بررسی بی‌اشتهایی و اختلالات اشتها از دیدگاه حکیم ارزانی در کتاب میزان الطب

مجید نیمروزی [الف*]، صفورا برزو [الف]، علیرضا صالحی [الف]

[الف] مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

چکیده

سابقه و هدف: حکیم محمد اکبر ارزانی، از پزشکان و مشاهیر ایرانی قرن ۱۱ و ۱۲ هجری است که به هند مهاجرت کرد. ذخایر برجای‌مانده از او، مشتمل بر کتاب‌های علمی تلخیص طب النبی، طب اکبری، مفرح القلوب، میزان الطب، مجربات اکبری، حدود الامراض، قرابادین قادری و دو مقاله با عنوان طب الهندی و علاج الصبیان است. ارزانی در کتاب میزان الطب، طیف وسیعی از بیماری‌ها و راه درمان آنها را به‌صورتی جامع و در عین حال موجز و ساده مورد بررسی قرار داده است. یکی از مباحث مهم که از ابعاد مختلفی در کتاب میزان الطب، تشریح شده است، بی‌اشتهایی و اسباب آن از دیدگاه طب سنتی است که در مقالهٔ حاضر در مقایسه با طب رایج بررسی شده است. در این مقاله علاوه بر بی‌اشتهایی، سایر اختلالات اشتها از جمله جوع الکلب، جوع البقر، جوع الغشی و فساد شهوت نیز به اختصار مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مقاله از کتاب میزان الطب حکیم ارزانی و مقالات مرتبط با کلیدواژه‌های طب سنتی، ارزانی، اختلال اشتها و بی‌اشتهایی در بانک‌های اطلاعاتی معتبر مانند Iranmedex و SID برای مقالات ایرانی و با کلیدواژه‌های Traditionl medicine ، Arzani، anorexia و dysorexia در بانک‌های اطلاعاتی ISI web of science و PubMed برای مقالات لاتین استفاده شد.

یافته‌ها: بی‌اشتهایی و یا اختلال در اشتها به‌طور شایعی در گروه‌های سنی مختلف دیده می‌شود. بی‌اشتهایی عصبی، که در میان دختران جوان شیوع بالایی دارد، از جملهٔ انواع بی‌اشتهایی است. در این بیماری که در صورت تشخیص، نیازمند به رسیدگی دقیق پزشکی و درمان دارویی است، بیمار کمتر از نیاز پایهٔ بدنی خود کالری مصرف می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری: طبقه‌بندی بی‌اشتهایی در طب سنتی با طب رایج تفاوت عمده‌ای دارد. بر این اساس، ارزانی در کتاب میزان الطب، انواع سوءمزاج‌ها، وجود اخلاط در معده، اختلال در عملکرد طحال و کبد، کم‌خونی و اعراض نفسانی چون هم و غم را به‌عنوان اسباب بی‌اشتهایی مطرح کرده است.

کلید واژه‌ها: بی‌اشتهایی، اختلال اشتها، ارزانی، میزان الطب، طب سنتی.

تاریخ دریافت: دی ۹۳
تاریخ پذیرش: بهمن ۹۳

مقدمه:

محمد اکبر ارزانی، چهره روشنفکر علم طب و حکیم نامدار ایرانی در قرن ۱۱ و۱۲ هجری (۱۸میلادی) می‌زیسته است. وی در بین پزشکان نام‌آوری که از ایران به هند مهاجرت کرده‌اند، جایگاه درخشانی در تاریخ پزشکی ایران دارد(۱،۲).

ارزانی علی‌رغم اشتیاق فراوان به فراگیری دانش پزشکی، به‌دلیل احاطه نداشتن به زبان عربی (زبان علمی آن روزگار) جهت تعلیم در مدارس پزشکی آن روز پذیرفته نشد. لذا مصمم شد تا در سایه تلاش و پشتکار به یادگیری زبان عربی و

* فرد مسئول مکاتبات: nimruzim@sums.ac.ir

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]

به دنبال آن اتمام تحصیلات رایج پزشکی بپردازد(۳). او آثار خود را به زبان شیوای فارسی ساده و به دور از تکلفاتی که در نگارش آثار آن دوره متداول بوده، نوشته است و برخی لقب ارزانی برای این حکیم را از آنجا دانستند که وی آموزش پزشکی را با فارسی‌نویسی و ساده‌نویسی ارزان کرده است. صاحب کتاب اطبای عهد مغولیه این عنوان را به‌خاطر ارادت وی به ارزان‌شاه و انتساب وی به این مرشد می‌داند(۳،۲).

حکیم ارزانی فرزند یک رهبر روحانی بود که زهد و روحانیت را از پدرش (میر حاجی محمد مقیم) به ارث برده بود. او متعاقباً در اوایل دوره جوانی تمام توجه خود را صرف تزکیه روح و روانش کرد و نخستین اثرش با نام تلخیص طب النبی متأثر از آن دوران است(۱).

