

بررسی اجمالی برخی تظاهرات و بیماری‌های پوستی از دیدگاه طب ایرانی و تطبیق آن با دیدگاه طب رایج

فاطمه فدایی^۱
انسیه عارفی^۲
دکتر ابراهیم خادم^۱

۱. گروه طب ایرانی، دانشکده‌ی طب ایرانی،
دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران،
ایران
۲. گروه داروسازی ایرانی، دانشکده‌ی طب
ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران،
تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر ابراهیم خادم
تهران، خیابان طالقانی، خیابان سرپرست،
دانشکده‌ی طب ایرانی دانشگاه علوم
پزشکی تهران
پست الکترونیک:

ekhadem@tums.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است.

پوست به‌عنوان بزرگترین ارگان بدن انسان، اولین سد حفاظتی بدن و یکی از اندام‌های دفعی مهم محسوب می‌شود. در طب رایج توجه به بشورات پوستی در تشخیص بسیاری از بیماری‌های داخلی اهمیت جدی داشته و در طب ایرانی نیز حکما با بررسی تظاهرات پوستی به طیف وسیعی از اختلالات درونی بدن پی می‌برده‌اند. این مطالعه با هدف بررسی تطبیقی سمیولوژی و اتیولوژی تعدادی از تظاهرات و بیماری‌های پوستی در طب ایرانی و طب رایج و بیان اجمالی تشابهات و اختلافات دیدگاه‌های مذکور انجام شده است. برای این منظور ابتدا داده‌ها با کلیدواژه‌های مربوطه از کتب معتبر طب سنتی ایران استخراج و سپس جست‌وجو در پایگاه‌های علمی مربوطه Scopus، PubMed، Google Scholar، Web of Science و نیز منابع معتبری هم‌چون کتب درماتولوژی هیبف، ساوین و پاتولوژی رابینز صورت گرفت. با بررسی اجمالی تظاهرات و بیماری‌های جلدی از دیدگاه دو مکتب طبیبی مذکور، اگرچه در بسیاری از موارد نمی‌توان انطباق مشخصی در مراتب ذکرشده قائل گردید، لکن در مواردی از جمله اتیولوژی، توصیف، علائم بالینی، تشخیص، تشابهاتی در نگاه دو مکتب طبیبی مذکور مشاهده می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: پوست، بشورات جلدی، ورم، طب ایرانی

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۰۵

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۹۶، دوره ۸ (۴): ۲۱۸-۲۲۹

مقدمه

از اختلالات درونی بدن پی برده و با توجه به علت ایجاد ضایعه، از شیوه‌های درمانی متنوع بی‌عارضه یا کم‌عارضه بهره می‌برده‌اند. اعتقاد حکمای طب ایرانی این بوده است که فضولات تولیدشده به‌دنبال فعل و انفعالات داخلی بدن، حتی‌الامکان باید از طریق اندام‌های دفعی طبیعی از جمله پوست از بدن خارج شوند و عدم دفع فضولات می‌تواند سبب ایجاد طیف وسیعی از بیماری‌ها گردد.^۴

در عصر حاضر شیوع بیماری‌های پوستی در افراد بالغ، بسیار بالا (در حدود ۵۰٪) گزارش شده که نیمی از آن نیاز به مداخله پزشکی دارد.^۵ یکی از اساسی‌ترین درمان‌های طب رایج در بسیاری از تظاهرات و بیماری‌های مزمن پوستی، استفاده از کورتیکواستروئیدها است که طبق مطالعات

پوست انسان بزرگترین ارگان بدن است و در یک فرد بالغ مساحتی حدود ۲ متر مربع را دارد.^۱ پوست اولین سد حفاظتی بدن و یکی از اندام‌های دفعی مهم محسوب شده و مواد زائد از منافذ آن خارج می‌شوند.^۲ در طب رایج همراهی تظاهرات پوستی در بیماری‌های داخلی اهمیت فراوانی داشته و گاه در بین علائم متعدد یک بیماری، تنها بروز یک تظاهر پوستی می‌تواند کلید تشخیص درست و یافتن علت بیماری باشد. بر این اساس در اکثر منابع طب رایج، فصلی برای بیان تظاهرات پوستی در انواع بیماری‌های داخلی در نظر گرفته شده است.^۳ حکمای طب سنتی ایران نیز با تأمل در تظاهرات و بشورات پوستی، به طیف وسیعی

المتعلمین فی الطب (ربیع بن احمد اخوینی)، کامل الصناعه الطبیه (علی بن عباس اهوازی)، منصوره فی الطب (محمد بن زکریای رازی)، الحاوی فی الطب (محمد بن زکریای رازی)، قانون فی الطب (شیخ الریسی ابن سینا)، التصریف لمن عجز عن التألیف (خلف بن عباس زهراوی)، ذخیره خوارزمشاهی (اسماعیل بن حسن جرجانی)، الشامل الصناعه الطبیه (ابن نفیس قرشی)، شرح الاسباب و العلامات (نفیس بن عوض کرمانی)، طب اکبری (میر محمد اکبر بن محمد)، خلاصه الحکمه (عقیلی خراسانی) و اکسیر اعظم (محمد اعظم ناظم جهان) جست و جو شدند و برای تعریف واژه‌ها از کتب اصطلاحات شامل بحر الجواهر، کتاب الماء، مصباح المنیر و لسان العرب و اصطلاحات فرهنگ طب سنتی ایران استفاده گردید^{۱۰}. برای بررسی دیدگاه طب رایج پایگاه‌های Web of Sciences, Google Scholar, PubMed Cutaneous, Skin, Skin Lesion Scopus, Traditional Iranian Medicine, Manifestations Dermatology و Persian Medicine, Skin eruption و کتب درماتولوژی هیپف، رووک، هانتر و ساوین و پاتولوژی رابینز جست و جو شدند.

یافته‌ها

دیدگاه طب ایرانی

از دیدگاه حکمای طب ایرانی به هرگونه تجمع غیرطبیعی مواد زائد و مضر در هر قسمت از بدن از جمله پوست که معمولاً در لمس یا بدون لمس با درد همراه باشد ورم گفته می‌شود^{۱۱،۱۳}. ورم‌ها به دو نوع کوچک و بزرگ تقسیم می‌شوند. ورم‌های کوچک، بثور و مجموع آن‌ها بثورات خوانده می‌شوند^{۱۴،۱۸}. بثورات به تناسب خلطی که در آن تجمع یافته است، به دو نوع گرم و سرد تقسیم می‌گردند. در طب ایرانی مفهومی به نام اخلاط چهارگانه وجود دارد که در واقع این اخلاط، محصول هضم غذاهایی هستند که مصرف

به عمل آمده، خود باعث ایجاد عوارض بسیاری از جمله آتروفی، نازک شدن اپی‌درم، نازک شدن درم، تلانژکتازی، خونریزی جلدی و استریا می‌شوند^۷. این در حالی است که براساس دیدگاه طب ایرانی، در درمان بسیاری از بیماری‌های پوستی، باید به رفع علت اصلی که در بسیاری از موارد ناشی از سبک زندگی غیراصولی در همه‌ی ابعاد آن (تغذیه نامناسب، خواب ناکافی، عدم تحرک، عدم پاکسازی بدن از فضولات و مسائل روحی - روانی) می‌باشد، به صورت جدی توجه نموده و در مرحله‌ی بعد و در صورت لزوم اقدام به استفاده از دارو و سایر شیوه‌های درمانی نمود.

