

افیون و سندرم ترک اعتیاد در طب سنتی ایران

معصومه قاسمی مرتقی*^۱

محسن بهرامی^۲

آناهیتا حیدری^۳

مارال مرزبان^۴

داود حسینی^۵

چکیده

امروزه اعتیاد یک معضل اجتماعی، بهداشتی و سیاسی و از جمله جدی‌ترین مسائل بشر، در اغلب کشورهای جهان، به خصوص در کشورهای در حال توسعه است. مطالعات اسناد تاریخی نشان می‌دهد که آشنایی انسان با مواد مخدر، به چندین هزارسال قبل از میلاد، باز می‌گردد. از زمان بقراط تا اطبای دوران اسلامی گزارشات متنوعی از خواص دارویی تریاک و درمان بیماری‌ها و مضرات و منافع آن و عوارض قطع افیون، به صورت سندرم ترک تریاک، ثبت شده است.

ما در این تحقیق به بررسی کلی مضرات و منافع افیون و سندرم ترک آن‌ها بر اساس مستندات طبی گذشته پرداخته و تا حدودی علائم آن با مباحث طب رایج تطبیق داده شده و در نهایت پیشنهادات عملی بر اساس الگوی گذشته جهت کاهش عوارض و میزان مصرف ارائه خواهیم نمود.

۱. مربی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
*(نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: Mmortaghyghasemy@yahoo.com

۲. استادیار، متخصص گروه طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۳. دستیار گروه طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۴. دستیار گروه طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۵. دستیار گروه طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۳/۸

با توجه به قدمت استفاده از تریاک در بین مردم خاورمیانه، طبای دوران اسلامی توانسته‌اند به اثرات مواد افیونی در بدن انسان پی برده و در موارد زیادی از منافع و مضرات آن در بیماری‌های مختلف گزارشاتی را ذکر کرده و با طرحی داروهای مرکب و اصلاح مضرات آن، افراد جامعه را با کم‌ترین عوارض روبرو نمایند. علاوه بر آن الگوی مصرفی آن در سنین بالا و نحوه استفاده خوراکی آن در دوران گذشته باعث شده که میزان مصرف، عوارض و علائم ترک آن به شدت موارد امروزی نباشد، زیرا اغلب مصرف افیون با مصلحت آن بوده و با این وجود در صورت وجود اعتیاد برای جلوگیری از شدت بروز سندرم ترک اعتیاد، کاهش این ماده مخدر به صورت تدریجی مطابق با توان و انرژی افراد و جایگزینی با موادی با ضرر کم‌تر در نظر گرفته شده است. بنابراین شایسته است سیستم بهداشتی کشور نیز با بهره‌گیری از پشتوانه علمی گذشته، بیشترین استفاده را از این در جهت بهبودی وضعیت سلامتی و بیماری افراد جامعه داشته باشد، و گرنه تدبیر نادرست می‌تواند ما را در توسعه مواد مخدر جدید و ابتلا به بیماری‌های کشنده عفونی و در نهایت نابودی جامعه جوان رهنمون سازد.

واژگان کلیدی:

افیون، سندرم ترک، طب سنتی ایران

Archive

مقدمه

قرآن کریم در سوره مبارکه بقره آیه ۱۹۵ می‌فرماید «لا تلقوا بایدیکم الی التهلکه؛ به دست خویش خود را به هلاکت نرسانید»، در آیه ۲۹ سوره مبارکه نساء نیز می‌فرماید «و لا تقتلوا انفسکم انّ الله کان بکم رحیماً؛ خودتان را نکشید به درستی که خداوند نسبت به شما مهربان و رحیم است» (۱). حقیقتاً اعتیاد به مواد مخدر، در عصر حاضر، یکی از مصادیق «هلاکت به دست خویش» است. همان‌گونه که امام علی (ع) به امام حسن (ع) فرمودند: «پسرجانم هر بدحالی که دنبالش بهشت باشد بدحالی نیست و هیچ خوشی که دنبالش دوزخ باشد خوشی نیست»^۱. اگرچه استعمال مواد افیونی سرخوشی و... را به دنبال دارد، اما مضرات آنکه زندگی را هم بر خود و هم بر دیگران به دوزخ تبدیل می‌کند، چندان زیاد است که استعمال حتی یک‌بار آن را (به غیر از موارد درمانی) مردود می‌داند. از نظر ثبت تاریخی مواد مخدر افیونی به چهارهزارسال قبل از میلاد مسیح، ولی سابقه آشنایی انسان با خشخاش، اثرات غذایی و درمانی آن به زمان تاریخ مکتوب بشر باز می‌گردد (۴). سومریان از کهن‌ترین اقوامی بودند که تریاک را شناختند و آن را «گیاه شادی‌بخش» نام نهادند. مردم بابل، مصر و روم از دیرباز تریاک را می‌شناختند و آن را کشت می‌نمودند. پاپیروس Ebers که مربوط به ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد و اثر باقی‌مانده از مصریان است، نشان می‌دهد که ایشان از تریاک در درمان گریه اطفال استفاه می‌کرده‌اند و نام «Thebacia» را بر آن نهاده بودند. اروپاییان از ۴۰۰۰ سال پیش با اثرات ضد درد و خواص دارویی افیون آشنایی داشتند. بعد از ظهور اسلام، مصرف تریاک جایگزین طیف گسترده‌ای از نیازهای برآورده‌نشده پزشکی و بهداشتی مردم از درمان اسهال گرفته تا تب، تنگی نفس و بیماری‌های پوستی و... شد. آثار باقی‌مانده از مستشرقینی که از ایران آن زمان بازدید داشته‌اند، نشان‌دهنده مصرف