بررسی و مطالعات در احوال این حکیم دانشمند ایرانی نشان می‌دهد که وی در دوران سلطنت اورنگزیب شیراز را به قصد هند ترک کرده و در آنجا به کسب بیشتر علوم پرداخته است(٤). ارزانی با غور عمیق در متون علوم فلسفی و طبیعی گذشتگان و تفحص دقیق در کتب حکما و نیز تجربه سال‌ها طبابت؛ ذخایری ارزنده از آموزه‌های طبیبان و حکیمان گذشته را برای آیندگان خود به یادگار گذاشته است (۵). از گنجینه‌های به‌جامانده از این حکیم می‌توان به کتاب‌های طب اکبری، مفرح القلوب، میزان الطب، حدود الامراض، مجربات اکبری، قرابادین قادری و دو مقاله با عناوین طب الهندی و علاج الصبیان اشاره کرد که هر کدام در نوع خود کم‌نظیراند(٦،١). ارزانی علاوه بر علم طب در زمینه موسیقی نیز دارای رساله‌ای با عنوان تشریح الموسیقی است که ترجمه اثری از یک موسیقیدان مشهور هندی دربار اکبرشاه، به نام تانسن است(۱).

جایگاه رفیع علمی حکیم ارزانی تا آنجاست که بزرگانی چون حکیم نام‌آور ایرانی مرحوم میر محمد حسین عقیلی خراسانی صاحب کتاب‌های ارزشمند طبی نیز در تألیفات خود از حکیم ارزانی و نظرات وی نام می‌برد.

کتاب میزان الطب گنجینه‌ای جامع از طب سنتی ایران مشتمل بر ۳ مقاله است. مقاله نخست مربوط به کلیات طب، مقاله دوم درباره داروهای مفرده و مرکبه و مقاله سوم که بخش اصلی کتاب است شامل یک دوره بیماری‌شناسی جامع و روش‌های درمانی آنها با استفاده از طب مزاجی است. این کتاب به‌خاطر اختصار و زبان ساده‌اش به‌عنوان نخستین کتاب درسی حوزه‌های طبی هند و پاکستان شناخته شده است(۱).

در این مقاله به بررسی علل و اسباب، طبقه‌بندی و نحوه درمان اختلالات اشتها از دیدگاه حکیم ارزانی در کتاب میزان الطب و مقایسهٔ اجمالی با یافته‌های طب نوین پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها:

باتوجه به جامع‌بودن و در عین حال ایجاز مباحث میزان الطب در موضوع اشتها و نظر به هدف اصلی مطالعه، این کتاب به‌عنوان شاخص و منبع اصلی پژوهش، مورد استفاده قرار گرفت. علاوه بر آن از سایر کتب دانشمندان طب سنتی ایران مانند القانون فی الطب تألیف حکیم ابن سینا، الاغراض الطبیه و ذخیره خوارزمشاهی تألیف حکیم سید اسماعیل جرجانی و طب اکبری حکیم محمد اکبر ارزانی استفاده شد.

بانک‌های اطلاعاتی Iranmedex ,pubmed ,ISI web of science و SID با استفاده از کلیدواژه‌های و بی‌اشتهایی (Anorexia)، اختلال اشتها (Dysorexia)، ارزانی (Arzani)، میزان الطب و طب سنتی (Traditional medicine) مقالاتی در زمینه زندگینامه حکیم ارزانی و موضوع بی‌اشتهایی در طب رایج مورد جستجو قرار گرفت.

جهت درک بهتر اصطلاحات طب سنتی توسط خوانندگان ناآشنا با این مفاهیم، معانی واژه‌های به‌کار رفته در مقاله همراه با توضیحات تکمیلی در ضمیمه آورده شده است.

یافته‌ها:

مکتب طب سنتی ایران، الگوی ویژه ای در تشخیص بیماری‌ها دارد که با طب رایج متفاوت و براساس تعیین مزاج است. مزاج در لغت به معنی در هم آمیختن و در طب سنتی به مفهوم کیفیت یکسان و جدیدی است که در نتیجه آمیختن ارکان با یکدیگر و فعل و انفعال آنها در یک جسم مرکب به‌وجود می‌آید(۷). به عقیده حکمای طب سنتی ایران، تعادل

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]

مزاجی، ضامن سلامت جسمی انسان است و سوءمزاج یا خروج از حالت تعادل مزاجی عامل ایجاد بیماری است. بر همین اساس، مزاج‌شناسی در تشخیص بیماری و درمان آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است(۹،۷). بی‌اشتهایی یکی از نشانه‌های بیماری و یا خروج بعضی از اعضا از حالت تعادل است. اسباب ایجاد بی‌اشتهایی به‌صورتی موجز در کتاب میزان الطب مورد بحث قرار گرفته است.

بی‌اشتهایی:

بی‌اشتهایی (Anorexia) و اختلال در اشتها (Dysorexia) نشانه‌های شایعی هستند که در سنین مختلف به دلایلی متفاوت ایجاد شده و در بسیاری از موارد نیازی به مراجعه به پزشک ندارند. بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری روانی مهمترین اختلالات اشتها هستند که در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) بیماری محسوب شده و رسیدگی دقیق پزشکی برای درمان آنها ضروری دانسته شده است(۱۱،۱۰). براساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) ملاک شناسایی بی‌اشتهایی عصبی شامل موارد ذیل است: فرد به دلیل ترس شدید از چاق‌شدن،کالری کمتر از میزان مورد نیاز خود را در جهت کاهش وزن دریافت می‌کند، به‌طوری که گاهی وزن بدن به کمتر از ۸۵ درصد وزن مورد انتظار می‌رسد(۱۲). کاهش وزن بدن،کاهش آب بدن و لاغری مفرط منجر به اختلالات گوارشی، اختلالات کلیه و مجاری ادراری و بیماری های قلبی شده و حتی در موارد شدید خطر مرگ را به همراه دارد. مطالعات اخیر گویای این است که میزان شیوع این بیماری در دختران حدود ۰/۵ تا ۱ درصد است که ۱۰ تا ۲۰ برابر پسران است و این بیماری در بیشتر موارد با پیامدهای نامطلوب روان‌شناختی، اقتصادی و اجتماعی همراه بوده است(۱۳،۱۰). آمنورهٔ مزمن و پیامد آن پوکی استخوان از عوارض خطرناک بی‌اشتهایی عصبی به‌شمار می‌روند(۱٤). اهمیت این بیماری، شیوع نسبتا بالای آن در دختران تازه بالغ‌شده است که در صورت عدم درمان مناسب، آنها را در معرض پوکی استخوان و خطر شکستگی‌های استخوانی در سنین بالاتر قرار می‌دهد(۱۵). بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی حتی پس از درمان نیز به اندازهٔ افراد طبیعی به محرک غذایی واکنش نشان نمی‌دهند و این مطلب می‌تواند نشان‌دهندهٔ وجود یک زمینهٔ وراثتی در ایجاد بیماری باشد(۱٦).

