌ها و بخش مقعّر معده و سمت محدّب آن با پردهٔ حجاب مرتبط است (۲۵).

در کتاب *خلاصه الحکمه* در مورد مجاورت معده و کبد ذکر شده است که: «کبد، در جانب اَیمَن در بدن واقع است: پشت آن ملاصق اجزاء خلف است، و بطن آن ملاصق معده است به‌طریق اشتمال بدان برای هضم غذا و جذب غذا از معده به‌سرعت و آسانی» (۳). در طب سنتی یکی از آثار مجاورت معده و کبد را وجود حرارت کافی برای هضم غذا در معده می‌دانند که این اثر، بیشتر در موضوع ارتباط عملکردی (فیزیولوژیک) مورد بررسی قرار می‌گیرد. ابن‌سینا نیز می‌فرماید معده به‌وسیلهٔ حرارت غریزی خود و حرارت اعضاء مجاورش از جمله کبد غذا را هضم می‌کند (۲۷). همچنین در مبحث تشریح کبد در کتب طب سنتی، زوائد انگشت‌مانندی برای کبد تعریف شده که به‌وسیلهٔ آن‌ها بر روی معده سوار می‌شود و آن را در بر می‌گیرد و به نام‌های «زوائد انگشت‌مانند»، «فزونی‌های جگر»، «اصابع الکبد- انگشتان کبد» و «اطراف» هم گفته شده است. تعداد آن را در بعضی افراد پنج و بعضی چهار و بعضی را دو عدد دانسته‌اند (۳، ۱۹، ۲۰، ۲۵).

جدول۲. انطباق ورید باب (پورت) در دو دیدگاه طب سنتی ایران و طب نوین

	انشعابات ورید باب درکتاب *قانون در طب*		انشعابات ورید پورت درکتاب *آناتومی گری*
۱	**شاخهٔ کوچک اول**	دوازدهه - انشعاباتی به لوزالمعده	پانکراتیکو دئودنال pancreaticoduodenal
۲	**شاخهٔ کوچک دوم**	قسمت‌های پایین معده و بواب	احتمالاً گاستریک راست از باب .R.Gastric V
۳	**شاخهٔ اول بزرگ**	به جانب مسطح معده	گاستریک چپ از ورید باب .L.gastric V
۴	**شاخهٔ دوم بزرگ به طرف طحال می‌رود (احتمالاً ورید طحالی) (Splenic V)**	قبل از طحال = به طرف بانقراس	از ورید طحالی .Pancreatic V
		جنب طحال- شاخه‌ای به سمت چپ معده	ورید معده‌ای کوچک از وریدطحالی - Short gastric V.
		داخل طحال- شاخهٔ بالارو شعبه به نصف فوقانی طحال	
		داخل طحال - شاخهٔ پایین‌رو ۱ حدبه و سطح چپ معده - فم معده	Left gastro- omental V. ورید چادرینه - معده‌ای از ورید طحالی
		داخل طحال - شاخهٔ پایین‌رو ۲ نصف تحتانی طحال – ثرب	
۵	**شاخهٔ سوم بزرگ**	به‌سمت معای مستقیم (رکتوم)	Superior rectal V. ورید رکتال فوقانی از ورید مزانتریک تحتانی
۶	**شاخهٔ چهارم بزرگ**	سطح راست محدّب معده	R. gastro-omental ورید چادرینه - معده‌ای از ورید مزانتریک فوقانی
		راست ثرب	
۷	**شاخهٔ پنجم بزرگ**	پیرامون قولون (کولون) است	شاخه‌های کولیک راست و میانی از مزانتریک فوقانی
۸	**شاخهٔ ششم بزرگ**	رودهٔ صائم (ژوژونوم)	شاخه‌های ژوژونال، ایلئال از مزانتریک فوقانی
		رودهٔ اعور (سکوم)	ورید ایلئوکولیک راست از مزانتریک فوقانی

در کتاب *القانون فی الطب* بیان شده است که در کبد برجستگی‌هایی مثل انگشت وجود دارد این برجستگی‌ها دور معده را گرفته‌اند و کیسه صفرا در زیر بزرگترین برجستگی است و به آن پیوسته است و تعداد این برجستگی‌ها در بعضی افراد چهار و در بعضی پنج است (۱۰).