فراوان تریاک در زمینه‌های متنوع توسط ایرانیان بوده است. دکتر پولاک طبیب غربی عصر قاجار می‌نویسد: «تریاک را در اسهال، دندان‌درد، چرک گوش، سینه درد، دردهای روماتیسمی، التهابات مزمن چشم، ورم روده و ناراحتی مثانه مصرف می‌کنند و به شیرخواران هم اغلب شربت خشخاش می‌دهند و مصرف خوراکی تریاک برای افراد سن بالای ۵۰ عمومیت یافته و منعی برای آن نیست». در مورد عادت خوردن تریاک مورخین متفق‌القولند که این عادت از زمان صفویه ایجاد شد و شیوع سرسام‌آوری یافت. همچنین کشیدن تریاک از زمان قاجار و دقیقاً از عصر ناصرالدین‌شاه شروع شده و مردم در استعمال آن به افراط گرویدند و کار به آنجا رسید که اغلب مردم تریاک مصرف می‌کردند، ولی در عین حال به انجام کارهای روزمره نیز می‌پرداختند. در گذشته مسأله اعتیاد به مواد افیونی به شکل امروزی با این وسعت مطرح نبوده، دلیل آن مصرف همزمان با داروهای مصلح افیون (مانند دارچین، زعفران و زنجبیل)، مصرف آن در سنین بالا و تجویز آن بنا بر دلایل درمانی در برخی بیماری‌ها بوده است.^۲ مسأله اعتیاد به مواد افیونی از ربع قرن ۱۹ آغاز شد. از یک‌طرف با نفوذ یکسری از عوامل اقتصادی، سیاسی، مهاجرت‌های وسیع جمعیت‌های مختلف و بروز مشکلات سایکوسوماتیک در بین جوامع، و از سوی دیگر تلاش همه‌جانبه دولت‌های استعماری غرب برای ایجاد تمایل به رخوت و سستی در بین مردم، منجر به تغییر الگوی مصرف از خوراکی به تدریجی و تزریقی، آن هم در بین قشر فعال جامعه گشته و با ورود افراد سودجو و درآمد بسیار در امر تهیه و توزیع مواد افیونی (تجارت غیر قانونی مواد مخدر بعد از تجارت اسلحه با سود قریب ۴۰۰ میلیارد دلار سودآورترین تجارت در جهان است. حجم و گستره درآمد و فعالیت قاچاقچیان گویای عمق معضل مواد مخدر در

جهان می‌باشد)؛ اقلام ناخالص وارد چرخه مصرف گردید و این عوامل سر منشأ مشکلات جدی بعدی شد^۳ (۴، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۲۴).

۱- تعریف اعتیاد و معتاد

واژه اعتیاد^۴ و معتاد^۵ به معنای وابستگی به مصرف مداوم یک ماده است، به طوری که اگر آن ماده مصرف نشود، علائم جسمی و روانی ناشی از قطع مصرف آن بروز می‌کند. امروزه دایره تعریف اعتیاد از وابستگی روانی و جسمانی به مصرف مداوم یک ماده گسترش یافته و به مواردی چون اعتیاد به قمار، دزدی، خوردن، بازی‌های کامپیوتری و... نیز اطلاق می‌شود.^۶ ممکن است زمینه عصب - شیمیایی مشترکی بین همه اعتیادها وجود داشته باشد و اثرات مشابهی بر فعالیت‌های نواحی پاداش اختصاصی مغز، مانند ناحیه تگمنتال بطنی^۷، لوکوس سرولئوس و هسته آکومبوس داشته باشد. مشخصه روانی که خوگیری^۸ نیز نامیده می‌شود، میل شدید و مداوم یا متناوب برای مصرف مواد به منظور اجتناب از حالت ملال است (۴، ۹، ۱۱ و ۱۲).

تریاک^۹ عصاره گرز خشخاش^{۱۰} است. این ماده آکالوئیدهای متعددی دارد که فقط دو دسته آن معروفند: فنانتراها (مهم‌ترین آن‌ها شامل مرفین و کدیین ورتبایین) و بنزیل ایزو کینولین‌ها (مهم‌ترین آن پاپاورین و ناسکاپین). این مواد به گیرنده‌های اختصاصی در بسیاری از مناطق CNS متصل شده و اثرات خود را ایجاد می‌کنند، گرچه مکانیسم دقیق اثرات آن ناشناخته است (۱۳).

۲- تریاک در متون دوران اسلامی

دانشمندان و طبیبان بزرگی از جمله جالینوس، دیسقوریدوس، رازی و ابن سینا به خواص دارویی تریاک پی برده و از آن در درمان بیماری‌های مختلف استفاده می‌کرده‌اند (۵). در برخی از دوره‌های تاریخی (به عنوان مثال در زمان صفویه) و

به دلیل افزایش شیوع مصرف مواد افیونی، کتب و رساله‌های جداگانه‌ای جهت منافع و مضرات افیون نگاشته شد. در کتاب «تحفه المؤمنین» در مورد تریاک چنین آمده است: «افیون اسم یونانی و به معنی مسبت است و به فارسی تریاک و به عربی لبنال خشخاش نامند؛ در چهارم سرد و خشک، مخدر، منوم، مسکن دردها، قابض، مانع تعفن اخلاط و تحلیل روح حیوانی و جهت اسهال و سحج (خراشیده شدن روده‌ها)، و قرحه امعا (زخم روده)، سرفه، ضیق‌النفس، رمد، نزلات و صداع (سردرد) که از حرارت باشد، نافع است». در کتاب «مخزن الادویه» در مورد تریاک گزارش مشابهی بیان شده و دلیل مضرات آن را این‌گونه ذکر می‌کند: «به سبب تخدیر و سد مسام و اجتماع حرارت در باطن قوا را برمی‌انگیزاند و ظاهر بدن را گرم می‌سازد و اشتها را زیاد می‌گرداند، و رفته‌رفته بالعکس بدن را ضعیف و لاغر و رنگ رو را زرد و بی‌رونق می‌سازد به سبب ضدیت و افناء و امانت حرارت غریزی و قوا و ارواح. مخدر و قابض و مسدد و منوم و محلل و مسکن اوجاع و مانع تعفن اخلاط و فساد آن‌ها و حافظ ادویه و تراکیب و به جهت اکثر امراض رأس و اعصاب و نزلات و امراض چشم و گوش و سرفه و ربو و ضیق‌النفس که از حرارت باشند و تب‌های مزمنه قدیمه و نایبه نافع و در تسکین اوجاع و منع تعفن اخلاط و تحلیل روح حیوانی و رفع اسهال و سحج و قرحه امعا مانند آن دوابی نیست و بعضی با زنجبیل گفته‌اند و در اصلاح ضرر آن به دماغ هیچ چیز مانند جدوار و زعفران و مشک نیست» (۶). عمادالدین محمود شیرازی در فصل هفتم رساله افیونیه در مورد مضرات تریاک چنین می‌گوید: «اما مضرت‌ها نیز اکثر من ان یحصی است، اگر هیچ مضرت نمی‌داشت همین مضرت کافی است که در مواضعی که نفع از او متوقع است، اگر نه به طریقی که می‌باید که استعمال کنند،

مضرتّ بلیغ می‌رساند و دیدن جمعی که از استعمال این هلاک شده‌اند کافی است، برای توضیح مضرت آن. از جمله مضرت‌ها:

۱- یکی اضعاف بدن است و سبب آن، این است که دم (خون)، که مدار تغذیه بر آن است و به واسطه منافاتی که بین الطبیعتین است، کمال قلت پیدا می‌کند و از این جهت، بدن ضعیف می‌شود و سبب دیگر آن است که قوت‌ها کم می‌شود و از کمی قوت، تقلیل تغذیه و ضعف بدن حاصل می‌شود.