نوعی دیگری از بی‌اشتهایی موسوم به بی‌اشتهایی سالمندی است که برخلاف بی‌اشتهایی عصبی در افراد سالخورده دیده می‌شود. در این اختلال، که در اثر اختلالات هورمونی و مشکلات عصبی روانی ایجاد می‌شود، افراد سالمند، کمتر از نیاز روزانهٔ خود کالری دریافت می‌کنند و به‌همین دلیل دچار ضعف سیستم ایمنی شده و در معرض ابتلا به بیماری‌های مختلف قرار می‌گیرند(۱۷).

بی‌اشتهایی در کودکان نیز به‌نسبت شایع است، ولی بیشتر با نشانه‌ای همراه است که با درمان بیماری زمینه‌ای برطرف می‌شود.

حکیم ارزانی اسباب بطلان شهوت (بی‌اشتهایی) و نقصان شهوت (کم اشتهایی) را یکی دانسته است. بدین صورت که اگر اسباب بی‌اشتهایی بسیار قوی باشد، اشتها به‌طور کلی نابود شده و فرد آرزوی طعام نمی‌کند و اگر این اسباب ضعیف باشد تنها منجر به کاهش اشتها می‌شود(۵). از دیدگاه طب سنتی، کبد یکی از اعضای رییسه است که از طریق تولید اخلاط و روح طبیعی در تغذیه سایر اعضای بدن نقش اساسی ایفا می‌کند. مطابق تحلیل حکمای طب سنتی هرگاه اعضای بدن محتاج به غذا شوند با مطالبه غذا از رگ‌ها و به‌همین ترتیب رگ‌ها از کبد، کبد از عروق ماساریقا (مزانتریک) و عروق ماساریقا از معده نیاز غذایی خود را مرتفع می‌کنند. فَم معده (دهانه معده) که عضوی ذکی‌الحس (حساس) است نیز در ایجاد احساس گرسنگی نقش دارد، بدین ترتیب که در هنگام نیاز به غذا به‌علت ریزش خلط سودا از سُپرز (طحال) بر فم معده، فرد احساس گرسنگی می‌کند. سودا به‌دلیل خاصیت عفوصت (گسی) و حموضت (ترشی)، فم معده را متأثر کرده و باعث جمع‌شدن معده و در نهایت ایجاد گرسنگی می‌شود. بنابراین هرگاه در هریک از این امور ضعف و نقصانی حادث شود در اشتها هم نقصان حاصل می‌شود(۲۰،۱۸).

علت‌شناسی بی‌اشتهایی:

علت بی‌اشتهایی عصبی نامشخص است، اما مطالعات متعدد، نقش عوامل وراثتی در ایجاد بیماری را تا حدود زیادی

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]

مشخص ساخته است. عوامل محیطی و روان‌تنی نیز در ایجاد و ازمان بیماری نقش دارند(۱۲). علت بی‌اشتهایی سالمندی ممکن است به‌دلیل تغییرات هورمونی، کاهش فعالیت و بالطبع نیاز کمتر بدن به انرژی، انزوا و مشکلات روان تنی و ابتلا به بیماری‌های مزمن باشد(۱۷). تغییرات هورمونی در روند ایجاد و ادامهٔ بی‌اشتهایی در هر دو بیماری بی‌اشتهایی عصبی و بی‌اشتهایی سالمندی دیده می‌شوند. در بی‌اشتهایی عصبی میزان بافت چربی و لپتین که نوعی هورمون محرک اشتها است کاهش پیدا می‌کند و در عوض میزان آدیپونکتین در گردش افزایش می‌یابد(۲۱). افزایش هورمون ترشح‌کنندهٔ کورتیکوتروپین که سرکوب‌کنندهٔ قوی اشتها است، شدت کاهش وزن را در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی افزایش می‌دهد(۲۲). به نظر می‌رسد افزایش پایدار در هورمون ترشح‌کنندهٔ کورتیکوتروپین اساس مشکل بی‌اشتهایی و کاهش وزن در بیماران مبتلا باشد(۲۳). هیستامین می‌تواند از طریق گیرنده‌های H1 در نواحی لیمبیک از جمله هیپوتالاموس، آمیگدالا و هیپوکامپ، باعث کاهش اشتها شود. میزان بیشتر این گیرنده‌ها، می‌تواند میزان بالاتر بی‌اشتهایی در زنان را توجیه کند(۲٤). در هر دو بیماری، هورمون‌های مهارکنندهٔ اشتها فعال‌تر و هورمون‌های افزایش‌دهندهٔ اشتها سرکوب می‌شوند. واقعیت امر آن است که مشخص نشده که این تغییرات هورمونی در حقیقت علت ایجاد بیماری هستند و یا عامل اصلی دیگری موجب این تغییرات در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی می‌شود.