شناسایی اولیه‌ی ضایعه‌ی پوستی، کلید تفسیر دقیق و توصیف بیماری پوستی است^{۷،۸}. بر این اساس لازم است در گام نخست ابتدا انواع تظاهرات پوستی با همه‌ی جوانب آن (اعم از توصیف، علائم بالینی، علت ایجاد، شیوه‌های تشخیص و درمان) از نگاه دانشمندان دو مکتب طبی مورد بررسی تطبیقی و تحقیق قرار بگیرد، لذا این مطالعه با هدف مقایسه و بررسی تطبیقی اتیولوژی و سمیولوژی برخی تظاهرات بیماری‌های پوستی شناخته‌شده از دیدگاه دو مکتب طب ایرانی و طب رایج انجام گرفته تا بدین وسیله در آینده امکان پژوهش‌های علمی بیشتر و گسترده‌تر محققین در تطبیق احتمالی تشابهات و اختلافات ذکرشده‌ی بیماری‌های پوستی فراهم گردد.

روش اجرا

این مطالعه یک بررسی مروری از نوع تحلیلی در مورد برخی تظاهرات و بیماری‌های پوستی شناخته‌شده در طب ایرانی و طب رایج براساس اتیولوژی و سمیولوژی بیماری و بیان تشابهات و اختلافات آن‌ها می‌باشد. اصطلاحات و کلمات کلیدی مورد نظر با استفاده از نرم‌افزار کتابخانه‌ی جامع طب^{۹،۱۵} و نیز سایر منابع و کتب اصیل طب ایرانی از جمله فردوس الحکمه فی الطب (علی بن سهل طبری)، هدایه

دیدگاه طب رایج

مطالعات انجام‌گرفته در طب رایج نیز حاکی از آن است که پوست بدن پنجره‌ای منحصربه‌فرد و در دسترس است که از طریق آن می‌توان به مشاهده و تشخیص انواع متعددی از اختلالات پرداخت^{۲۲}. از دیدگاه طب رایج تظاهرات پوستی به سه دسته‌ی ضایعات اولیه، ثانویه و خاص تقسیم می‌شوند.

♦ ضایعات اولیه: اغلب بیماری‌های پوستی با یک ضایعه‌ی پایه شروع می‌شوند که به آن ضایعه‌ی اولیه می‌گویند.

♦ ضایعات ثانویه: طی روند تکامل بیماری پوستی ایجاد شده یا در اثر خراشیدن و عفونت به‌وجود می‌آیند.

♦ ضایعات خاص: شامل تعداد معینی از ساختمان‌ها و تغییرات منحصربه‌فرد در پوست می‌باشند^{۲۳}.

در جدول زیر توصیف، علائم بالینی و اسباب ایجاد تعدادی از بثورات، تظاهرات و بیماری‌های پوستی از دیدگاه طب ایرانی و طب رایج به‌طور اجمالی مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته‌اند.

می‌شوند. خلط‌های چهارگانه عبارتند از خون، بلغم، سودا و صفرا و سلامت کامل یک انسان در حالتی است که بین این اخلاط تعادل برقرار باشد؛ اگر چه این امر در بالین عملاً غیرممکن بوده و هیچ وقت چنین تعادلی به‌طور مطلق در انسان ایجاد نمی‌شود^۹.

بثورات گرم شامل بثره دموی و بثره صفراوی بوده و به عبارتی بثور حاد خوانده می‌شوند. بثورات سرد نیز شامل بثره بلغمی و بثره سوداوی می‌باشد و آن‌را بثور مزمن نیز می‌خوانند^{۱۱}. برای تشخیص نوع بثورات و خلط تجمع‌یافته در آن‌ها، می‌بایست در معاینه به کیفیت درد، رنگ ضایعه و لمس موضع مربوطه توجه کرد. چنانچه درد محل ضایعه با ضربان و کشیدگی همراه بوده و رنگ بثره سرخ و پوست گرم باشد، بثور را دموی می‌گویند. اگر درد همراه با سوزش و التهاب بوده و رنگ بثره سرخ مایل به زردی و پوست گرم‌تر از حالت دموی باشد، بثورات صفراوی هستند. چنانچه بثورات بدون درد و رنگ ضایعه سفید و پوست سرد و ملایم باشد، بثورات بلغمی بوده و اگر رنگ بثورات مایل به تیرگی و سیاهی و پوست سرد و سفت باشد، بثورات در نوع سوداوی طبقه‌بندی می‌شوند^{۱۲}.

عوامل مختلفی زمینه را برای بروز بثورات آماده می‌کند که در این میان می‌توان به تغذیه به‌عنوان عاملی مهم در تولید اخلاط در بدن اشاره نمود^{۱۱و۲۰}. از آنجا که هر خوردنی و نوشیدنی که وارد بدن می‌شود، در کبد تبدیل به خلط می‌گردد، لذا تغذیه اهمیت و جایگاه خاصی در تولید اخلاط طبیعی یا غیرطبیعی در بدن دارد. از دیگر عوامل مؤثر در این زمینه می‌توان به ضعف عضوی در پوست بدن یا کاهش دفع مواد زائد از پوست به دلایل مختلف (ازجمله تنگی مسامات پوستی) اشاره نمود^۲.

بثورات می‌توانند در اشکال و حالات مختلفی شامل نمله، جاورسیه، نار فارسی، نفاطات، شری و بثور لینه در پوست تظاهر یابند^{۲۱}.