حکیم ارزانی می‌گوید: «بر جگر فزونی‌ها است انگشتان‌مانند که بدان گرد معده مشتمل شده مانند آنکه کسی چیزی را به‌دست بگیرد و منبسط الکف باشد» و فایدهٔ آن را ایجاد انحنا در کبد جهت دربرگرفتن بهتر بر معده می‌داند (۱۹). بیشتر کتب معتبر طب سنتی همچون *ذخیرهٔ خوارزمشاهی* (۲۱)، *خلاصه الحکمه* (۳) و سایر کتب تشریح قدیم مانند *تشریح* ابوسهل مسیحی (۱۷) و *تشریح منصوری* (۲۸) اظهارات مشابهی در مورد زوائد فوق داشته‌اند. همچنین شمس‌الدین احمد در کتاب *خزائن الملوک* که جزو کتاب‌های مؤخر طب سنتی ایران است علاوه بر بیان نظر اطبای یونان، نظر طب نوین را در مورد زوائد فوق به این صورت شرح می‌دهد: «... و نزد متشرحین انگلستان سطح زیرین جسم کبد به نشان‌های پنج شکاف پنج شعبه است اما ظاهرتر دو شق است: یکی ایمن، دوم ایسر؛ و در شق ایمن چهار شعبه یافته می‌شود و در شق ایسر یک شعبه. و مراره و کلیهٔ راست به شق راست آن اتصال دارد» (۲۹).

ب) دیدگاه طب نوین: بر اساس متن *آناتومی گری*، کبد تمام ناحیهٔ هیپوکندریاک راست را اشغال نموده است؛ همچنین قسمت وسیعی از ناحیهٔ اپیگاستر را نیز در بر گرفته و تا ناحیهٔ هیپوکندریاک چپ امتداد می‌یابد. کبد مانند یک هرم چهاروجهی است که روی یکی از وجه‌های خود تکیه کرده و رأس آن به سمت چپ امتداد دارد. سطح تحتانی کبد چهار گوش بوده و به پایین و عقب و چپ متمایل است این سطح، از احشاء مجاور آن اثر پذیرفته و فرورفتگی‌هایی (Impression) به فرم عضو مربوط دارد. سطح تحتانی لوب چپ کبد مقعّر بوده و دارای اثر معده و همچنین برجستگی امتال است که روی آن را امنتوم کوچک می‌پوشاند (۲۳، ۲۴).

۴) ارتباط کبد و معده از طریق عضو سوم

الف) دیدگاه طب سنتی ایران: یکی از راه‌های مشارکت دو عضو با هم و ارتباط آناتومیک دو عضو، مشارکت به‌واسطهٔ عضو سوم است. عضو سوم در مورد کبد و معده، کیسه صفراست که به فارسی «زَهره و تلخه» هم نامیده می‌شود. این عضو در جانب مقعّر کبد آویخته و همچنین نزدیک معده واقع شده است. صفرای تولید شده در کبد توسط مجرایی به کیسه صفرا ریخته و ذخیره می‌شود، سپس توسط مجرایی دیگر به نام «مجری المراره» به قعر معده و اثنی‌عشر در ناحیهٔ بوّاب (پیلور) و یا به رودهٔ صائم می‌ریزد. بخش اعظم این مجاری به اثنی عشر و روده‌ها جهت تغسیل آن‌ها و کمک به دفع متصل شده است و شعبهٔ باریکی نیز جهت دفع رطوبت‌های لزجهٔ معده به آن اتصال یافته است (۳).

ب) دیدگاه طب نوین: در طب نوین سیستم صفراوی شامل: مجرای هپاتیک راست و چپ (Left and right ducts hepatic)، مجرای کبدی مشترک (Common hepatic duct)، کیسه صفرا (Gall bladder)، مجرای سیستیک (Cystic duct) و مجرای صفراوی مشترک (Common bile duct) می‌باشد. صفرای تولیدشده در کبد توسط مجرای هپاتیک راست و چپ جمع‌آوری و در کیسهٔ صفرا ذخیره و در مواقع لازم به دومین قسمت دوازدهه ترشح می‌شود (۲۲، ۲۳).