از دیدگاه حکیم ارزانی علل و اسباب هفت‌گانه ایجاد بی‌اشتهایی شامل این موارد است. اول- سوء مزاج ساده گرم و سرد که در فم معده ایجاد می‌شود. دوم- اجتماع اخلاط در معده. سوم- امتلای (انباشتگی) بدن از اخلاط خام بلغمی و به‌دنبال آن، تقاضانکردن اعضا از کبد و معده. چهارم- ایجاد سُده (گرفتگی) در منافذ پوست و ضخیم‌شدن و سفتی پوست که مانع از تحلیل (هضم) غذا می‌شود. پنجم- ضعف کبد و سده افتادن در ماساریقا. ششم- ایجاد سده در منفذ بین طحال و فم معده و هفتم-اختلال موجود در اعصاب دِماغی (مغزی) و از بین رفتن حساسیت فم معده نسبت به ریزش خلط سودا از طحال. از نشانه‌های تشخیص بیماری در این حالت این است که با خوردن ترشی هیچ اشتهایی در فرد بیمار حاصل نمی‌شود. در صورتی‌که اگر بی‌اشتهایی ناشی از سده‌افتادن در منفذ بین طحال و فم معده و نریختن خلط سودا بر آن باشد با خوردن ترشی اشتهای فرد به حالت طبیعی برمی‌گردد(۱۹،۱۸).

درمان‌شناسی بی‌اشتهایی:

باتوجه به زمینهٔ اختلالات خلقی و شخصیتی مانند افسردگی و اختلال وسواسی اجباری در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، تغییر عادات غذایی و افزایش میزان وعده‌های غذایی، به‌تدریج از شدت علایم بی‌اشتهایی کاسته و اشتها را بهبود بخشد(۲۵). استفاده از جلسات درمانی شناختی رفتاری، در بیمارانی که زمینه‌های مشکلات خلقی دارند، روند بهبود بیماران را تسریع می‌بخشد(۲٦). مطالعات نشان می‌دهند که استفاده از هورمون‌های لپتین، گرلین و اندو کانابینوییدها تا حدی اشتها را در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بهبود می‌بخشد و به‌همین طریق وضعیت روحی روانی بیماران را نیز بهتر می‌کنند(۲۷). مطالعات نشان داده‌اند که استفاده از فلوکستین در بیمارانی که درمان مؤثر بوده و اشتها و وزن آنها تقریباً به میزان طبیعی بازگشته است، می‌تواند حملات عود را کاهش دهد(۲۸).

از دیدگاه طب سنتی ایران، اگر علت بی‌اشتهایی، سوءمزاج ساده باشد، متعادل‌کردن مزاج، در صورتی‌که ناشی از اجتماع اخلاط در معده باشد، پاکسازی بدن از این مواد با استفاده از ترکیباتی چون سکنجبین عسلی آمیخته با تخم ترب و خردل، و اگر سبب بیماری تکثیف منافذ پوست باشد، استحمام مؤثر است. همچنین در ضعف کبد، تقویت این عضو با استفاده از داروهای غذایی گرم که خوشبو و قابض باشند، همچون دارچین، زعفران و نیز غذاهای دارویی مانند دانه انار و مویز با دانه توصیه می‌شود. در سده مجاری بین طحال و فم معده پاکسازی توصیه می‌شود. در صورتی‌که فم معده حساسیت خود را از دست داده باشد، تقویت دماغ (مغز) با تناول گوشت ماکیان و تیهو با نخود پخته که با زعفران و گلاب خوشبو شده باشد مناسب است(۱۹،۵).

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]

حکیم ارزانی در میزان الطب علاوه بر اسباب ذکرشده، اسباب دیگری چون ترک عادات (تغییر شیوه زندگی)، بیماری‌های نفسانی (عصبی- روانی) مانند همّ (نگرانی آینده) وغم (نگرانی گذشته) و کرم‌های دستگاه گوارش را در کاهش اشتها مؤثر دانسته است. در این کتاب برای دفع کرم‌های دستگاه گوارش خوردن سکنجبین سفرجلی (به)، شربت لیمو، عرق نعناع با سرکه و پیاز یا سرکه و ماهی شور، انار ترش و شربت پودینه (Menthapulegium) توصیه شده است(۱۹،۵)، (جدول ۱).

جدول ۱- علل، علایم و درمان بی‌اشتهایی از دیدگاه حکیم ارزانی (۳۲،۲۰،۱۹)