۲- و از جمله مضرت‌ها حدوث کزاز است و در کلام اطباء آمده: «الافیون یورث الکزاز» و سبب، این می‌تواند بود که به واسطه برودت و یبوست، اعصاب بسیار متأذی می‌شوند و به واسطه هرب از ادویه متشنج می‌گردند و چون ادویه مخصوص به جانبی نیست از هر دو جانب کشیده می‌شوند و تمدّد حاصل می‌شود و یکی از اطلاقات کزاز، تمددی است که به واسطه برد مجمّد شده باشد و این دو قسم است: یکی آن است که برد، داخلی باشد و تمثیل کرده‌اند به آنچه از شرب افیون عارض می‌شود، قسم دیگر آن است که به واسطه برودت خارجی باشد و تمثیل کرده‌اند به آنچه از غوص در آب سرد و برف‌ها و بادهای سرد عارض شود و آن را متمدّد سازد و دیگر از اطلاقات کزاز، تشنجی است که در عضلات چنبر گردن عارض شود و آن را متمدّد سازد به قدام یا خلف یا هر دو جانب، یا یکی از معانی او آن است که هر تمددی که باشد اطلاق کنند و بر هر اطلاقی که باشد سبب آن، برودت و یبوست بسیار قوی است که عصب را بسیار متأذی ساخته و از او تمدّد یا تشنج حاصل شده و آنکه در عضلات چنبر گردن است، آن قریب به دماغ است یا آنکه مراد اطبا از کزاز که افیون محدث آن است، اطلاق اولی است.

۳- و از جمله مضرت‌های افیون، دقّ است. ببايد دانست که دق دو نوع است: حار و بارده، و هر دو گداختن و ذبول اعصاب و نقصان بسیار دارد، اما دق حار، و

لفظ دق موضوع بر آن است که حرارت غریبه، متعلق به اعضا شود و این قسم است که مراتب ثلاث گویند، چنانچه در کتب علاج مذکور است و مرتبه اولی علاج پذیر است و مرتبه ثالث، قابل علاج نیست. افیون را محدث این دق بودن اگرچه مستبعد است، اما یحتمل که موجب آن شود بلکه واقع است، اما بیان احتمال، آن است که هرچند برودت بالذات دارد، اما سخونت بالعرض دارد نیز، که او را سخونت قوی است و می تواند بود که مستولی بر تحلیل رطوبات بدنیه شود و همچنان که دق مفارقت نمی کند، افیون نیز به واسطه دوام استعمال و عدم انقطاع حرارت عرضیه و تحلیل رطوبات بدنیه و از آن حرارتی که مدقوق را باشد، آن را هم می باشد و همان صلابت و صغر نبض و تواتر و سرعت در نبض که در دق اصلی می باشد در اینجا هم می باشد، اما دق شیخوخت و آن دق بارد یابس است، سبیش ظاهر است.

۴- و از جمله مضرت های او لاغری بدن است و این را سبب، ظاهر است و در آنچه گذشت ظاهرتر، و مضرت او در این امر به حیثیتی است که حمل او را این اثر است.

۵- و از جمله مضرت های دواى مذکور، تقلیل فهم و اضعاف فکر و سایر قوای باطنه به سبب تخدیر و ابطال حس و امتلای دماغ و این، از ابخره مکدره ناشیه از ضعف هضم است و لهذا به مثل این حکایات و شعر و آنچه در دانستن، اعمال آن فکر نمی باید کرد، میل می کند.

۶- و از جمله مضرت ها، کندی بصر است به واسطه تغلیظ روح و تقلیل آن و اصعاد ابخره مظلّمه از معده به واسطه اضعاف هضم.

۷- و از آن جمله ثقل سمع است، هم به مثل آنکه گذشت.

۸- و از آن جمله ردائت اخلاق است، جهت آنکه اخلاق آدم متغیر می‌شود به تغییر مزاج دمو، خندان و مسرور، و سوداوی مغموم و محزون و صفاوی، غضبان و بلغمی، کسلان، و چون ردائت مزاج حاصل است، ردائت اخلاق لازم خواهد بود.» در یک دسته‌بندی دیگر، مضرات افیون را این‌گونه بیان می‌کنند: «بدان که اگر متوجه شرح اسباب این مضار شویم کلام طول تمام پیدا می‌کند و موجب کلال افهام می‌شود با آنکه از مطاوی ما مضی اسباب و علل مابقی بسیار است، اما علی السبیل الاجمال، یک‌یک مضرت‌ها را عدّ (شمارش) می‌نماییم: اول: اضعاف روح؛ دوم: اضعاف دماغ؛ سوم: اضعاف قلب؛ چهارم: اضعاف کبد؛ پنجم: اضعاف معده؛ ششم: قبض طبع و لین طبع ایضا به واسطه ضعف هضم و عدم انجذاب رطوبات ملینه طبع؛ هفتم: دوار (سرگیجه)؛ هشتم: سبات (خواب‌آلودگی)؛ نهم: سدر (تاری دید)؛ دهم: افساد هضم؛ یازدهم: غثیان (تهوع)؛ دوازدهم: احداث نفخ و قولنج؛ سیزدهم: عسرالبول؛ چهاردهم: در بعضی اوقات خشکی دماغ و انف (بینی) و خشکی دهان؛ پانزدهم: سده آواز که آن را به عربی «بحه الصوت» خوانند؛ شانزدهم: تخدیر حس؛ هفدهم: بخل؛ هجدهم: ضعف باه؛ نوزدهم: تقلیل نسل؛ بیستم: حب وحدت و نفرت از مجالس و محافل غالباً» (۲۳).