با مقایسهٔ این دو دیدگاه در مورد مشارکت معده با کبد به‌واسطهٔ کیسه صفرا به‌نظر می‌رسد که مجرایی که صفرا را به کیسه صفرا منتقل می‌کند معادل مجرای کبدی مشترک (Common hepatic duct) در طب نوین و مجرایی که صفرای ذخیره‌شده را به روده می‌برد (مجری المراره) مطابق با مجرای صفرای مشترک (Common bile duct) می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری:

ارتباط معده و کبد شامل ارتباط ساختاری (آناتومیک) و عملکردی (فیزیولوژیک) است. در این مطالعه، ارتباط آناتومیکی معده و کبد از دیدگاه طب سنتی ایران و طب نوین مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. این ارتباط در چهار محور شامل ارتباط عصبی، عروقی، مجاورت و ارتباط از طریق عضو سوم مشخص گردید.

با توجه به بررسی یافته‌های مطالعه مشخص شد که بنا بر دیدگاه حکمای طب سنتی ایران جنس عصب به سه صورت: غشاء پوشاننده، عصب حسی و رابط بین کبد و اعضاء مجاور، در کبد ایفای نقش می‌کند. در طب نوین، از کپسول گلیسون

به‌عنوان غشای پوششی کبد نام برده شده است که می‌توان معادل غشاء پوشاننده کبد در طب سنتی ایران دانست. کپسول گلیسون توسط شاخه‌های اعصاب بین‌دنده‌ای تحتانی عصب‌دهی می‌شود و اتساع آن باعث درد شدید می‌شود درحالی‌که از دیدگاه طب سنتی ایران، جنس غشا از جنس عصب و در واقع نوعی عصب ذکر شده است.

در کل آنچه که در مورد ارتباط عصبی بین معده و کبد در طب سنتی بیان شده با مطالب کتب طبی نوین، شامل اشتراکات و تفاوت‌هایی است که بخشی از این تفاوت، می‌تواند به‌علت تعریف متفاوت عصب در دو مکتب علمی باشد و گرنه شباهت‌های موجود در بخش اعصاب در هر دو دیدگاه مشهود و واضح است.

در موضوع ارتباط آناتومیک عروقی معده وکبد، یکی از مواردی که دقت، نبوغ و دانش علم تشریح متقدمین طب سنتی را مشخص می‌کند تشریح ورید باب و انشعابات آن است. شاخه‌های ورید باب به‌طور دقیق و خاص باتوجه به جایگاه مهم ساختاری و عملکردی آن در کتاب‌های طب سنتی ایران و کتاب‌های اصلی تشریح در قدیم ذکر شده است از طرفی معادل تمام این انشعابات در کتاب‌های آناتومی طب نوین نیز آمده است.

در موضوع تطابق وریدهای مرتبط بین معده وکبد اگرچه دو دیدگاه طب سنتی ایران و طب نوین، شباهت‌های فراوان و مشخص یافت شد ولی نکتهٔ قابل ذکر، اختلاف این دو دیدگاه در مورد محل منشأ وریدها است. در منابع طب سنتی ایران، کبد را مبدأ و محل رویش وریدها معرفی کرده‌اند درحالی‌که امروزه، دانشمندان علم تشریح، محل رویشی برای وریدها قائل نبوده‌اند و مدخل آنها را دهلیزهای قلب نامیده‌اند.

در مورد شریان‌های مرتبط بین معده و کبد در دو دیدگاه طب سنتی ایران و نوین تطابق مشهود است. هر دو دیدگاه نشان‌دهندهٔ خون‌رسانی بخشی از معده و کبد توسط شاخه‌ای منشعب‌شده از شریان آئورت نزولی هستند و این ارتباط بخشی از مشارکت ساختاری یا ارتباط آناتومیک کبد و معده است.

مقایسهٔ داده‌های منابع طب نوین با آنچه در کتاب‌های طب سنتی ایران در مورد محل قرارگیری کبد، مجاورت آن با اعضاء مختلف، موقعیت ثرب (امنتوم) و موارد دیگر گفته شده، نشان‌دهندهٔ مشابهت قابل توجه دو دیدگاه در این موضوع است، البته یکی از اختلافات دو دیدگاه نقش کبد در کمک به هضم معده‌ای است، طوری‌که حکمای طب سنتی معتقدند به‌واسطهٔ جرم گوشتی و مزاج گرم خود تا حدی در تولید حرارت لازم برای هضم غذا در معده را فراهم می‌کند که در طب نوین به این موضوع اشاره‌ای نشده است.