دیدگاه طب رایج	دیدگاه طب ایرانی
<p>ماکول (Macule): ضایعات مدور همسطح پوست که به علت تغییر رنگ یا تغییر در قوام و بافت پوست ایجاد شده، قطری حداکثر تا ۱ سانتی متر داشته و می تواند به رنگ های مختلف باشد.</p> <p>لکه (Patch): ضایعات همسطح پوست با حاشیه ی مشخص می باشد. لکه در واقع همان ماکول بوده که قطری بیشتر از ۱ سانتی متر دارد مانند کک و مک پیری و راش های سرخک.^{۲۳}</p> <p>پتشی (Petechia): خونریزی زیرجلدی که قطری کمتر از ۰/۵ سانتی متر دارد مانند بثورات دارویی.^{۲۵}</p> <p>پورپورا (Purpura): خونریزی زیرجلدی که قطری بیشتر از ۰/۵ سانتی متر دارد.^{۲۵}</p> <p>اکیموز (Echymosis): کبودی که در اثر خونریزی زیر جلدی بوجود می آید و قطری بیش از ۲ سانتی متر دارد.^{۲۶}</p> <p>وزیکول (Vesicle): برجستگی پوستی با حاشیه ی مشخص و حاوی مایع سروزاست که قطری کمتر از ۰/۵ سانتی متر دارد مانند آبله مرغان.</p> <p>بول (Bulla) یا تاول (Blister): وزیکولی است که قطری بیش از ۰/۵ سانتی متر دارد مانند اپیدرمولیز بولوزا، سوختگی درجه ی ۲ و ۳ و پمفیگوس.^{۲۳،۲۴}</p> <p>سائیدگی (Erosion): ازدست دادن اپی درم به صورت فوکال که به محل اتصال اپی درم به درم نفوذ نمی کند، بنابراین بدون گذاشتن اسکار بهبود می یابد.^{۲۸}</p> <p>خراشیدگی (Excoriation): یک اوروزیون که در اثر خاراندن ایجاد می شود و به صورت خطی و سطحی می باشد.^{۲۲}</p> <p>اولسر (Ulcer): ازدست دادن اپی درم و درم به صورت فوکال که حتی به هیپودرم و بافت های زیرین هم ممکن است برسد و معمولاً با به جا گذاشتن اسکار بهبود می یابد مانند اولسرها ی زخم بستر و شانکروئید.^۱</p> <p>اسکار (Scar): جایگزین شدن بافت فیروز به جای بافت های تخریب شده به علت صدمات یا بیماری که می تواند به دو شکل آتروفیک (نازک و چین خورده) یا هیپرتروفیک (برجسته به دنبال افزایش رشد بافت فیروتیک مانند سوختگی ها) ظاهر یابد.^۱</p> <p>اسکار هیپرتروفیک (Hypertrophic scar): واکنش اغراق آمیز بهبودی زخم های ناشی از ترومای آسیب یا جراحی است. در اوایل بهبودی معمولاً قرمز و سفت هستند. خارش و تندرنس در اسکارهای طبیعی و هایپرتروفیک شایع است.^{۳۱}</p> <p>زخم بستر (Bed sore): ایراد آسیب موضعی به پوست و بافت زیرین آن که بر روی یک برجستگی استخوانی است و در اثر فشار یا فشاری که به همراه نیروی مالشی است، رخ می دهد.^{۳۴،۳۵}</p> <p>خال (Nevus): تومور خوش خیم پوستی متشکل از سلول های نووسیتی مشتق از ملانوسیت ها که معمولاً بدون علامت هستند. به خال هایی که در هنگام تولد یا در یک تا دو سال اول زندگی ظاهر می شوند خال مادرزادی گفته می شود. خال های اکتسابی به صورت پاپول های صاف و گرد و یکرنگ ظاهر می شوند.^۷</p> <p>آویزه ی پوستی (Skin tag): پاپول های گوشتی خوش خیم که در چین های پوست ایجاد می شوند. معمولاً در افرادی که اضافه وزن دارند شایع تر هستند. این ضایعات در صورتی که تروماتیزه، پیچانده، پاره یا ترومبوزه شوند در لمس دردناک می شوند.^{۳۷}</p> <p>تبخال (Herpes simplex): عامل ایجاد آن ویروس هرپس سیمپلکس است که دارای دو نوع متمایز (نوع ۱ و ۲) بوده و در آزمایشگاه قابل افتراقند. نوع ۱ عموماً با عفونت های دهانی ویزیکولی و اولسراتیو و نوع ۲ با عفونت های تناسلی همراه است. درد موضعی، لنفادنوپاتی تندر، سردرد، درد عمومی بدن و تب از علائم پیش درآمد کاراکترستیک بیماری است.^{۳۹}</p>	<p>نمش (namash): نقاط مدور هم سطح پوست که سیاه رنگ یا سیاه مایل به قرمز بوده و بیشتر در صورت مشاهده می شود. گاهی در اثر باز شدن عروق لیفی یا ضربه، خون زیر پوست جمع می شود و رنگ و شکل پوست را تغییر می دهد که رنگ آن سرخ است.^{۱۱،۱۲،۲۴}</p> <p>برش (barash): نقاط ریز هم سطح پوست که سیاه یا سرخ یا کبود رنگ بوده و بیشتر در صورت مشاهده می شود^{۲۴} و ۱۲. گاهی در اثر باز شدن عروق لیفی یا ضربه، خون زیر پوست جمع می شود و رنگ و شکل پوست را تغییر می دهد که رنگ آن سیاه است.^{۱۱،۱۲،۲۴}</p> <p>کلف (kalaf): وقتی نقاط فوق به هم پیوسته و یکسان شوند، کلف نامیده می شوند.^{۱۲،۲۴}</p> <p>نفاطه (nofatah): بثورات بزرگی که حاوی مایع رقیق یا خون رقیق و گاهی نیز به صورت حبابی فاقد مایع بوده و مشابه آبله و سوختگی با آتش تظاهر می یابد.^{۱۱،۱۲} (تصویر شماره ی ۱).</p> <p>سحج جلد یا خدش (sahj or khadsh-e-jild): به خراشیده شدن سطح پوست به دنبال تماس با اشیای خشن یا استفاده از کفش نامناسب و تنگ و به دنبال سواری با اسب که حایل نرمی بین سرین و زین نباشد، گفته می شود.^{۱۲،۲۷}</p> <p>جراحه یا ریش (jirahah or rish): جدا شدن اتصال پوست یا پوست و بافت عضلانی که به دنبال بریدگی، کوفتگی، سوختگی یا فرورفتن اشیای تیز ایجاد شده و ترمیم آن کمتر از دو هفته طول بکشد.^{۱۴،۱۸،۲۹}</p> <p>تحرر جرح (tahajjor): التیام یافتن و به هم نزدیک شدن قسمت های زخم همراه با سختی بافت مربوطه.^{۳۰}</p> <p>لحم زائده (lahm-e-zaedah): گوشتی اضافی که به دنبال زیاده روی در رویش بافت بعد از بهبودی زخم یا قرحه به وجود می آید. می تواند ناشی از دفاع طبیعی بدن یا مصرف بی رویه داروهای رویانده ی گوشت باشد.^{۲۴}</p> <p>تقرح القطاه (taqarroh alqatah): سرخی پوست (به خصوص در ناحیه ی سرین) به دنبال اصطکاک با بستر یا به پشت خوابیدن طولانی مدت که ناحیه ی آسیب دیده به مرور زخمی می شود. این زخم بیشتر در افراد ناتوان رخ می دهد.^{۱۱،۱۲،۳۲،۳۳}</p> <p>خال (khal): نقاط سفت کوچک سیاه، سرخ یا تیره رنگ است که به پوست چسبیده است. خال برخلاف برش، قابل لمس و برآمده از پوست می باشد که علت آن خلط سوداوی یا خلط دم سوخته ای است که زیر پوست جمع شده است. خال نیز مثل نمش و برش گاه مادرزادی است که غیر قابل رفع است و گاهی اکتسابی است که تا وقتی زیاد نشده، می تواند موجب زیبایی عضو گردد.^{۱۲،۲۱،۲۴،۳۶}</p> <p>توته (tuthah): گوشت نرم سرخ رنگ مایل به سیاهی که مانند توت آویزان است و بیشتر در پلک پایین و گاه در ناحیه آنال و فرج دیده می شود. معمولاً مشکلی ایجاد نمی کند ولی گاهی می تواند دردناک باشد.</p> <p>تبخال (tibb khal): بثوراتی که در لب و بینی ظاهر می شود و ظهور آن، نشان بهبودی و از بین رفتن تب می باشد.^{۲۷} (تصویر شماره ی ۲). در قانون، تب خالی که بر لب پدید آید را الحلاً گویند.^{۱۸،۳۸}</p>