۳- سندرم قطع دارو^{۱۱}

تمام مواد مخدر افیونی، پتانسیل قوی اعتیادآوری دارند. میل شدید معتادان، بخشی سایکولوژیک و بخشی ناشی از ترس از علائم شدید قطع دارو می‌باشد. قاعده کلی در مورد شروع و طول مدت علائم ترک در ترکیبات مختلف، متفاوت است، مثلاً مواد کوتاه‌اثر، مانند پیریدین، معمولاً سندرم‌های کوتاه‌مدت، اما شدید و مواد طولانی‌اثر، مانند متادون سندرم‌های ترک طولانی، اما خفیف ایجاد می‌کنند (در مورد متادون معمولاً ۳۰ ساعت بعد از آخرین دوز مصرفی، علائم ترک بروز می‌کند)،

به عبارتی، شدت علائم ترک در مخدرهای کوتاه‌اثر و قوی، شدیدتر و در مخدرهای طولانی‌اثر، خفیف‌تر است (۱۳). سندرم ترک کامل از جمله ولع شدید^{۱۲} برای مواد افیونی، معمولاً فقط بر اثر قطع ناگهانی مصرف در کسانی که وابستگی به مواد افیونی دارند، روی می‌دهد (۹). مدت زمان ایجاد وابستگی به مواد افیونی در هر فرد با فرد دیگر تفاوت دارد. در بعضی افراد با چندین بار استفاده (حتی برای تسکین درد در بیمارستان) و سپس قطع دارو، علائم سندرم ترک (قطع) دیده می‌شود (به طوری که با بروز علائم مربوط به قطع دارو، مانند آبریزش، تصور می‌کنند دچار سرماخوردگی شده‌اند)، لکن به طور معمول، علائم ترک در مصرف زیاد و مدت طولانی (چندین هفته) بروز می‌کند. علت این مسأله آن است که مواد مخدر باعث آثار متغیری بر سیستم CNS می‌شوند که بر اساس نوع ماده مخدر، حساسیت فردی نسبت به آن ماده و دوز ماده مخدر متفاوت است. وقتی فردی به مواد افیونی معتاد شد، قطع ناگهانی مصرف آن باعث بروز علائم ناخوشایندی به صورت سندرم ترک^{۱۳} می‌شود که چندین ساعت پس از آخرین مصرف بروز می‌کند (۱۴). در مجموع واکنش‌های ترک، بسیار ناراحت‌کننده و دردآور بوده، اما اغلب، تهدیدکننده زندگی نیستند و بسته به فرد، نوع ماده مصرفی، طول مدت اعتیاد و...، چند ساعت پس از آخرین مصرف شروع و اوج بروز آن ۳۶ تا ۴۸ ساعت است و پس از آن به تدریج کاهش می‌یابد (۱۱)، اما در صورتی که حالت‌های هذیانی شدید روی دهد، در صورت عدم کنترل علائم می‌تواند منجر به مرگ فرد معتاد شود، لذا توصیه می‌شود ترک مواد زیر نظر پزشک انجام شود تا از خطر مرگ احتمالی پیشگیری گردد. مشابه همین مطالب را صاحب کتاب «تسهیل المنافع» در باب قطع افیون چنین بیان کرده و می‌گویند: «بدانید قطع افیون، برای کسی که مدتی از آن استفاده کرده و به آن عادت کرده امری دشوار است، زیرا عادت همان‌گونه

که حکما گفته‌اند طبیعت ثانویه (طبیعت خامسه است) و خوف آن می‌رود که در صورت ترک ناگهانی و بدون علاج، فرد دچار درد و ضرر شود و با خوردن و آشامیدن، درد در شکم و اسهال (کثرت نزول غائط) و ازدیاد چرک (سیلان و سخی) و ازدیاد ترشحات مخاطی و...؛ در اثر اعراض، حتی ممکن است تصور شود که فرد، از ترک آن مواد، ممکن است بمیرد، ولی فرد نمی‌میرد، ولیکن جسمش در سختی و تعب و انحلال و ضعف قوت قرار می‌گیرد» (۱۸).

۴- علائم و نشانه‌های سندرم ترک یا قطع دارو^{۱۴}

علائم و نشانه‌های سندرم ترک در کتب طب رایج به انحای مختلف تقسیم‌بندی شده‌اند. تحمل به دارو و وابستگی فیزیکی با مصرف ترکیبات قوی و به مقدار زیاد به مدت ۲ تا ۴ هفته ایجاد می‌شود. سندرم قطع دارو یا محرومیت علائم سندرم قطع دارو در تمام انواع مخدرها مشابه است، فقط طول دوره آن بستگی به قدرت و طول مدت عمل دارو دارد (۱۳، ۱۸ و ۱۹). در منابع طب رایج، طبقه‌بندی‌های گوناگونی از مراحل ترک مواد ارائه شده و تا حدود زیادی با هم مشابهت دارند. در یکی از این طبقه‌بندی‌ها علائم ترک در چهار گروه تقسیم شده است:

۱- مرحله انتظار: ۳-۴ ساعت بعد از آخرین مصرف علائم ذهنی شامل ترس از بروز علائم ترک، اضطراب، ولع مصرف مواد و رفتارهای موادجویانه.

۲- مرحله اولیه: ۸-۱۰ ساعت بعد از آخرین مصرف که علائم عینی شامل خمیازه، تعریق، آبریزش چشم و بینی، گشادی مردمک‌ها (میدریاز) و علائم ذهنی شامل اضطراب، بی‌قراری، رفتار موادجویانه و احتقان بینی و کرامپ‌های معده‌ای است.

۳- مرحله پیش‌رفته: ۱-۳ روز بعد از آخرین مصرف که علائم عینی شامل لرزش، سیخ شدن موها، استفرغ، اسهال، تب، اسپاسم عضلانی، افزایش فشار خون،

تاکیکاردی است. علائم ذهنی شامل اضطراب شدید، بی‌قراری، دردهای عضلانی، رفتارهای موادجویانه، لرز و سردرد می‌باشد.

۴- مرحله دیرپا: این علائم تا ۶ ماه بعد از ترک هم ممکن است باقی بمانند. علائم ذهنی شامل کاهش فشار خون، برادی کاردی و علائم ذهنی شامل بی‌خوابی^{۱۵}، کاهش انرژی، کاهش اشتها و ولع است (۵).

طبیعیان مختلف در منابع مکتوب نیز به بیان حالاتی که بعد از ترک افیون حاصل می‌شود پرداخته و این چنین گزارش کرده‌اند:

۱- یکی حالتی است که نفس برنمی‌آید و می‌پندارد که دل او در اقصی موضعی است از بدن او و هم وصول هوای مستنشق بر دل دشوار است، از آن جهت که پنداری دل در موضعی است که نفس را به او راه نیست و هم خروج هوا به مثل این سبب و می‌پندارد که بر روی سینه سنگی نهاده است و نمی‌گذارند که استخوان‌های سینه و شراسیف (دنده‌ها) او منبسط شوند و می‌پندارند که دل ایشان را به زیر می‌کشند و ضغط‌القلب که فشردن دل است و تقشیرالقلب که پندارند که دل را پوست می‌کشند این همه به واسطه آن است که دل را به واسطه تبرید افیون، جمع اجزا دست می‌داد و بعد از ترک، تفرق حاصل می‌شود اجزای او را که مجتمع‌اند، جهت آنکه به قسر مجتمع شده بود، بعد از زوال قسر، به حالت اولی عود می‌کند.