در مورد تطابق دو دیدگاه طبی از نظر ارتباط معده و کبد به‌واسطهٔ عضو سوم هم شباهت دیده می‌شود به‌گونه‌ای که ارتباطات بین کبد، کیسه صفرا، معده و روده‌ها توسط مجاری بین آن‌ها با عنوان‌های «مجرایی که صفرای تولید شده در کبد را به کیسه صفرا منتقل می‌کند، مجری المراره، مجرای صفراوی مشترک، مجرای کبدی مشترک» ذکر شده است.

بر اساس جست‌وجوی ما، مشخص شد که مطالعات متنوعی در رابطه با موضوع تشریح به‌صورت عام (۳۰) و یا به‌صورت اختصاصی در مورد اعضای مختلف بدن مثل معده و مری (۱۲، ۱۳)، کبد (۱۴)، عروق وریدی (۱۵) و چشم، بطن‌های مغزی، عضلات، کلیه، دستگاه تناسلی زنانه و مقایسهٔ آن‌ها در دو دیدگاه طب سنتی ایرانی و طب نوین انجام شده است (۳۱-۳۵). همچنین ماستری فراهانی در یک بررسی کتابخانه‌ای، مطالب مربوط به مبحث فتق‌های ناحیهٔ جدار قدامی شکم از کتاب *قانون* را با داده‌های پزشکی نوین مقایسه و مورد بحث قرار داده است (۳۶).

در این مطالعات روش به‌کار گرفته شبیه مطالعه ما بوده است و مقایسهٔ بین مطالب کتاب‌های اصلی طب سنتی ایران با کتاب‌های اصلی آناتومی طب نوین مثل *آناتومی گری* و *کلینیکال آناتومی* صورت گرفته است. نتایج همهٔ این مطالعات نشانگر شباهت واضح مطالب تشریح در طب سنتی ایران با طب نوین حتی در جزئیات می‌باشد.

البته تا کنون هیچ مطالعهٔ وسیعی در مورد ارتباط آناتومیکی کبد و معده صورت نگرفته است و تنها در یک مطالعه توسط

دهقانیان و همکاران ضمن بررسی مقالهٔ اورده کتاب *تشریح منصوری*، بخش‌هایی از آن در ۲۱ نکته با دانش امروزی مقابله و نقد شده است. در این مطالعه همچنین شعبات هشت‌گانهٔ ورید باب در کتاب‌های طب سنتی ایران با *آناتومی گری* برابری و عکس‌های مربوط در کتاب فوق با منابع طب نوین آورده شده است (۱۵). نتایج یافته‌های مطالعهٔ ایشان هم با مطالعهٔ ما شباهت دارد اگر چه در مطالعهٔ ما جزئیات بیشتر، دقیق‌تر و به‌صورت جدول تطبیقی ذکر شده و همانطور که در جدول۲ آمده است، تمام انشعابات گفته‌شده در کتاب *قانون* با همتای خود در طب نوین تطبیق داده شده که در مقالهٔ اورده به‌صورت خلاصه‌تر بیان شده است. همچنین فاطمه فدایی و همکاران نیز نظرات ابن‌سینا در کتاب *قانون* در مورد تشریح مری و معده را با کتاب *آناتومی گری* بررسی و مقایسه نموده‌اند. یافته‌های این مطالعه هم مشخص کرد که شیخ‌الرئیس در کتاب *قانون*، در مورد ساختمان مری و مخاط و بافت عضلانی آن، مجاورت معده با کبد، عروق و اعصاب معده، انحناهای معده و دریچهٔ کاردیا (باب المعده) مطالبی را آورده است که کاملاً با کتاب‌های جدید مانند *آناتومی گری* هماهنگی دارد (۱۲).

نتایج مطالعهٔ حاضر، نشان می‌دهد پزشکان و حکمای طب سنتی ایران نه تنها علم تشریح را می‌دانستند بلکه آنچنان بعضی قسمت‌ها را با جزئیات ذکر کرده‌اند که تطابق واضح با کتاب‌های علوم آناتومی نوین دارد به‌گونه‌ای که در مواجهه با این منابع عظیم علمی طب قدیم مشخص می‌شود پایه و شالودهٔ بخش اعظم مطالب بیان شده در کتب آناتومی نوین، مطالبی است که از هزاران سال قبل به‌دست دانشمندان امروز رسیده است. البته یکی از تفاوت‌هایی که در مقایسهٔ بین دو دیدگاه طب سنتی ایران و طب نوین در بحث ارتباط آناتومیک کبد و معده مشاهده می‌شود این است که در منابع آناتومی طب نوین، نام‌گذاری دقیق برای همهٔ قسمت‌ها و انشعابات کوچک عروق، غشاها و اعصاب دارند ولی در طب سنتی ایرانی، اسامی برای بعضی از این قسمت‌ها وجود ندارد و به‌طور کلی بیان شده‌اند.