پوسته (Scale): یک لایه‌ی مسطح یا ورقه‌ی جداشده از لایه‌ی شاخی است و در اثر کراتینیزاسیون غیرطبیعی به‌وجود می‌آید. پوسته می‌تواند ظریف (مانند ضایعات ایکتیوز و لوپوس اریتماتوز) یا صفحه‌مانند (مثل ضایعات مخمک در کف دست و پا) باشد.^۷

شقاق (Fissure): از بین رفتن اپی‌درم و درم به‌صورت خطی که دارای دیواره‌های تیز و تقریباً عمودی است. ضایعه به شکل عدد ۷ می‌باشد که رأس آن در درم واقع شده است مانند ترک خوردن دست‌ها یا پاها و پرلش.^۴

پینه (Corn): مالش یا ضربه‌ی مکرر به پوست باعث می‌شود سلول‌های لایه‌ی بازال تحریک و میتوز سریع پیدا کنند. نهایتاً یک لایه‌ی ضخیم کراتینه ایجاد می‌شود که به‌نظر می‌رسد در پاسخ به مالش یا ضربه مکرر بوده است. بدون علامت بوده و با فشار دردناک می‌شود. پاها شایع‌ترین محل ابتلا بوده و دست‌ها و لب‌ها نیز به‌عنوان عارضه شغلی می‌توانند دچار پینه شوند.^{۴۳}

میخچه (Callosity): مالش یا ضربه‌ی مکرر به پوست باعث می‌شود سلول‌های لایه‌ی بازال تحریک شده و میتوز سریع پیدا کنند و متعاقب آن یک لایه‌ی ضخیم کراتینه در محل تماس، ایجاد می‌شود. نوک تیز ضایعه به داخل درم رشد کرده و با فشار روی عصب، درد ایجاد می‌کند. میخچه دارای مرکز مدور می‌باشد که به‌شدت کراتینه شده است. این ضایعه به‌صورت موضعی بین برجستگی استخوانی و کفش تحت فشار قرار دارد. معمولاً در پشت مفصل انگشتان قرار دارد.^{۴۴}

زگیل (Common Wart): این ضایعه توسط ویروس HPV ایجاد می‌شود. ابتدا به‌صورت پاپول برجسته و نرم به رنگ پوست است که با لمس راحت‌تر احساس شده و با بزرگ شدن ضایعه، سطح آن کراتوزه و نامنظم می‌شود. معمولاً ضایعات در دست‌ها، بدون درد و متعدد هستند.^{۴۵}

کیست اپی‌درمال (Epidermal cyst): ندول سفت زیرجلدی و پر از کراتین است که از اپی‌درم منشأ می‌گیرد. در هر جایی از پوست دیده می‌شود و اغلب بدون علامت و متحرک است.

لیپوما (Lipoma): تومورهای خوش‌خیم سلول‌های چربی در بافت زیرجلدی که در لمس قوام لاستیکی نرم دارند. به‌صورت یک یا چند عدد در پروگزیمال اندام‌ها یا هر قسمت از بدن وجود دارند. به‌ندرت دردناک می‌شوند و کمتر ارت در ایجاد آن دخیل است.^۱

نوروما (neuroma): تومور خوش‌خیم نادری است که ممکن است خودبه‌خود به‌وجود آید اما در اغلب موارد به‌عنوان نتیجه‌ی آسیب عصب در محل تروما یا زخم جراحی دیده می‌شود (تصویر شماره‌ی ۴). در اغلب موارد حتی با فشار ملایم دردناک است.^{۴۶}

فرونکل یا کورک (Furunculosis): ندول التهابی با دیواره‌ای مشخص، عمقی، دردناک، سفت و متموج که تجمعی از چرک را دربرمی‌گیرد و غالباً از یک فولیکولیت سطحی به‌وجود می‌آید. استافیلوکوک اورئوس شایع‌ترین ارگانیسم مرتبط با این ضایعه است.^{۴۸}

کاربونکل یا کفگیرک (Carbuncle): نوعی فرونکل است که عفونت به لایه‌ی ساب‌کوتانئوس رسیده است و تولید چرک عمقی می‌کند. ممکن است با تب همراه باشد.^{۴۸}

کومدون (Comedone): ضایعات غیرالتهابی در آکنه (بیماری مزمن غدد پیولوسباسه) است که به‌صورت تجمعی از مواد چربی و کراتینی در فولیکول‌های پیولوسباسه تظاهر می‌یابد. دهانه‌ی فولیکول ممکن است گشاد شده «جوش‌های سرسیاه» یا تنگ شده «کومدون بسته یا سرسفید» به‌وجود آید. معمولاً روی صورت، سینه و پشت دیده می‌شود.^۵

بثور لَبْنِيَّة (bothur-e-labaniyya): اکثراً در دوران جوانی ایجاد می‌شود. بثره‌ی سفیدرنگی است که معمولاً بر سطح بینی و چهره‌ی فرد دیده می‌شود و با فشاردادن آن ماده‌ای شبیه شیر غلیظ خارج می‌شود (تصویر شماره‌ی ۵).^{۴۷،۴۹}

تقشف و تقشر جلد (taqashshof and taqashshor-e-jild): به خشونت و درشتی پوست و جداشدن پوست‌های باریک از آن به‌سبب ماده‌ی سوداوی گفته می‌شود. جداشدن پوسته گاهی در پا در تماس با اشیای خشن و گاهی در پیشانی با خارش همراه است که به حکاک الجبهه معروف است.^{۱۲،۲۴،۴۰}

شقوق یا تشقق جلد (tashaqqoq or shoquq-e-jild): ترک پوست در هر قسمتی از بدن از جمله دست و پا که به‌علت خشکی پوست ایجاد می‌شود. این خشکی می‌تواند ناشی از علل خارجی (مثل گرمی، باد خشک‌کننده، سردی شدید، شست‌وشو با آب سرد یا آب‌های گوگردی و ...) یا علل داخلی (مثل سوءمزاج خشک ساده، مصرف مواد غذایی تند و تیز و خشک‌کننده و ...) باشد.^{۱۱،۲۱}

