

## بررسی تاثیر ترکیب عصاره شنبلیله، بابونه، گردو و ختمی در مقایسه با فلوسینولون استوناید بر درمان اگزما دست

دکتر سعید مرندی\*، ندا پروین\*\*

\*استادیار گروه پوست- مرکز تحقیقات گیاهان دارویی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، \*\*کارشناس ارشد پرستاری- مرکز تحقیقات گیاهان دارویی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۱۷ تاریخ تایید: ۸۷/۶/۱۸

### چکیده:

زمینه و هدف: کورتون موضعی درمان انتخابی اگزما بوده ولی استفاده از این داروها مشکلات خاصی مانند آتروفی، دیپگمانتاسیون و ... را بدنبال دارد. بعلاوه مصرف این داروها در یک دوره مستمر موجب کاهش اثربخشی کورتون موضعی می گردد. با توجه به این مشکلات و گرایش به مصرف داروهای گیاهی، این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه تاثیر کرم ترکیبی گیاهی (AJMT (Trigonella شنبلیله، Matricaria بابونه، Juglans گردو و Althaea ختمی) با کرم فلوسینولون استوناید بر اگزما دست انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۶۴ نفر بیمار مبتلا به اگزما دست که به کلینیک پوست دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد مراجعه کردند بطور تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. یک گروه با کرم AJMT و گروه دیگر بوسیله کرم فلوسینولون استوناید تحت درمان دو هفته‌ای قرار گرفتند. نتایج حاصله با کمک آزمون های مک نمار و کای دو تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد AJMT باعث بهبود معنی دار علائم سوزش، خارش، قرمزی، برجستگی، پوسته ریزی و شقاق و فلوسینولون علائم سوزش و خارش و قرمزی پوست نسبت به قبل از درمان گردید ( $P < 0/05$ ). مقایسه دو گروه مورد مطالعه نشان داد که بعد از مداخله اثرات درمانی AJMT در زمینه سوزش، خارش و قرمزی با گروه فلوسینولون برابر بود ( $P > 0/05$ ) در حالی که اثرات درمانی AJMT در علائم برجستگی، پوسته ریزی و شقاق به شکل معنی داری بهتر از گروه فلوسینولون بود ( $P < 0/05$ ).

نتیجه گیری: با توجه به تاثیر بهتر کرم گیاهی AJMT نسبت به فلوسینولون استوناید بر علائم اگزما و از طرفی عوارض کورتون موضعی در دراز مدت، جهت درمان اگزما استفاده از کرم گیاهی AJMT توصیه می گردد.

واژه های کلیدی: اگزما، بابونه، ختمی، شنبلیله، فلوسینولون استوناید، گردو.

### مقدمه:

درونی مثل اگزما سرشتی و یا به دلیل عوامل بیرونی مثل اگزما تحریکی یا آلرژیک، بروز نماید. اگزما تماسی از نوع تحریکی به دلیل تماس مستقیم با مواد خارجی (مانند آب، صابون و مواد شوینده) که منجر به صدمه مستقیم سلولی گردد ایجاد می شود. اگزما تماسی از نوع آلرژیک نوع چهارم حساسیت سلولی تاخیری است که در اثر واکنش به موارد آلرژن (مثل نیکل، مواد رنگی، مواد پلاستیکی و عطرها) که در

اگزما شایع ترین بیماری التهابی پوست بوده (۱) و اگزما دست فراوان ترین نوع اگزما (۱۵٪) محسوب می گردد (۳،۲). حدود ۲ تا ۱۰ درصد از جمعیت جهان به اگزما دست مبتلا می باشند و زنان به دلیل تماس بیشتر با آب و مواد شوینده بیش از مردان به آن مبتلا (۲) برابر) و از طرفی در افراد زیر ۴۰ سال بیش از افراد بالای ۴۰ سال بروز می نماید (۱). این بیماری به دلیل عوامل مجزا و یا مجموعه‌ای از عوامل از جمله به دلیل عوامل

تماس مستقیم با پوست هستند ایجاد می گردد (۵،۴).

آگزمای تماسی ۹۰ تا ۹۵ درصد از موارد بیماری های شغلی تماسی را شامل می شود که در این بین آگزمای تحریکی ۸۰ درصد موارد را تشکیل داده و علت تغییر شغل ۶۸ درصد از افراد مشکلات پوستی می باشد (۶). شایع ترین نوع آگزمای دست به ترتیب نوع تحریکی (۳۵٪)، سرشتی (۲۲٪) و آلرژیک (۱۹٪) می باشد (۱).