امروزه می‌دانیم که طب نوین و به‌ویژه علم آناتومی نوین، مدیون استفاده از وسایل و تجهیزات با تکنولوژی مدرن مثل کامپیوتر و روش‌های نوین تصویربرداری (MRI, CT-Scan) جهت بررسی قسمت‌های مختلف بدن است درحالی‌که نبوغ علمی و تلاش حکمای طب سنتی، علی‌رغم نبود هیچ‌یک از تجهیزات پیشرفتهٔ امروزی، تقریباً همان نتایج را نشان داده است که می‌تواند مورد استناد در تحقیقات جدید قرار گیرد. علاوه بر آن حکمای طب سنتی ایران موضوع مشارکت و ارتباط بین اعضای بدن را هم بیان کرده‌اند که امروزه مبنای بسیاری از تحقیقات جدید شده است و توجه پزشکان به آن می‌تواند بار سنگین بیماری را از دوش بیماران برداشته، راهکارهای جدید درمانی را به محققین علم طب نشان دهد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله مستخرج از پایان‌نامهٔ دکتری تخصصی رشتهٔ طب سنتی ایرانی مصوب دانشگاه شاهد تحت عنوان «تبیین رابطهٔ سوءمزاج سرد معده و کبد در طب ایرانی و تعیین اثر زنیان بر کبد چرب غیرالکلی» می‌باشد. همچنین از خانم دکتر آسیه پورعصار به جهت همکاری در نگارش مقاله تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Ibn Juljul S. *Tabaqāt al-Atibbā' wa al-Hukamā.* Tehran: University of Tehran; 1971. [In Persian].
2. Avicenna. *Al-Qanun fi al-Tibb* (The Canon of Medicine). Translated by Masoudi A. Kashan: Morsel; 2007. [In Persian].
3. Aqili Alavi Shirazi SMH. *Khulasat al-Hikmah*. Corrected by Nazem I. Qom: Ismailian Publications; 2006. [In Persian].
4. Jurjani SI. *Zakhireye Khwarazmshahi*. Qom: Institute of Natural Medicine Rehabilitation; 2012. Vol.2. P: 205. [In Persian].
5. Jurjani SI. *Al-Aghraḍ al-Ṭibbiyah wa al-Mabaḥith al-Alaiyah*. Tehran: Tehran University; 2005. [In Persian].
6. Avicenna. *Al-Qanun fi al-Tibb* (The Canon of Medicine). Beirut: Dār Ihyā` al-Turāth al-Arabī; 2005. Vol.1, P:38,89,111. [In Arabic].
7. Bahrami M. Explain the principles of Mosharekat va Mohazat in traditional Iranian medicine with clinical evidence [Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Science; 2013.
8. Nazim Jahan MA. *Exir-i Azam* (The Great Elixir). Tehran: Institute of Medical History Studies, Islamic and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences; 2008. Vol.2. [In Persian].
9. Arzani MA. *Tibb-i Akbari* (Akbari's Medicine). Qom: Jalal al-Din Publications; 2008. Vol.1, P:582-592. [In Persian].
10. Avicenna. *Al-Qanun fi al-Tibb* (The Canon of Medicine). Beirut: Dār Ihyā` al-Turāth al-Arabī; 2005. Vol.3, P:75-170. [In Arabic].
11. Avicenna. *Al-Qanun fi al-Tibb* (The Canon of Medicine). Translated by Sharafkandi A. Tehran: Soroush Publications; 2010. Vol.4, P:185-250. [In Persian].
12. Fadaei Fathabadi F, Norozian M, Rahimi M. Study and comparison of esophageal and gastric anatomy in The Canon of Medicine with Gray's Anatomy. Ibn Sina International Conference. 2009.
13 Babaeian M, Borhani M, Hajiheidari MR, Sharifi Olounabadi AR, Elsagh M, Yavari M, *et al*. Gastrointestinal system in the viewpoint of traditional Iranian medicine. Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine. 2012 Mar 10;2(4):303-14.
14. Zarei A, Noroozi S, Khadem E. A Review on the structure and function of liver from Avicenna point of view and its comparison with conventional medicine. Traditional Integrative Medicine. 2019 Oct 26;4(1):28-36.
15. Dehghanian A, Abedtash H, Faridi P, Shams Ardekani M, Mohagheghzadeh A. Notes on Oradeh Treatise from the *Tashrih Al-Abdan Ensan* (Anatomy of the Human Body). Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine. 2010;1(2):127-136.
16. Alikhan W. Ilm al-Abdan. India, Lucknow: Munshi Nolkeshvar publications; 1929. [In Persian].
17. Abu Sahl Al-Masihi I. *Tashrih-e Badan-e Ensan*. Tehran: Institute of Medical History Studies, Islamic and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences; 2008. P.47-65. [In Arabic].
18. Arzani MA. *Mufarriḥ al-Qulub*. Tehran: Al-Ma'i Publications; 2012. P:101,102. [In Persian].
19. Arzani MA. *Tibb-i Akbari* (Akbari's Medicine). Qom: Jalal al-Din Publications; 2008. Vol.2, P:690-695. [In Persian].
20. Ibn al-Nafis. *Sharh Tashrih al-Qanun* (Commentary on Anatomy in Avicenna's Canon). Tehran: Institute of Medical History Studies, Islamic and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences; 2004. P:408-412. [In Arabic].
21. Jurjani SI. *Zakhireye Khwarazmshahi*. Qom: Institute of Natural Medicine Rehabilitation; 2012. Vol.1. P:149-150. [In Persian].
22. Elahi B. Trunk anatomy. Qom: Meem Publishing; 2011. [In Persian].