قرون (qorun): زوائد لیفی پینه مانند در مفاصل اندام‌ها که در اثر شدت اصطکاک با سطوح مختلف به‌وجود می‌آید.^{۱۱}

مسماریه (mismarieh): بثره‌ی سفیدرنگ است که مانند میخ سر آن بزرگ و پهن و ریشه آن باریک و به درون پوست فرورفته است. معمولاً به‌دنبال خراش پوست ایجادشده و بیشتر در اندام تحتانی و انگشتان پا مشاهده می‌شود (تصویر شماره‌ی ۳).^{۱۱،۲۴،۴۲}

ثُلُول (tho'lu): بثره سفت بسیار سخت و عموماً دایره‌ای شکل است که می‌تواند به اشکال مختلف مشاهده شود.^{۱۱}

سلعه (sal'ah): ورم غلیظی که مواد بلغمی درون آن توسط کیسه‌ای احاطه شده و در زیر پوست و جدا از لایه‌ی عضلانی قرار گرفته است. در لمس به همه طرف حرکت می‌کند. در اندازه‌های متفاوت از کوچک تا بزرگ می‌تواند ایجاد شود. براساس مواد درون کیسه به انواع شهدی (حاوی مواد رقیق مانند عسل)، شحمی (حاوی مواد چربی یا موادی مانند پیه)، عصیده‌ای (حاوی مواد غلیظ و خشک) و لحمی (حاوی موادی به قوام عضله) تقسیم می‌شود.^{۲۴،۲۷}

تعقد عصب (ta'aqqod-e-asab): ورمی غلیظ شبیه به سلعه است که بدنبال پارگی یا آسیب عصب پدید می‌آید. به راحتی بین انگشتان قابل لمس است؛ با این تفاوت که در سلعه، ورم در تمام جهات قابل حرکت است ولی در تعقد، ورم فقط در مسیر طولی عصب به راست و چپ حرکت می‌کند.^{۲۴،۲۶}

دمل (domal): بثره‌ی بزرگ سرخ‌رنگی است که از ابتدا همراه با درد شدید بوده و به دو شکل می‌تواند بروز کند. یا صنوبری شکل که معمولاً خودبه‌خود سر باز کرده و محتویات آن به آسانی خارج می‌شوند یا پهن و دایره‌ای شکل که عموماً خودبه‌خود سر باز نمی‌کند. علت زمینه‌ای بروز دمل ناشی از سوءهضم غذا در بدن دانسته شده و در افرادی که مکرراً دمل ایجاد می‌شود، پاک‌سازی بدن از طریق استحمام مکرر، ورزش منظم و مستمر، روزه‌داری و پرهیز از خوردن شیرینی‌جات و گوشت‌ها توصیه می‌شود.^{۱۲،۴۷}

خراج (khoraj): ورم بزرگی که در لمس گرم بوده و با درد و ضربان همراه است. خراج از دبيله کوچکتر است.

دبيله (dobaylah): ورم حجیم هم‌رنگ پوست که عموماً محل تجمع مواد عفونی است. درصورت وجود عفونت یا مصرف غذاهای تند و تیز، می‌تواند با درد همراه باشد.^{۲۱،۲۴}

بثور لَبْنِيَّة (bothur-e-labaniyya): اکثراً در دوران جوانی ایجاد می‌شود. بثره‌ی سفیدرنگی است که معمولاً بر سطح بینی و چهره‌ی فرد دیده می‌شود و با فشاردادن آن ماده‌ای شبیه شیر غلیظ خارج می‌شود (تصویر شماره‌ی ۵).^{۴۷،۴۹}

میلیاریا (عرق سوز) (Miliaria): این عارضه به دلیل انسداد مجاری عرق، به خصوص در آب و هوای گرم و در هر سنی اتفاق می‌افتد، اما در نوزادان با پوشش زیاد در آب و هوای گرم، شایع‌تر می‌باشد. علائم فیزیکی آن بستگی به مکان انسداد مجرای عرق مربوطه دارد. در واقع انسداد مجرای عرق اکراین، رویداد اولیه است. متعاقب آن مجرا پاره می‌شود و عرق به درون بافت اطراف نشت نموده و یک واکنش التهابی ایجاد می‌کند.^{۵۲}

اگزما (Eczema): نوعی التهاب پوستی که از لحاظ بالینی با اریتم، ادم، وزیکول و خارش اغلب شدید مشخص شده و در مواردی تاول هم تشکیل می‌شود. وجود ترشح از ضایعات حاد تیپیک است. درمانیت تحریکی پس از تماس مکرر با آب، حلال‌ها و پاک‌کننده‌ها شایع است. تماس مزمن با مواد محرک ضعیف مشکل شایع‌تری است که منجر به تغییرات اگزمایی می‌شود.^{۵۴} درمانیت اتوپیک (Atopic Dermatitis): یک ضایعه‌ی اگزمایی است که به شدت خارش‌دار بوده، عودکننده و قرینه است. معمولاً استعداد ابتلای خانوادگی وجود دارد. این درمانیت در اوایل زندگی ایجاد می‌شود و با دوره‌هایی از خاموشی و دوره‌های تشدید مشخص می‌شود. نحوه‌ی توزیع ضایعات و پوست مبتلا در سنین مختلف متفاوت است.^۷

زونا (Zona): هرپس زوستر یا زونا یک عفونت ویروسی پوست است که عموماً از فعال شدن دوباره‌ی ویروس واریسلا که در عفونت اولیه‌ی مرغان قبلی وارد اعصاب شده، روی می‌دهد. در این بیماری بثورات به شکل پلاک‌های متورم قرمز در اندازه‌های مختلف ایجاد شده و تمام یا بخشی از یک درماتوم را درگیر می‌کنند. وزیکول‌ها به صورت گروهی از قاعده‌ای اریتماتو برمی‌خیزند و سپس در روز سوم یا چهارم کدر شده و داخل آن با مایعی چرکی پر می‌شود. وزیکول‌ها اندازه‌های متغیری داشته و ابتدا ناف‌دار یا پاره می‌شوند، سپس دلمه‌هایی تشکیل می‌دهند که طی ۳-۲ هفته می‌ریزند. تندرینس یا هایپراستزی قبل از بروز ضایعات در درماتوم، یک نشانه‌ی پیش‌گویی‌کننده‌ی بیماری است. درد، خارش یا سوزش عموماً محدود به درماتوم، ممکن است ۴ یا ۵ روز قبل از بروز ضایعات وجود داشته باشند.^{۵۵}