۲- آبریزش بینی و اشک‌ریزش و عطسه است و رطوبات رقیقه که به واسطه اجماد افیون از سیلان ممنوع بوده باز سایل می‌شود و در آن مواضع که متفرق شده منصب می‌شود و چون ابتدای اثر ظهور نشأه او از دل است بعد از (این‌ها) حالاتی که منشأ آن ضعف دماغ است ظاهر شود اولاً عطسه بسیار و می‌توان گفت که آن عطسه‌ها که در مدت‌های مدید اعتیاد نیامده در ایام اندک ترک، بلکه در

چهار روز پیدا می‌شود به قوت عظیم به واسطه رطوبات حاد لذاع که افیون حدت و لذع آن را نشانیده و از سیلان باز (مانده) در این ایام سیلان می‌کند و از آن، دماغ متأذی شود و عطسه پیدا گردد.

۳- سبات یا بی‌خوابی: اما بی‌خوابی را چند سبب است یکی احتداد روح به واسطه احتداد رطوبات دماغ و احتداد روح، موجب انتشار او است در ظاهر بدن، چنانچه در بیداری باشد. دیگر آنکه مزاج معتاد به سوداویت مایل است و به واسطه یبوستی که لازم سودا است بی‌خوابی لازم است، زیرا که در مدت قلیل ترک، سوداویت مزاج برطرف نمی‌شود.

۴- درد اعضا است، چراکه طبیعت مشغول وجع (درد) است، از استراحت خواب باز می‌ماند، اما درد مفاصل به واسطه انصباب مواد محتبسه در خلل و فرج مفاصل. چون مواد از دیرماندن در بدن و حرکت، احتداد پیدا کرده، اما آنچه مایل سیلان است ارق و احد می‌باشد و این اوجاع در غایت صعوبت می‌باشد، اما درد سایر اعضا جهت آن است که افیون تمام اعضا را به واسطه تیرید مجتمع و متکاثف می‌سازد و مواد را مدخل در آن کم است و مواد نیز از سیلان ممنوع است و این معانی در ترک موجودند پس تفرق اتصال اعضا جهت عود به انبساط و دخول مواد رقیقه حاده حادث شود و موجب وجع اعضا شود، اما درد پشت و این درد و درد کمرگاه به مرتبه‌ای قوی می‌شود که گاه پنداری که به دو نیم، پاره می‌کنند و قوت وجع به واسطه کثرت مفاصل است و ریختن مواد در مفاصل معلوم شد و ضیق مسالک از اندفاع مواد نیز هست و کثرت اعصاب به واسطه آنکه مخرج اعصاب نخاعیه اکثر از آنجا است، اما درد سر به واسطه حرکت مواد.

۵- کمی اشتها به واسطه آنکه جرم معده متخلخل می‌شود به واسطه عدم اجتماع اجزایی که وصف کرده شد و چون معده ضعیف شود قوت‌ها کم خواهد

شد، پس کمی اشتها که یکی از مضرت‌های او است لازم خواهد بود و سبب دیگر، انصباب سودا است که سبب کلی اشتها است، می‌تواند بود که در این اوقات انصباب سودا نشود یا کم شود.

۶- بروز اسهال است، اما پیچیدن ناف و مغص به واسطه ریختن مواد حاره است در شکم، اما اسهال و تزخر به واسطه مواد محتبسه در ایام مدید و ضعف امعاء.

۷- سرفه و آن اکثر در زمستان عارض می‌شود به واسطه نزلات حاده.

۸- برنیامدن آواز جهت آن است که ماده او از هوای خارج از تنفس است و از پیش معلوم شد حال نفس، پس آواز (یا) بر نمی‌آید به واسطه کمال ضعف یا می‌آید و ضعیف و پست می‌آید.

۹- تب و آن اکثر حمی یوم (تب یک‌روزه) استفراغی بود به واسطه کثرت اسهال (یا) دیگر اسباب حمی یوم به حسب اتفاق افتادن بر سبب.

۱۰- قلق و اضطراب به واسطه اوجاع مذکوره و اسباب معلومه.

نتیجه‌گیری

امروزه با توجه به اقبال جامعه پزشکی به مباحث طب سنتی، مکمل و تلفیقی در دنیا، بررسی مجدد متون طب سنتی ایران در برخی موارد راه‌گشا خواهد بود دلیل اول این‌که این منابع در کشورهای خاورمیانه و آسیای مرکزی سالیان دراز تجربه شده و از طرفی همین متون در حدود ششصدسال به عنوان مرجع معتبر علمی در دنیای غرب تدریس و مورد استفاده قرار گرفته‌اند. شیوع اعتیاد به مواد افیونی در کشورهای آسیایی به علت شرایط اقلیمی و نحوه زندگی، همچنین مصرف کم مواد الکلی در بین مسلمانان باعث شده است، به دلیل تحریم صریح قرآن کریم^{۱۶}، گرایش به سمت مواد افیونی به صورت‌های مختلف بیشتر شده، فلذا

عوارض مصرف و ترک آن نیز مشهود خواهد بود. ثبت دقیق منافع و مضرات افیون در منابع مکتوب گذشته، از مباحث قابل تأمل است. دیدگاه وسیع حکما به مبحث اعتیاد به مواد افیونی و مجزا کردن مضرات و منافع آن به تفکیک در تمام سیستم‌های بدن، ثبت علائم سندرم ترک اعتیاد، پیشنهاد راه‌های پیشگیری و درمان عوارض آن، آن هم با مواد در دسترس، مانند زعفران و زنجبیل و دارچین و بابونه از جمله نکاتی است که می‌تواند برای پزشکان امروز و دست‌اندرکاران مبارزه با مواد مخدر بسیار راه‌گشا باشد. به نظر می‌رسد در نگاه حکمای گذشته، مواد افیونی صرفاً یک تهدید نبوده، بلکه با استفاده درست و به جا، توانسته بودند به عنوان دارویی در جهت کاهش آلام افراد دردمند، سلامت جامعه را بهبود بخشند. با این ایده و سوق دادن این‌گونه بیماران به این مواد می‌توان خطر یکسری از مواد مخدر جدید که با عوارض جدی و خطرناک، فرد و جامعه را تهدید می‌کنند را تا حدودی کاهش داد. اکثر مواد اعتیادآور امروزی به دلیل عوارض بسیار شدیدتر خانواده و جامعه را تهدید می‌کنند و اغلب هم بدون درمان و یا تنها با درمان علامتی همراه می‌باشند.