علل بی‌اشتهایی		علایم	درمان
سوءمزاج*	سوءمزاج ساده گرم	آروغ دودناک، تشنگی	تعدیل مزاج با مبردات قابضه (سردی بخش‌های قابض)
	سوءمزاج ساده سرد	آروغ ترش، عدم تشنگی	تعدیل مزاج با ثوم (سیر) و فوتنج (پودنه)
**اجتماع اخلاط در معده	***خلط مراری یا مالح	سوزش معده، مزه دهان تلخ و شور، آرزوی نوشیدن آب سرد	تخلیه معده با قی و اسهال،گیاه خاراگوش(Artemisia Absinthium)آب پزشده، آب شوید و سکنجبین بزوری
	****خلط بلغم لزج	راغب به خوردن غذاهای گرم	*****ابتدا تلطیف معده و سپس پاکسازی آن
	خلط عفن	بوی بد دهان، تهوع، مدفوع غیرطبیعی	پاکسازی به کمک قی با استفاده از دواء المسک و جوارش عود
انباشتگی بدن از اخلاط خام بلغمی		میل زیاد به غذاهای گرم و در صورت خوردن آن درد و نفخ معده	کم‌خوری ، استحمام
وجود سده در منافذ پوست		پرپشت‌شدن و سفتی پوست، مدفوع زیاد، تعرق کم	استحمام
ضعف کبد و سده‌افتادن در ماساریقا		لاغری بدن، اسهال	تقویت کبد با داروهای گرم مانند دارچین، زعفران و غذاهای دارویی چون دانه انار و مویز با دانه
ایجاد سده در منفذ بین سپرز و فم معده		کمی احساس گرسنگی بزرگی طحال به‌سبب محبوس ماندن سودا	سکنجبین بزوری
از بین رفتن حساسیت فم معده		به وجود نیامدن اشتها با خوردن ترشی	تقویت دماغ با خوراک گوشت ماکیان و تیهو با نخود پخته
اسباب متفرقه	کم‌خونی		درمان بیماری زمینه ای
	هم و غم		درمان بیماری زمینه ای
	ترک عادات (تغییر شیوه زندگی)		درمان بیماری زمینه ای
	ابتلا به انگل‌های دستگاه گوارش		سکنجبین سفرجلی(به)

*سوءمزاج ساده: سوءمزاج بدون ماده

** اجتماع اخلاط در معده: سوءمزاج با ماده

***خلط مالح: بلغم شور

****خلط بلغم لزج: خلط رقیق و مختلف القوام

***** برای تلطیف معده، ابتدا تخم ترب و خردل را با نمک و بوره جوشانده و با سکنجبین عسلی آمیخته و سپس به جهت پاکسازی از طریق قی بایستی جوشانده شوید و ترب مصرف شود

فساد شهوت (Dysorexia):

براساس منابع طب سنتی، فساد شهوت یا اختلال در اشتها به مواردی گفته می‌شود که فرد بیمار چیزهای غیرخوراکی (ناخوردنی) چون گل، گچ و پنبه و امثال آن را طلب می‌کند. حکمای طب ایرانی شهوت به این قبیل مواد که عاری از کیفیت هستند را وحم می‌نامیدند که در زنان باردار نیز مشاهده

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]

می‌شود. حکیم ارزانی درمان این حالت را پاکسازی معده از اخلاط فاسد با داروهای مناسب با مزاج فرد می‌داند. البته درمان پاکسازی در زنان باردار توصیه نشده است، چون این نشانه‌ها در زنان باردار در اغلب موارد بعد از ۳ ماه خودبه‌خود برطرف می‌شود و اطرفی داروهای قوی در این گروه سلامت بارداری را با خطر مواجه می‌سازد. خوردن استخوان کبوتربچه بریان‌شده، استخوان دُراج، تذرو بچه و نیز بچه مرغ خانگی بریان نرم‌شده همراه با زیره و نانخواه (زنیان) برای برطرف‌شدن این حالت بسیار مؤثر و سودمند دانسته شده است(۱۹،۱۸،۵).

جوع الکَلب (Canine appetite):

برمبنای طب سنتی ایران، شهوت کلبی به حالتی گفته می‌شود که اشتهای فرد از حد طبیعی خود خارج شده و انسان با خوردن طعام بیش از اندازه و پرشدن شکم، هنوز هم احساس گرسنگی کرده و در او سیری حاصل نمی‌شود. پنج سبب برای این مرض عنوان شده است:

۱- سوءمزاج سرد غیرمفرط (سوءمزاجی که شدت بسیاری ندارد) که در فم معده ایجاد می‌شود و از نشانه‌های آن کاهش عطش و افزایش نفخ است. برای درمان این نوع سوءمزاج،گرم‌کردن فم معده توصیه شده است. برای این منظور خوردن زنیان و نیز مالیدن ضماد جوزبوا (MyristicafragransHoutt) و سنبل الطیب (Adiantumcapillusveneris L) پیشنهاد شده است(۲۹،۱۹).

در صورتی‌که این سوءمزاج سرد، حاصل از فزونی بلغم در معده باشد بایستی ابتدا معده را با داروهای مرکبه مثل حب ایارج و حب قوقایا از این نوع اخلاط پاکسازی کرد.

۲- افزایش بیش از اندازه سودای برآمده از طحال که بر فم معده می‌ریزد سبب افزایش اشتها می‌شود. از نشانه‌های بارز آن کاهش تشنگی و سوزش شدید فم معده است. این سوزش تا زمانی که معده خالی است برطرف نمی‌شود.

درمان آن در ابتدا با پاکسازی بدن از خلط سودا و در صورت لزوم فصد رگ باسلیق (Basilica) یا اُسیلِم (یکی از انشعابات رگ باسلیق) دست راست و یا گذاشتن بادکش‌های گرم بر طحال جهت ایجاد حرارت در این ناحیه است.