کهیر (Urticaria): واکنش گذرای پوست در پاسخ به ترشح هیستامین که به صورت پلاک‌های قرمز، ادماتو، خارش‌دار و با اشکال و سایز متنوع مشاهده می‌شود. ضایعات منفرد کمتر از ۲۴ ساعت باقی می‌مانند. کهیر حاد طبق تعریف کمتر از ۶ هفته و کهیر مزمن بیش از ۶ هفته باقی می‌ماند. ممکن است به شکل خفیف و به دنبال یک محرک فیزیکی مثل خاراندن، فشار، لرزش، گرما و نور فوق بنفش ایجاد شود. حمله می‌تواند کوتاه‌مدت باشد، اما با تکرار تحریک مجدداً ایجاد می‌شود.^{۵۶}

آنژیوادم (Angioedema): تومی مشابه کهیر است که به صورت حاد یا مزمن در بافت عمقی‌تر زیرجلدی پوست و غشا ایجاد می‌شود. تورم معمولاً در نواحی زبان، صورت، حنجره، شکم یا بازوها و پاها رخ می‌دهد. این ضایعه معمولاً با کهیری که در لایه‌ی بالایی پوست اتفاق می‌افتد در ارتباط است. شروع آن معمولاً از چند دقیقه تا چند ساعت طول می‌کشد.^{۵۷}

زرد زخم (Impetigo): یک عفونت باکتریایی شایع و بسیار مسری است که به صورت کراست‌های زرد رنگ در سطح پوست خصوصاً بر روی صورت، بازو و پا نمایان می‌شود. زرد زخم تاولی و زرد زخم غیرتاولی دو شکل بالینی این بیماری هستند.^{۴۸}

گال (Scabies): ضایعه‌ی جلدی شدیداً خارش‌دار ناشی از یک عفونت انگلی که به صورت نقب خمیده یا خطی در اپی‌درم مشخص می‌شود. این ضایعات در نواحی چین‌دار بدن، پرده‌ی بین انگشتان، مچ دست، طرفین دست‌ها و پاها، انگشت‌های کناری و ناحیه‌ی ژنیتال دیده می‌شود. بیماری در اثر تماس نزدیک و تماس مستقیم با پوست آلوده منتقل می‌شود.^{۷۵۸}

زخم‌های ورید ساق پا (Venous leg ulcer): نوعی زخم مزمن که به راحتی بهبود پیدا نمی‌کند و معمولاً روی سطح داخلی ساق پا و به همراه نارسایی وریدی مزمن ایجاد می‌شود.^{۷۵۹}

سلولیت (Cellulitis): پلاک قرمز، متورم، تندر یا دردناک با حاشیه‌ای نامشخص که سطح کوچک یا بزرگی از بدن را می‌پوشاند (تصویر شماره‌ی ۸). در واقع عفونت بافت زیرجلدی است که با تب، اریتم، ادم و درد مشخص می‌شود و معمولاً در محل زخم جراحی و تروما به‌وجود می‌آید. بیشتر در اندام تحتانی، لگن و شکم دیده می‌شود.^{۶۷}

بادسرخ (Erysipela): باد سرخ‌شکل التهابی حادی از سلولیت است که با سایر انواع آن به دلیل سطحی‌بودن و بارزبودن درگیری لنفاتیک (رگه‌داربودن) متفاوت است. اریزپلاس سطحی‌تر است و درم و بخش فوقانی بافت و ساب‌کوتانه را درگیر می‌کند. نسبت به سلولیت‌های کلاسیک، حاشیه‌های ضایعه واضح‌تر و با تمایز بیشتری نسبت به پوست طبیعی است. پاتوژن‌های شایع، استرپتوکوک‌های گروه A هستند.^{۴۸}

حمره فلغمونی (homrat ol-filghimunyah): با تورم، ضربان، التهاب، کشیدگی پوست، تب و تشنگی همراه است. پوست قرمز رنگ و در لمس دردناک و گرم است و با فشار انگشت، قرمزی آن زائل نمی‌شود. برخلاف حمره که ورم در سطح جلد است، در نوع فلغمونی ورم به لایه‌های زیرین پوست تا لایه عضلانی نیز می‌رسد.

حمره الجلد (homrat ol-jild): به فارسی به آن سرخ باد گفته می‌شود. ورمی با ماده‌ی صفراوی که در سطح پوست ظاهر می‌شود و درد کمی دارد. عموماً به رنگ قرمز تا نارنجی است و علامت آن درخشندگی ورم است که با سوزش و التهاب همراه می‌باشد. هرگاه انگشت را به‌شدت بر آن فشار دهند، رنگ ضایعه سفیدشده و هرگاه انگشت را بردارند دوباره قرمز می‌شود. از خصوصیات این نوع بشور آن است که به اعضای مجاور نیز منتشر می‌شود.^{۱۳ و ۱۴}

بحث

شکل و آرایش ضایعات پوستی استوار است.^{۶۱} حکمای طب سنتی ایران نیز با تکیه بر مشاهدات بالینی تظاهرات و ضایعات پوستی و استفاده از تجربیات گذشتگان، به طیف وسیعی از اختلالات درونی بدن پی برده و با توجه به علت ایجاد ضایعه، از شیوه‌های

اساس تشخیص در درماتولوژی با بررسی تظاهرات و بشورات پوستی صورت می‌گیرد. در واقع کلینیکال درماتولوژی بر مطالعه و ارزیابی نحوه‌ی پراکندگی،



شکل ۳: میخچه (مسماریه)



شکل ۲: تب‌خال



شکل ۱: وزیکول یا تاول (نفاطه)



شکل ۶: زونا (نار فارسی - جمره)



شکل ۵: کومدون (بثور لبنه)



شکل ۴: نوروما (تعقد عصب)



شکل ۸: سلولیت (حمره‌ی فلغمونی)



شکل ۷: کهیر (شری)

طب ایرانی، اگرچه این مطالعه هیچ تأکیدی بر انطباق کامل بیماری‌ها و بثورات پوستی ذکر شده در دو مکتب فوق ندارد، لکن به نظر می‌رسد در برخی موارد از جمله حصف در طب ایرانی با میلیاریا در طب رایج تشابهاتی وجود دارد. از این جمله می‌توان به حمزه‌ی جلد و حمزه‌ی فلغمونی در طب ایرانی نیز اشاره کرد که مشابهت‌هایی با اریزپلاس و سلولیت در طب رایج دارد یا شری و ماشری در طب ایرانی به ترتیب با کهیر آنژیوادم در طب رایج، بثور لبنه در طب ایرانی با کومدون در طب رایج، مسماریه در طب ایرانی با میخچه یا callosity در طب رایج، نمله و جاورسیه در طب ایرانی با ضایعات اگزمایی در طب رایج. مورد اخیر در مطالعه‌ی عباسی و همکاران نیز دارای بیشترین شباهت با درماتیت آتوپیک دانسته شده است. این در حالی است که برای ضایعات با توصیف و علائم بالینی مشابه، ممکن است تفاوت‌هایی در اتیولوژی یا رویکردهای درمانی دو مکتب مشاهده شود.