مطلب مهم و بحث‌برانگیز دیگر تغییر الگوی مصرف در بین جوانان و قشر فعال جامعه و دگرگونی در نحوه استفاده آن از روش خوراکی به صورت تدریجی (کشیدنی) و تزریقی است که جامعه جهانی به ویژه کشورهای آسیایی را با مشکلات عدیده‌ای مواجهه نموده و به عنوان تهدیدی جدید برای کشورهای منطقه خاورمیانه محسوب می‌گردد. آنچه که از متون گذشته برداشت می‌شود این است که مصرف افیون در بین افراد میان‌سال با مشکلات خاص تا حدودی، آن هم به صورت خوراکی رایج بوده و معمولاً در بین جوانان و قشر فعال جامعه رواج کمتری داشته است. گزارش دکتر پولاک این مسأله را تأیید می‌کند: «در

بین مردم ایران مصرف خوراکی تریاک قبول عامه یافته و اغلب مردم بالای پنجاه سال به دلیل بروز بیماری‌های مفصلی - استخوانی روزانه یک نخود تریاک با مصلحات آن مصرف می‌کنند و حتی اگر یک ایرانی چهل یا پنجاه سال تریاک مصرف کرده باشد، به ندرت ممکن است بر مقدار تریاک مصرفی روزانه خود بیفزاید و این افراد به عنوان عضوی فعال در جامعه فعالیت دارند. امروزه به علت مسائل مافیای جهانی مواد مخدر، با تغییر الگوی مصرف، از خوراکی به کشیدنی و تزریقی، میزان مصرف و عوارض آن رو به گسترش است، در حالی که این الگوی مصرف در گذشته تا حدودی در بین درویش مرسوم بوده است. نکته مهمی که در اینجا جلب نظر می‌کند این است که فقط با تغییر نحوه استفاده از تریاک و مواد افیونی، تا چه حد می‌تواند بر میزان مصرف و وابستگی افراد به این ماده مخدر تأثیر گذاشته و یک فرد فعال و مفید برای جامعه را به فردی لابلالی و به دور از زندگی خانوادگی و اجتماعی و برای همیشه سربار جامعه تبدیل نماید. بنابراین بر ماست که از تجارب پیشینیان الگو گرفته و راهی برای رفع معضل اعتیاد بیابیم. یکی از مهم‌ترین تجربیاتی که در متون دوران گذشته به چشم می‌خورد این است که اولاً برای کاهش میزان مصرف این ماده مخدر و عوارض آن بایستی نحوه مصرف آن را از تزریقی و کشیدنی به خوراکی تغییر داد. امروزه همین دیدگاه در بین محققین با تغییر نحوه مصرف از تزریقی و کشیدنی به خوراکی و تولید داروهای خوراکی، مانند متاددون و نالتروکسان و... تا حدودی بررسی و اصلاح شده است. همه این تلاش‌ها تا حدودی تجربیات گذشتگان را تأیید می‌کنند؛ ثانیاً گذشتگان به صورت تجربی همواره به وسیله مواد طبیعی، مانند دارچین، زعفران، زنجبیل و بابونه تا حدود زیادی از میزان عوارض و مصرف تریاک کاسته بودند که این دستورات و بسیاری از راه‌حل‌های تجربه‌شده در کتب و رساله‌های قدما من جمله «رساله

افیونیه» عمادالدین محمود شیرازی به ثبت رسیده و امروزه برخی از روش‌های آن‌ها قابل اجرای و عملی می‌باشد.

در نهایت پیشنهاد عملی این‌که، ترک تریاک و پیشگیری از عوارض وخیم‌تر آن در نگاه قدما راه حلی قابل علاج داشته و آن این بوده که ترک افیون به صورت تدریجی و آهسته، آن هم از طریق روش‌های خوراکی، در دوره‌های بلندمدت صورت گیرد. تجربیات آن‌ها در متون گذشته نشان می‌دهد که ترک تریاک پس از سالیان متمادی نیز بدون هیچ آثار زیانباری ممکن می‌باشد، ولی امروزه این دیدگاه، طرفداران زیادی نداشته و آنچه متداول است ترک سریع و کوتاه‌مدت آن است. آن‌چنان که در عمل دیده می‌شود این روش موفقیت‌آمیز نبوده و در آینده نیز به علت آسیب‌های جدی و مکرر روش‌های سریع و کوتاه‌مدت ترک اعتیاد، کنار گذاشته خواهند شد، زیرا این روش‌ها با ایجاد عوارض شدید، کارآیی فرد برای جبران توان از دست‌رفته ناشی از دوران نفاقت اسفبار ترک مواد را، هر روز کم‌تر نموده و ماحصل این نوع روش برای ترک اعتیاد، تمایل شدید برای بازگشت به مصرف مجدد ماده مخدر، آن هم با میزان بیشتر است. بنابراین با توجه به پشتوانه غنی طبی مردم این سرزمین شایسته است، سیستم بهداشتی - درمانی کشور و یکسری راه‌حل‌های بلندمدت و عملی برای نجات این گروه از افراد جامعه را سرلوحه تدابیر و برنامه‌ریزی‌های خود قرار دهد.

سیاسگزاری

از ریاست، معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان و کلیه عزیزانی که زمینه تهیه این مقاله را فراهم نمودند کمال تشکر را داریم.

اتمام کلام، همان‌گونه که هرودت در مورد ایرانیان چنین بیان کرده است: «ایرانیان در کارهای خود استعانت از خدا جویند و فتح و پیروزی از او خواهند و دعای خیر خود را مخصوص خود نکرده و همواره در هنگام عبادت سعادت، سلامت خود و دیگران را از خداوند آرزو کنند»، برای کلیه بیماران و نیز رهایی و عدم بازگشت معتادین به انواع مواد مخدر، دست‌نیاز به آستان‌بی‌نیاز برمی‌داریم و دعا می‌کنیم، باشد که به مقام استجابت رسد (۳).