۳- ممکن است سبب، سوءمزاج گرم و حرارت موجود درتمام اعضای بدن باشدکه بر دو قسم است: یکی آنکه به‌دلیل سوءمزاج، قوت ماسکه (نگهدارنده) همه اندام‌ها ضعیف شده و مِسام (منافذ) همه بدن باز و به‌دنبال آن غذا زود هضم شده و از مسام خارج می‌شود؛ به‌همین دلیل اشتها باقی خواهد ماند. دوم اینکه سوءمزاج موجود بر تمام اعضا موجب می‌شود رطوبت غذا توسط اعضا جذب شده و به‌دنبال آن قوت جاذبه همه اندام‌ها از طریق مکش فم معده را متأثر کند. در این موارد برای رفع حرارت و انسداد مسام توصیه به خوراندن نوشیدنی‌های قابض مانند شربت سیب ترش، غوره، انار و همچنین حَصَرمیه (آش غوره)و سُماقیه (آش سماق) و قلیه خیار و زرده تخم مرغ نیم‌برشت شده است. در این موارد بهتر است فرد بیمار در آب سرد بنشیند و روغن حب الاس (مورد) بر تن بمالد(۳۰،۱۹،۱۸).

٤- در صورتی‌که علت، اخلاط بلغمی برآمده از مغز به معده باشد؛ علایم آن ترش معده به‌همراه آروغ ترش و نیز نَزله (ریختن فضولات مرطوب از دو بطن مقدم دماغ به‌سوی ریه و سینه) است(۳۱). برای درمان نزله، پاکسازی بدن، تقویت دماغ و منع نزله با داروهایی چون تخم خشخاش، عناب، سپستان، بنفشه و همچنین غذاهایی مانند آش جو مناسب است.

۵- ابتلا به انگل‌های دستگاه گوارش از دیگر دلایل اشتهای غیرطبیعی است که در این حالت غذای مورد استفاده فرد توسط انگل‌ها جذب شده و معده خالی می‌ماند.

جوع البقر:

بنا بر عقیده حکیم ارزانی در میزان الطب، جوع البقر بیماری است که طی آن تمام اعضای بدن نیازمند مواد غذایی هستند، لیکن معده از خوردن غذا اکراه دارد. حال هر چه ضعف اعضا و نیز به‌دنبال آن نیروی بدن کاهش یابد غشی به‌همراه دارد. برای درمان این بیماران، چون اغلب دچار ضعف بدنی هستند در ابتدا باید بدن آنها را با غذاهای مقوی تقویت کرده و بعد از آن بسته به سوءمزاج عارض بر معده که اغلب بلغم است به پاکسازی معده از خلط غالب پرداخت. در صورتی‌که در حین پاکسازی، بیمار دچار ضعف شود باید پاکسازی را متوقف کرد و بعد از تقویت مجدد، پاکسازی را

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]

ادامه داد. در حقیقت استفاده از کلمه یونانی بولیموس و وجه تسمیه آن با جوع البقر به‌علت گرسنگی شدید اعضا بوده، ولی معده فرد به غذا تمایلی نداشته و از غذا متنفر و بیزار است. در طب رایج دو واژه بی‌اشتهایی عصبی (Anorexia nervosa) و بولیمی (Bulimia nervosa) در مبحث اشتها به‌عنوان اختلالات اشتها مطرح شده است. در بی‌اشتهایی عصبی، فرد میلی به غذا نداشته و از لحاظ فیزیکی نیز لاغر است در حالی‌که در بولیمی بیمار در محدوده طبیعی وزنی قرار دارد. بیمار مبتلا به بولیمی به‌علت درک ناصحیح که از فیزیک بدنی خود دارد غذا را در فاصله‌های زیاد و به‌صورت وعده‌های حجیم مصرف می‌کند و بعد از آن با استفاده از روش‌های مختلف سعی در تخلیه غذا دارد. باتوجه به موارد ذکرشده به نظر می‌رسد واژه جوع البقر که در کتاب میزان الطب توسط حکیم ارزانی استفاده شده است، بیشتر با نشانه‌های بی‌اشتهای عصبی منطبق است.

جوع الغشی:

در این مورد فرد تحمل گرسنگی را نداشته، به‌طوری‌که اگر به او غذا نرسد بیهوش می‌شود. در چنین مواردی بایستی ابتدا غذا را مهیا کرده و سپس با خوردن مخلوط نان با آب‌انار میخوش وآب سیب به تقویت فم معده پرداخت.

بحث و نتیجه‌گیری:

از نظر حکمای ایرانی، اشتها و میل طعام موضوعی بسیار مهم در نگهداشت سلامت تلقی می‌شده است. بی‌اشتهایی یکی از نشانه‌های مهم در تشخیص بیماری است، و اسباب آن در سنین مختلف زندگی متفاوت است. نداشتن میل طعام تنها به‌عنوان نشانه‌ای از بیماری دستگاه گوارش تلقی نمی‌شود و طیف وسیعی از عوامل جسمی، روانی و حتی عوامل محیطی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم در ایجاد بیماری نقش دارند. در طب سنتی ایرانی، برای تجویز دارو به ده متغیر که در اصطلاح متغیرات عشره خوانده می‌شوند توجه می‌شده است. ابن سینا در کتاب قانون، در فن چهارم معالجات و ارزانی در مفرح القلوب، این متغیرات را به‌تفصیل شرح داده است. این متغیرات شامل نوع بیماری، شدت بیماری، مزاج طبیعی بیمار و نشانه های موافق و منافر با بیماری یعنی سن، جنس، فصل، شهر، عادات بیمار، شغل و مهم‌تر از همه قوت و بنیهٔ بیمار را شامل می‌شود. ابن سینا برای تجویز دارو به توان بدنی بیمار توجه بسیاری داشت و داروها و پرهیزات غذایی را در درمان بیماری‌های حاد و مزمن باتوجه به این مهم توصیه می‌کرد. در طب نوین برای تشخیص علت بی‌اشتهایی بیشتر به عوامل هورمونی و نوروشیمیایی توجه می‌شود. در این دیدگاه به دنبال یافتن یک عامل اولیه و شروع کننده برای ایجاد بیماری هستند تا بتوانند آبشار تغییرات هورمونی و پیامد آن، ایجاد بی‌اشتهایی را بیابند. در این بین گاهی تناقضاتی در مطالعات مختلف مشاهده می‌شود، برای مثال در بعضی بیماران افزایش بعضی هورمون های محرک اشتها، منجر به افزایش اشتها نمی شود و بالعکس. در طب سنتی ایران که دیدگاهی کل‌نگر، نه به معنی عدم توجه به جزییات را دارد، تلاش در درمان بیمار است و نه بیماری. به‌همین علت هر فرد به‌صورت مجزا درمان می‌شود و یک نسخه برای تمامی بیماران مبتلا به یک بیماری خاص پیچیده نمی‌شود. به‌عنوان مثال اگر فردی با بی‌اشتهایی مراجعه کرد، ابتدا متغیرات عشره در او مشخص می شود و بعد از آن با توجه به مزاج، سن، قوت و سایر موارد ذکرشده، از بیمار شرح حال کامل گرفته و معاینهٔ دقیق انجام می گیرد. در آخر، بعد از کشف علت، توصیه‌های حفظ الصحه و درمان‌های دارویی با شروع از مفردات و بعد مرکبات باتوجه به متغیرات عشرهٔ بیمار برای بیمار آغاز می‌شود.

حکیم ارزانی، به پیروی از حکمای سلف خود، به‌خصوص ابن سینا، در کتاب میزان الطب، به تعریف و تبیین بی‌اشتهایی، انواع آن و روش‌های تشخیص و درمان بی‌اشتهایی پرداخته، که نشانگر دقت‌نظر حکمای طب ایرانی در مشاهده دقیق و ثبت نشانه‌ها و علایم بیماری، تشخیص براساس طب مزاجی و سپس ارایه پروتکل درمانی است. بازخوانی و بازشناسی دیدگاه دانشمندان طب سنتی ایران و تحقیق در مورد پیشنهادات ایشان، به‌ویژه در بیماری‌هایی که روش‌های درمانی موجود به حد کفایت رضایت‌بخش نیست، ضروری و واجد اهمیت است. در این مقاله رویکرد فوق‌الذکر در موضوع اختلال‌های اشتها دنبال شده است.

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]

ضمیمه برخی اصطلاحات طب سنتی استفاده‌شده در مقاله: برگرفته از کتب مخزن‌الادویه، خلاصه‌الحکمه، بحرالجواهر

امتلاء: عبارت است از انباشتگی بدن از اخلاط و در حقیقت مرحلهٔ قبل از بیماری است.گاهی آن را به ردائت اخلاط اطلاق می‌کنند که در این حالت میزان اخلاط از لحاظ کمّی بالا نیست، بلکه اخلاط نامناسب در بدن وجود دارد که به این حالت امتلاء به حسب کیفیت یا به حسب قوّه می‌نامند. گاهی امتلاء بر اثر کمیت اخلاط و ارواح است به حدی که فضاهای بدنی را بیش از حد گنجایش آنها پر سازند که در این حالت امتلاء به‌حسب اوعیه می‌گویند.

سدّه: بندآمدن مجاری و عروق تنگ به‌سبب اخلاط لزج و غلیظ خواه این بندآمدن کامل باشد و یا ناقص.

سوء مزاج: عبارت از غلبهٔ یکی از کیفیات چهارگانه بر مزاج اصلی اندام است به‌صورتی‌که آن اندام از اعمال طبیعی خود به‌صورت ناقص و یا کامل باز ماند. غلبهٔ هریک از کیفیات گرمی، سردی، تری و خشکی به‌تنهایی مفرد در نظر گرفته می‌شود. اگر یکی ازکیفیات فاعلی گرمی و سردی به‌همراه یکی ازکیفیات منفعله تری و خشکی بر هر یک از اندام بدن عارض شود، سوءمزاج مرکب نامیده می‌شود.

ضعف کبد: عبارت است از ضعف قوّت آن به‌صورت ناقص و یا کامل که در حقیقت تابع جمیع بیماری‌های کبد است. در این حالت کبد نمی‌تواند آنگونه که شایسته است افعال طبیعی خود را به انجام برساند.

تلطیف: لطیف‌کننده. دوایی است که با حرارت معتدل خود قوام خلط غلیظ را رقیق می‌کند، مانند حاشا و زوفا و بابونه.

محلّل: تحلیل‌برنده. دوایی است که با قوهٔ حرارت خود اخلاط را از موضعی که به آن چسبیده‌اند جدا می‌کند و اجزای آنها را از هم می‌گسلد و جزءبه‌جزء به‌صورت بخار دفع می‌کند تا حدّی که چیزی از آنها باقی نماند، مانند بابونه.

ذکی الحس: حسّاس

سکنجبین بزوری: داروی مرکبه‌ای که برای رفع انسداد عروق کبد، معده و طحال و به‌عنوای مدر و در موارد استسقا و تبهای سرد و تسکین عطش کاذب مفید است. سرکهٔ انگوری، عسل، تخم کرفس، تخم رازیانه، تخم انیسون، ریشه کرفس، ریشه رازیانه، ریشه کِبَر، تخم کاسنی، عصاره گیاه غافث و ریوند چینی.