لذا با توجه به اقبال عمومی جوامع و نیز علاقمندی پزشکان به استفاده از شیوه‌های درمانی مکمل و سنتی در درمان امراض جلدی و تظاهرات پوستی به‌نظر می‌رسد با انجام مطالعات بالینی و بررسی‌های علمی بیشتر توسط پژوهشگران درخصوص انطباق کلی دیدگاه‌ها در دو مکتب طب فوق‌الذکر، امکان بهره‌مندی از شیوه‌های کامل‌تر در تشخیص و درمان این دسته از بیماری‌ها در آینده بیش از پیش فراهم گردد.

References

1. Weller R, Hunter J, Savin J, Dahl M. Clinical dermatology. 4th ed. Philadelphia; Blackwell Publishing Company, 35-9.
2. Fadaei F, Khadem E. A review on the structure and function of the skin in Iranian traditional medicine. *Dermatology and Cosmetic* 2017;8 (2008-7470):48-55.
3. Kasper D, Fauci A, Hauser S, et al. Harrison's principles of internal medicine (introduction to clinical). 18th ed: Arjmand; 2012:376-92.

درمانی متنوعی نیز بهره می‌برده‌اند.

با بررسی و مطالعه‌ی بثورات، تظاهرات و بیماری‌های جلدی از دیدگاه طب رایج و طب ایرانی، اگرچه در بسیاری از موارد نمی‌توان انطباق مشخصی در مراتب ذکر شده قائل گردید، لیکن در برخی از انواع بیماری‌ها و تظاهرات پوستی، تشابهات جدی در نگاه دو مکتب طب مذکور به اتیولوژی، توصیف، علائم بالینی، تشخیص و غیره مشاهده می‌گردد.

طب ایرانی بثورات را نتیجه‌ی تجمع اخلاطی می‌داند که محصول هضم نامناسب غذایی است و براساس آخرین مقالات طب رایج نیز در ایجاد تظاهرات پوستی، محورهایی در قالب پوست - گوارش و پوست - گوارش - مغز تحت عنوان gut-brain-skin و gut-skin یافت شده است^{۶۳}. در این زمینه طی مطالعاتی در ایتالیا توسط گروسی و همکاران، ارتباط معنی‌داری بین ایجاد آکنه به‌عنوان یکی از شایع‌ترین تظاهرات پوستی با چاقی و فاکتورهای تغذیه‌ای (ازجمله مصرف بیشتر شیر پرچرب، شکلات و شیرینی) گزارش شده است.^{۶۴}

ازسوی دیگر در طب رایج از تعریق مناسب، به‌عنوان یکی از راه‌های پیشگیری از ابتلا به بعضی مشکلات پوستی ازجمله آکنه نام برده شده و در طب ایرانی نیز تعریق معتدل، به‌عنوان یکی از راه‌کارهای دفع مواد زائد، در حفظ سلامت و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های پوستی نقش دارد.^{۶۴}

ازلحاظ توصیف بیماری و علائم بالینی بثورات و تظاهرات پوستی ذکر شده در دو مکتب طب رایج و

4. Shirbeigi LR. Explantation of etiologies and clinical manifestation of skin discoloration according to Iranian traditional medicine and presentation of exclude cases in "kalaf" and "baras" [dissertation].[Tehran]: University College of Tehran; 2013.p138.
5. Burns T, Breathnach S, Neil C, et al. Rook's text book of dermatology. UK; wiley Blackwell, 2010: 164-6.
6. Jabbari A. Clinical guide dermatology treatment. 9th ed. Tehran; Timmorzadeh; 1379 (persian)
7. Habif TP. Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy. USA; Elsevier, 2016: 2-3.
8. Richard B, Weller JA, Hunter A, et al. Clinical dermatology. 4th ed.UK; Blackwell, 35.
9. The comprehensive library of traditional medicine, Jamitibb 1.5 ed: Compact Disc, Computer Research Center of Islamic Sciences; 2014.
10. Shirzad M, Cheraghi M, Irannejad SH, Shams Ardakani M. Iranian traditional medicine dictionary. Mashhad, Traditonal Medicine & Materia Medica Research Center, 2014: 125-67
11. Avicenna. Qanun fi al Tib [Canon of Medicine]. vol.4. Beirut; Ehyaol Toras al-Arabi Press, 2010: 158-80.
12. Shaharzani MA. Tibb-e Akbari. vol.2. Qom; Jalaloddin, 2007: 1177.
13. Kermani NE. Sharh al-Asbab va al-Alaamaat.vol.2. Qom; Jalaluddin Publications, Institute of Natural Medicine Restoration, 2008: 391-420.(persian).
14. Azodi AM. Kitab Al-Ma'. Tehran; Iran University of Medical Sciences, Institute of Medicine History, Islamic and Alternative Medicine, 2009: 94.
15. Ibn Manzur AlaM. Lisan al 'arab, vol.4. Beirut; Sader, 1994: 223.
16. Halil Ibn-Ahmad A, Mahzumi Ma. Kitab al-`Ain.vol.8. Bagdad; Da'irat as-Su'un at-Taqaifiya wa-'n-Nasr, 1980: 222.
17. Faiyumi Al-Ma. Al- Misbah al-munir fi garib as-Sarh al-kabir li'r-Rafi`i 1/2. vol.2. Bairut; Dar al-Kutub al-`Ilmiya, 1978: 36
18. Heravi M. Bahr al-Jawaher. Qom; Jalaluddin Publications, 2008: 67.
19. Elgood C. A medical history of Persia and the eastern caliphate : from the earliest times until the year A.D. Cambridge; Cambridge University Press, 2010: 1932.
20. AiA. A. Kamel-al-Sanaeh (arabic) ; Qom; Jalaoddin, 2008: 294-6 (arabic).
21. Shah Arzani M, Tafaqqud R, Isfahani M. Mizan al-tibb. Tehran; Sama Farhangi Institute, 2015: 145.
22. Kumar V, Abbas AK, Aster JC, Perkins JA. Robbins basic pathology. 9th ed. Tehran; Mirmah, 701.
23. Weller R, Hunter J, Savin J, Dahl M. Clinical dermatology. 4th ed. Philadelphia; Blackwell Publishing Company, 9-35.
24. Azam KH. Exir Azam. Tehran; Institute of Medical History, Islamic Medicine and Complementary Medicine, 2008: 494.
25. Kumar VA, Abbas A, Fausto N. Robbins basic pathology, 2007. Philadelphia; 12-20.
26. Karnath BM. Easy bruising and bleeding in the adult patient: A sign of underling disease. Hospital Physician. 2005: 35-9.
27. Joejani E. Zakhireye Kharazm Shahi (Treasure of Kharazm Shah). Tehran; Iranian Medical Academy, 2001: 190 (persian).
28. Harish K. Chemoport-skin erosion: Our experience. Int J Angiol. 2014; 23(3): 215-6.