23. Drake R, Vogl AW, Mitchell AW. Gray's anatomy for students E-book. Elsevier Health Sciences; 2009 Apr 4.
24. Snell RS. Clinical anatomy for medical students. Boston: Little, Brown; 1995.
25. Haly Abbas. *Kāmil al-Sinā`a at al-Tibbīya*. Qom: Jalaluddin Publications; 2008. Vol.1, P:319. [In Arabic].
26. Al-Akhawyni Bokhari R. *Hidayat al-Muta`allemin fi al-Tibb*. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad; 1992. [In Persian].
27. Avicenna. *Al-Qanun fi al-Tibb* (The Canon of Medicine). Translated by Sharafkandi A. Tehran: Soroush Publications; 2010. Vol.1, P:140-142. [In Persian].
28. Ibn Ilyās Shirazi M. *Tashrih al-Abdan-e Mansouri*. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
29. Shams al-Din A. *Khazaen al-Molouk*. Tehran: Institute of Medical History Studies, Islamic and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences; 2008. Vol.1, P:50. [In Persian].
30. Rowghani S. Dissection in the medicine under Islamic civilization era and methods to achieve its knowledge. Medical History Journal. 2016 Dec 7;2(4):141-64.
31. Khoshzaban F, Haji-Ali-Nili N, Karimi M, Jabarvand Behrouz M. Comparative comparisons of anatomy and function of the layers of eye from the perspective of Persian medicine and modern medicine. Medical History Journal. 2017 Dec 24;8(26):125-54.
32. Yousefi M, Vahid H. Analytical perspective on brain ventricles and lobes based on Iranian Traditional Medicine. Medical History Journal. 2016 Oct 26;8(27):91-110.
33. Mohagheghzadeh AA, Dehghanian AR, Abedtash H, Faridi P, Shams Ardekani MR. Notes on muscles treatise from the *Tashrih al-Abdan Ensan* (Anatomy of the human body). Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine. 2010 Dec 10;1(3):243-50.
34. Tavassoli AP, Noras MR, Nikakhtar Z, Mohammadi S. Anatomy of the kidney from the point of view of Avicenna and its comparative analysis with modern medicine. Navid No. 2019 May 22;22(69):51-9.
35. Bioos S, Nekoolaltak M, Tansaz M, Mosleh R. The anatomy of the female internal genitalia in Iranian traditional medicine and comparsion with modern medicine findings. Medical History Journal. 2015 Jan 1;7(23):69-97.
36. Mastery Farahani R. Comparison of anatomical basis of anterior abdominal hernias from Avicenna's Canon of Medicine with new medical resources. Medical History Journal. 2011 Dec 2;4(7):109-28.