پی‌نوشت‌ها

۱. تحف العقول باب «آدابہ علیہ السلام لاصحابہ» اختصاص دارد به چهارصد موردی که امام علی (ع) در جهت حفظ سلامت به اصحابشان آموزش دادند (۲).
۲. دکتر پولاک: «تقریباً هر ایرانی که بتواند از عهده مخارج آن برآید حداقل در روز یک حب تریاک می‌خورد... تمام معجون‌های تریاک را با دقت فراوان در خانه تهیه می‌کنند... اما در ماه رمضان مصرف تریاک در روز ممنوع است و در سحر یک حب می‌خورند. بی‌حالی و سستی خاص شرفیان به داد ایرانی می‌رسد (که می‌تواند سال‌ها یک حد مشخص تریاک مصرف کند)، در حالی که اروپایی به علت خلق و خوی پر تب و تاب و بی‌قرار خود نمی‌تواند سالیان دراز، از حد معین پا را فراتر نهد، پس گاه بر مقدار تریاک می‌افزاید، گاه به مرفین پناه می‌برد... این در حالی است که اگر یک ایرانی ۴۰ یا ۵۰ سال هم تریاک مصرف کرده باشد، به ندرت ممکن است بر مقدار تریاک خود که روزانه یک تا دو گران است بیفزاید. ترک تریاک پس از مصرف سالیان متمادی نیز بدن هیچ آثار زیان‌باری ممکن است، تنها باید دقت کرد که عمل ترک تریاک خیلی آهسته و تدریجی باشد. البته در بعضی افراد وابستگی به قدری شدید است که تمام اعضا و جوارحشان به آن عادت کرده و مصرف تریاک به صورت الزام و احتیاج در آمده است» (۲۴).
۳. شاردون جهانگرد فرانسوی نیز در این مورد می‌نویسد: «مصرف تریاک در حقیقت نتیجه یک تمایل عمومی است و به زحمت از هر ۱۰ نفر، یکی را می‌توان یافت که به این عادت شوم آلوده نباشد». با نفوذ دولت انگلیس در ایران در سال ۱۸۵۱ اولین دلالتان و پخش‌کنندگان تریاک در لباس درویش‌های هندی و رهروان راه طریقت در خراسان و کرمان پراکنده شدند. دست‌نشانگان و عوامل دولت‌های خارجی با تصویب قوانینی مسأله مصرف مواد افیونی را گسترش دادند، از جمله به بهانه افزایش درآمد دولت وقت ایران، در سال ۱۳۲۹ قمری، قانونی را تدوین و اجرا کردند که طی آن دولت سوخته تریاک را از مصرف‌کننده به قیمت بالایی خریداری می‌کرد و در مقابل هر مثقال سوخته تریاک، سه عباسی حق‌الزحمه می‌داد. در این مسأله نقش پزشکان خارجی شاغل در ایران (به خصوص کرمان و بلوچستان) که برای هر بیماری تریاک و شربت آن را تجویز می‌کردند، نباید فراموش کرد. با افزایش تعداد معتادین به مواد افیونی و پیامدهای آن در سال ۱۲۹۰ اولین قانون مبارزه با مواد افیونی صادر شد. علیرغم تصویب قوانین و اقدامات مختلف، متأسفانه آمار معتادین روزبروز بیشتر شد. به طوری که در سال ۱۳۷۸ طبق آمار رسمی کشور ۱۲۰۰۰۰۰ نفر ایرانی معتاد به مواد افیونی بودند. آمار رسمی کشور از اعتیاد بیش از دو میلیون نفر در حال حاضر در ایران خبر می‌دهد. گرچه آمارهای متفاوت قریب چهار میلیون نفر را نیز بیان

کرده‌اند (۴ و ۵). متأسفانه سن ابتلا به اعتیاد کاهش یافته است و به حدود نوجوانی و جوانی رسیده است (۴، ۵، ۸، ۹ و ۱۰).

4. Addiction

5. Addict

۶. در این مقاله، هدف از اعتیاد، اعتیاد مواد مخدر افیونی (اپیوم) است و سایر انواع اعتیاد مد نظر نمی‌باشد.

7. Ventral tegmental area

8. Habituation

9. Opium

10. Papa verosominoferum

11. withdrawal syndrome

12. Craving

13. Abstinence syndrome

14. withdrawal syndrome

15. Insomnia

۱۶. آیات مرتبط با تحریم شراب عبارتند از: سوره بقره: آیه ۲۱۹؛ سوره مائده: آیات ۱-۹۰. همچنین روایات متعدد در مورد علت تحریم شراب بیان شده است. جهت مطالعه بیشتر به جلد یک کتاب گناهان کبیره صفحه ۲۲۵ تا ۲۴۶ مراجعه شود.

فهرست منابع

۱. قرآن کریم. ترجمه الهی قمشه‌ای، بنیاد نشر و ترویج قرآن، انتشارات صالحی، (۱۳۸۰ ش.).
۲. حرانی، ابی محمد حسن بن علی بن حسین بن شعبه. *تحف العقول*. ترجمه علی اکبر غفاری، چاپ سوم، قم: اسلامیه، (۱۳۶۶ ش.)، صص ۸۳ و ۱۲۱-۹۵.
۳. ساداتیان، سیداصغر. *تظاهرات اصلی و درمان مسمومیت‌ها*. چاپ اول، تهران: مؤسسه فرهنگی و انتشاراتی نور دانش، (۱۳۸۱ ش.)، صص ۱۲۸-۲۳.
۴. ممتازی، سعید. *خانواده و اعتیاد*. چاپ سوم، زنجان: انتشارات مهدیس، (۱۳۸۴ ش.)، صص ۱-۱۰.
۵. ملکوتی، سیدکاظم. *راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف‌کنندگان مواد*. چاپ اول، تهران: انتشارات پرشکوه، (۱۳۸۰ ش.)، صص ۱-۱۰.