29. MK K. Daqaeeq-al Alaj. Tehran; Saadat Press, 1983: 601.
30. MH AS. Kholase al hekmah. Qom; Esmailian, 2006: 358.
31. Gauglitz GG, Korting HC, Pavicic T, et al. Hypertrophic scarring and keloids: Pathomechanisms and current and emerging treatment strategies Mol Med. 17 (1-2):113-25.
32. Rhazes. Al-Havi in medicine (arabic). Beirut: Dar-ehya al-toras al-arabi, 2001: 347.
33. Arvide LM. Abulcasses Alzahrawi, the surgeon of Al-andalus. Eur Sci J 2016;4(6):240-6.
34. Arvin A. Aging, immunity, and the varicella-zoster virus. N Engl J Med 2005; 352:2266-7.
35. Hope-Simpson RE. The nature of herpes zoster: a long-term study and a new hypothesis. Proc R Soc Med 1965;58:9-20.
36. Shamsoddin A. Khazaen el-molok. Tehran: Iran University of Medical Sciences, 2007.
37. Alhumidi AA. Reduced and thinned elastic fibers in skin tag. Int J Pathol Clin Res 2016; 2 (2):1-2.
38. Avicenna. Qanun fi al Tib [Canon of Medicine]. Beirut; Ehyaol Toras al-Arabi Press, 2010: 116.
39. Mustafa M, Illzam EM, Muniandy RK, et al. Herpes simplex virus infections: Pathophysiology and management JDMS 2016; 15 (7): 85-91.
40. Aghilli MH. Kholase al hekmah. Qom.; Esmailian, 2006: 805-47.
41. Zaghiyan KN, Fleshner Ph. Anal Fissure. Clin Colon Rectal Surg 2011. 24 (1): 24-46.
42. Hashmi F, Nester Ch, Wright C, et al. Characterising the biophysical properties of normal and hyperkeratotic foot skin. J Foot Ankle Res. 2015; 8: 35-8.
43. Baha'dolle. Kholase al-tajarob. Tehran; Iran University of Medical Sciences, 2003: 45-8.
44. Singh D, Bentley G, Trevino SG. Callosities, corns, and calluses. BMJ 1996. 312 (7043): 1403-6.
45. Sterling JC, Handfield-Jones S, Hudson PM. Guidelines for the management of cutaneous warts. Br J Dermatol 2001; 144: 4-11.
46. Ibn al-Quff YqiI, Babapur YB. al-Umdah fi al-jarrahah : al-umdah fi sina`at al-jarrah. Tehran; Kitabkhanah-i Majlis-i Shura-yi, Milli, 2013: 236-48.
47. A'azam khan C. The grater exir. Tehran: Research Institute for Islamic and Complementary Medicine, 2008: 372-448. (persian).
48. Habif TP. Skin disease: diagnosis and treatment. 3th ed. Philadelphia; Saunders, 2016: 157-306.
49. Shimizu H. Shimizu's textbook of dermatology. 1st ed. Nakayama; Hokkaido University, 2-7.
50. Bagatin E, timpano DL, Guandanhime LR. Acne vulgaris: prevalence and clinical forms in adolescents from São Paulo, Brazil. An Bras Dermatol 2014;89(3):428-35.
51. Arzani MA. Misano-el-teb. 1st ed. Ghom. Sama Inc, 42-60.
52. Nagpal M, Singh G, Paramjot, Aggarwal G. Miliaria: An update. RJPBCS. 2017; 8(4):1161-8.
53. Aghili Shirazi MH. Moalejat-e Aghili: Institute of Medical History, Islamic Medicine and Complementary Medicine Tehran, 2008: 133-223. (Persian)
54. Habif TP. skin disease: diagnosis and treatment. 3th ed. Philadelphia; Saunders, 2016: 13-101.
55. Weinberg JM. Herpes zoster: Epidemiology, natural history, and common complications. J Am Acad Dermatol 2007; 57(6): 130-5.

56. Habif TP. Skin disease: diagnosis and treatment. 3rd ed. Philadelphia; Saunders, 2016: 87-101.
57. Kaplan AP. Angioedema. World Allergy Organ J 2008;1(6):103-13.
58. Chosidow O. Scabies. N Engl J Med. 2006; 354:1718-27.
59. Vasudevan B. Venous leg ulcers: Pathophysiology and classification. Indian Dermatol Online J 2014; 5(3):366-70.
60. Phoenix G, Das S, Joshi M. Diagnosis and management of cellulitis. CMJ. 2012; 345:38-42.
61. Jabari A. A clinical guide to dermatological treatment. Tehran; Bartar Publications, 1380: 2-5.
62. Arck P, Handjiski B, Hagen E, et al. Is there a 'gut-brain-skin axis'? Exp Dermatol 2010;19(5):401-5.
63. O'Neill CA, Monteleone G, McLaughlin JT, Paus R. The gut-skin axis in health and disease: A paradigm with therapeutic implications. Bio Essays .2016; 38(11): 1167-76.
64. Nakano T, Yoshino T, Fujimura T, et al. Reduced expression of dermcidin, a peptide active against propionibacterium acnes, in sweat of patients with acne vulgaris. Acta Dermato Venereologica 2015; 95(7): 783-6.

An overview on some of the skin manifestations and diseases in Persian medicine point of view and its comparison with conventional medicine

Fateme Fadaei, MSc¹
Ensieh Arefi²
Ebrahim Khadem, PhD¹

1. Department of Persian Medicine, Faculty of Persian Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Persian Pharmacy, Faculty of Persian Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

The skin is the largest organ of the human body, the first protective barrier of the body and one of the important excretory organs. In conventional medicine, there is great focus on skin rashes to help to diagnose the internal illnesses. Persian medical scholars have also studied a wide range of internal disorders by examining skin manifestations. The aim of this study is to investigate the etiology and semiology of various skin rashes and manifestations from Persian and conventional medicine viewpoints, and to clarify similarities and differences between them. For this purpose data corresponding with key words was extracted from reference books and then relevant scientific databases including Google scholar, PubMed, Web of Science, Scopus and reliable sources like Janquira histology, Habif and Savin's dermatology books were examined. An overview of the cutaneous rash and diseases, revealed that in many cases, these two schools of medicine are not comparable. However, in some cases, such as etiology, description, clinical signs, diagnosis, etc., serious similarities in topic of rashes, skin manifestations and chronic diseases are mentioned in the overview of this two medical schools.

Keywords: skin, skin eruption, edema, Persian medicine

Received: Jan 08, 2018 Accepted: Feb 24, 2018

Dermatology and Cosmetic 2017; 8 (4): 218-229

Corresponding Author:
Ebrahim Khadem, PhD

Sarparast St., Teleqani Ave, Faculty of Persian Medicine, Tehran, Iran
Email: ekhadem@tums.ac.ir

Conflict of interest: None to declare