ایارج(ایاره): داروی مسهل است. این دارو به مرور عمل مسهلی را انجام می‌دهد. برای مثال اگر امروز دارو مصرف شود روز دیگر شروع به‌عمل کرده و سمومات را از اعماق بدن آرام‌آرام بیرون می‌کشد. برای مثال ایارج اَفتیمونی، ایارج فیقَرا.

خلط‌های چهارگانه: اخلاط اربعه عبارتند از خون، صفراء، سوداء، بلغم .

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]

References:

1. Bari A. Hakim Muhammad Akbar Arzani. Studies in history of medicine and science. 2002;18(1):17.
2. Elgood C. A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate: From the Earliest Times Until the Year AD 1932: Cambridge University Press; 2010.
3. Wasti HN. A History of Iran Pakistan Medical Relations: Iran Pakistan Institute of Persian Studies; 1974.
4. Mir MT. Pezeskan Namee Pars. Shiraz: Shiraz University; 1969. 269 p.
5. Shah-Arzani M-A. Tib-e-Akbari. Ghom: Jalal-ed-Din; 2008: 879 p.
6. Tajbakhsh H. History of Medicine and Veterinary Medicine in Iran: Fondation Merieux; 2003.
7. Naseri M. Review of Iranian Traditional Medicine Basics. Tehran: Shahed University; 2008. p. 29.
8. Jorjani S. Al-Aghraz al-Tibbia Val Mabahess al-Alaiia: Tehran: Tehran University Press; 2006.
9. Jorjani S. Zakhireh Kharazmshahi, corrected by Moharrari MR, vol. 11997.
10. Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, et al. A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. PloS one. 2012;7(1):e28249.
11. Shayeghian Z, Aguilar-Vafaie ME, Tabatabae KR. Core maladaptive schemas and parental bonding among female adolescent with normal weight, overweight and anorexia symptoms. Pajoohandeh Journal. 2011;16(1):30-8.
12. Ramoz N, Versini A, Gorwood P. Anorexia nervosa and estrogen receptors. Vitamins and hormones. 2013;92:141-63.
13. Fauci AS. Harrison's principles of internal medicine: McGraw-Hill Medical New York; 2008.
14. Lebow J, Sim L. The influence of estrogen therapies on bone mineral density in premenopausal women with anorexia nervosa and amenorrhea. Vitamins and hormones. 2013;92:243-57.
15. Bolton JG, Patel S. Osteoporosis in anorexia nervosa. Journal of psychosomatic research. 2001;50(4):177-8.
16. Cowdrey FA, Park RJ, Harmer CJ, McCabe C. Increased neural processing of rewarding and aversive food stimuli in recovered anorexia nervosa. Biological psychiatry. 2011;70(8):736-43.
17. Chapman IM. Endocrinology of anorexia of ageing. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism. 2004;18(3):437-52.
18. Nafisi AA. Farhang-e Nafisi. Entesharat-e Khayyam: Tehran; 1976.
19. Aghili M. Kholase al hekmah. Quom, Iran: Esmailian. 2006:35-42.
20. Shāh Arzānī M. Mīzān al-□ibb 1822.
21. Heilbronn LK, Milner K-L, Kriketos A, Russell J, Campbell LV. Metabolic dysfunction in anorexia nervosa. Obesity Research & Clinical Practice. 2007;1(2):139-46.
22. Connan F, Lightman SL, Landau S, Wheeler M, Treasure J, Campbell IC. An investigation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis hyperactivity in anorexia nervosa: the role of CRH and AVP. Journal of psychiatric research. 2007;41(1-2):131-43.

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]

23. Connan F, Campbell IC, Katzman M, Lightman SL, Treasure J. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. Physiology & Behavior. 2003;79(1):13-24.

24. Yoshizawa M, Tashiro M, Fukudo S, Yanai K, Utsumi A, Kano M, et al. Increased brain histamine H1 receptor binding in patients with anorexia nervosa. Biological psychiatry. 2009;35-329: (4) 65.

25. Zandian M, Ioakimidis I, Bergh C, Sodersten P. Cause and treatment of anorexia nervosa. Physiol Behav. 2007;92(1-2):283-90.

26. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. Behaviour research and therapy. 2013;51(1):R2-8.

27. Stoving RK, Andries A, Brixen K, Flyvbjerg A, Horder K, Frystyk J. Leptin, ghrelin, and endocannabinoids: potential therapeutic targets in anorexia nervosa. Journal of psychiatric research. 2009;43(7):671-9.

28. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu L, Sokol MS, McConaha C, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting-and restricting-purging-type anorexia nervosa. Biological psychiatry. 2001;49(7):644-52.

29. Duke James A. The Green Pharmacy Herbal Handbook. Tehran: Malyek [In Persian]; 2008: 1070 p.

30. Khorasani MA. Makhzan al Advieh. Bavardaran Press. Research institute for Islamic and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; 2001.

31. Harawī M. Bar al-jawāhir, muʻjam al-tibb al-tabīʻī

32. Quom, Iran: Ehyay-e-tabiei 2008.

33. Avicenna H. Ghanoon Dar Teb [The Canon of Medicine], Bulaq Edition. Sharafkandi A, trans Tehran: Univ of Tehran Pr. 1978.

[Downloaded from jiitm.ir on 2025-12-18]