۶. عقیلی علوی شیرازی، سیدمحمدحسین بن محمدهادی. مخزن/لادویه. تصحیح محمدرضا شمس اردکانی، روجا رحیمی و فاطمه فرجامند، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران - سبز آرنج، (۱۳۹۰ ش.)، ص ۱۵۴.
۷. حکیم مؤمن، سیدمحمد مؤمن بن محمد زمان. تحفه المؤمنین. تحقیق و تصحیح مؤسسه احیای طب طبیعی، جلد اول، قم: نور وحی، (۱۳۹۰ ش.)، صص ۱۲۹ و ۲۳۶.
۸. رحمتی، محمدمهدی. عوامل مؤثر در شروع مصرف مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. (۱۳۸۱ ش.)، سال هفتم، شماره پنجاه و دوم، صص ۹-۲۶.
۹. سادوک، بنجامین جیمز. سادوک، ویرجینیا آلکوت. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی. ترجمه فرزین رضاعی، جلد اول، چاپ چهارم، تهران: انتشارات ارجمند، (۱۳۹۰ ش.)، صص ۴۷۷-۵۵۰.
۱۰. محقق، اختر. جامعه‌شناسی اعتیاد. چاپ اول، تهران: مرف، (۱۳۸۵ ش.)، صص ۵۷-۳۷.
۱۱. گلد، مایکل. میو، ریچارد. گلدیس، جان. روانپزشکی آکسفورد. ترجمه محمد کیان‌راد، هومن خواجویی کرمانی و بهارک ملکی، چاپ اول، تهران: مؤسسه انتشاراتی نور دانش، (۱۳۸۱ ش.)، ص ۲۵۱.
۱۲. یاسینی اردکانی، سیدمجتبی. رفعتی، علی. شناخت و درمان اعتیاد. چاپ اول، یزد: انتشارات طب‌گستر با همکاری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، (۱۳۸۳ ش.)، صص ۹-۱۰.
۱۳. پژومند، عبدالکریم. مسمومیت‌ها. چاپ اول، تهران: انتشارات چهر، (۱۳۷۷ ش.)، صص ۶۴-۳۵۶.
۱۴. کاتزونگ، ترور. مرور آزمون‌های فارماکولوژی ۲۰۰۸. ترجمه محمدمهدی غیرتیان، مهرناز رضوان‌فرد، چاپ دوم، تهران: مؤسسه انتشاراتی اندیشه رفیع، (۱۳۸۷ ش.)، صص ۹-۲۷۰.
۱۵. جرجانی، سیداسماعیل بن حسن. نخیره خوارزمشاهی. جلد دوم، چاپ اول، قم: مؤسسه احیای طب طبیعی، (۱۳۹۱ ش.)، ص ۳۴۰.
۱۶. ابن سینا، حسین بن عبدالله. قانون. ترجمه عبدالرحمن شرفکندی، جلد دوم، چاپ دهم، تهران: سروش، (۱۳۸۹ ش.)، صص ۳۳، ۳۵، ۵۰ و ۷۳.
۱۷. اکبرزاده پاشا، حجت‌اله. مسمومیت. چاپ اول، تهران: پاشا، (۱۳۸۵ ش.)، ص ۵۱۲.
۱۸. الازرق الیمنی، الشیخ ابراهیم بن عبدالرحمن بن ابی‌بکر. تسهیل المنافع فی الطب و الحکمه. تصحیح محمدعبدالکریم النحوی، جلد اول، چاپ اول، مسقط: عاصمه الثقافه العربیه، (۱۴۲۷ ق.)، ص ۱۸۶.
۱۹. خاکسار، ج. محرومیت از مواد مخدر. (۱۳۸۹ ش.)، ص ۲۰. یافت‌شده در آدرس:

<http://www.mums.ac.ir/shares/student/khaksarj1/moshavereh/89/mavad/mahromiyat%20az%20mavad.pdf>

۲۰. درخشنده، علی. عوارض جانبی متادون و علائم ترک در متادون. (۱۳۹۲ ش.)، صص ۸-۱۱. یافت شده در آدرس: <http://pharmacologist.ir/post-44.aspx>
۲۱. میسری، حکیم. دانشنامه در علم پزشکی کهن‌ترین مجموعه طبی به شعر فارسی. تحقیق و تصحیح برات زنجانی، تهران: مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، (۱۳۷۳ ش.)، صص ۸-۲۵ و ۸-۲۲۴.
۲۲. رازی، محمد بن زکریا. المنصوری فی الطب. ترجمه محمدابراهیم ذاکر، تصحیح حازم بگری صدیقی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، (۱۳۸۷ ش.)، ص ۶۳۹.
۲۳. عمادالدین شیرازی، محمود بن مسعود. رساله افیونییه. تحقیق و تصحیح: رسول چوپانی، امید صادقپور و وجیهه پناهی، تهران: المعی، (۱۳۸۸ ش.)، صص ۹-۸، ۱۷-۸ و ۳۹.
۲۴. پولاک، یاکوب ادوارد. سفرنامه پولاک، ایران و ایرانیان. ترجمه کیکاووس جهان‌داری، تهران: خوارزمی، (۱۳۶۸ ش.)، صص ۴۰-۴۳.
۲۵. دستغیب، سیدعبدالحسین. گناهان کبیره. جلد اول، چاپ هجدهم، قم: دفتر انتشارات اسلامی، (۱۳۸۳ ش.)، صص ۴۶-۲۲۵.

یادداشت شناسه مؤلفان

معصومه قاسمی مرتقی: مربی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. (نویسنده مسؤول)
نشانی الکترونیکی: Mmortaghyghasemy@yahoo.com

محسن بهرامی: استادیار، متخصص گروه طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
آناهیتا حیدری: دستیار گروه طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
مارال مرزبان: دستیار گروه طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
داود حسنی: دستیار گروه طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

Opium withdrawal syndrome in Iranian traditional medicine and modern medicine

Masoumeh Mortaghy Ghasemy

Mohsen Bahrami

Anahita Heidari

Maral Marzban

Davoud Hasani

Abstract

Today drug addiction is a social, health and political problem in the most countries especially developing countries. Historical studies show that people are familiar with the drug, several thousand years before the birth of Christ returned. Hippocrates and Tyvfrast (at the time), used from opium to treat diarrhea and pain four hundred years before Christ. The ancient history of the "bang" is mentioned, but no evidence of an ancient Iranian acquaintance with opium is there. Razi and IbnSina were the first scientist that become familiar with the medicinal properties of opium in the treatment of diseases. Due to the use of opium in antiquity, philosophers and Iranian doctors found symptoms of opiate effects on the human body. Also they revealed the signs and symptoms who abandoned opium. In this study is reviewed Makhzan Aladvyh, Tohfeh Hakim moemen (Hakim Momin), Tashylalmanafe, Afyoniee (Afyvnyh) paper and Cited facilitate (Tashilal manafe). So it is described and compared the symptoms and the causes mentioned in the books of traditional medicine and modern medicine about the effect of opium and its withdrawal.

Keyword:

Opium, Withdrawal Syndrome, Iranian Traditional Medicine