از ۵۰ سال قبل تا کنون از کورتیکواستروئیدهای موضعی برای درمان بیماری های پوستی استفاده می شود. کرماها و پمادهای کورتیکواستروئید معمولاً برای رفع خارش و التهاب ناشی از بیماری های پوستی مثل آگزما تجویز می گردند. این مواد از آزاد شدن مواد شیمیایی بوجود آورنده التهاب جلوگیری می کنند (۷،۸).

مصرف طولانی مدت کورتیکواستروئیدها بخصوص با قدرت بالا می تواند منجر به عوارض سیستمیک و یا موضعی گردد که از این میان کودکان استعداد بیشتری نسبت به بروز این عوارض دارند. البته عوارض موضعی آن از عوارض سیستمیک بیشتر می باشد. متداول ترین عوارض، آتروفی پوست، کاهش موقت رنگدانه در محل استعمال و کاهش ایمنی در محل استفاده می باشد. همچنین بروز تلاترکتازی در محل، استریا، آکنه، درماتیت دور دهان، پرمویی، تاکی فیلاکسی و سرانجام کاهش التیام زخم از دیگر عوارض مصرف این دارو ها می باشند (۸).

ایجاد حساسیت نسبت به بعضی از این داروها در نزد بیماران و همچنین مقاوم شدن بسیاری از عوامل بیماریزا در برابر داروهای شیمیایی موجب شده که بار دیگر نظر دانشمندان به داروهای طبیعی و گیاهی معطوف گردد. به طوری که امروزه ضمن گسترش روز افزون تحقیقات در زمینه داروهای گیاهی، تجویز و کاربرد آنها در کشورهای جهان رو به افزایش است. از طرفی مواد شیمیایی موجود در گیاهان دارویی از نظر شیمیایی و فیزیولوژیکی برای بدن غریبه نیستند. از این رو پژوهش برای دستیابی به داروهای با اثرات جانبی کمتر و توان

بیشتر ضروری به نظر می رسد (۹،۱۰،۱۱).

#### خصوصیات گیاهان مورد استفاده:

۱- ختمی (*Althaea officinalis*): گیاهی علفی به ارتفاع ۲ متر، قسمت های مورد استفاده ریشه و برگ و گل می باشد. گل ختمی اثر رفع تحریکات جلدی نرم کننده داشته و ریشه ختمی دارای اثر ضد التهاب می باشد (۱۴-۱۲). ختمی یکی از مهمترین گیاهان دارویی لعابدار است. ترکیبات ختمی موسیلاژ (لعاب گیاه)، قندها، نشاسته، آسپارانژین، پکتین و مواد دیگر است. ختمی در درمان بیماری های پوستی از جمله آگزما استفاده می گردد.

۲- گردو (*Juglans regia L.*): درختی زیبا و یک پایه است که برگ ها، پوست و جوانه ها مورد استفاده قرار می گیرد. مهمترین ترکیبات، تانن، ژوگلون، نفتو کینون و ویتامین C هستند. گردو در آگزمای همراه با ترشح قابل استفاده می باشد که از خاصیت ضد التهاب و قابض آن استفاده می گردد (۱۵). جهت مصارف خارجی از کرم ۲ درصد آن استفاده می شود (۱۶).

۳- بابونه معمولی (*Matricaria chamomilla*): گیاهی است علفی، یکساله به ارتفاع ۲۰ تا ۸۰ سانتیمتر رنگ گل سبز متمایل به زرد می باشد و از گل گیاه استفاده دارویی می شود. گل بابونه و عصاره های حاصله از پر مصرف ترین گیاهان دارویی در گیاه درمانی در جهان می باشد (۱۷). این گیاه در بعضی از نواحی لرستان و خوزستان می روید. گلها دارای یک اسانس روغنی (بیزابولول، فانسول و گامازولن)، تانن ها، گلوکوزیدها و فلاونوئیدها هستند. بابونه در درمان التهابات پوستی، ادرار سوختگی اطفال و ترک خوردگی نوک پستان مؤثر است (۱۶). همچنین بعنوان ضد باکتری و ضد قارچ استفاده می شود (۱۸) و برای مصرف خارجی با غلظت ۳ تا ۱۰ درصد استفاده می گردد (۱۹).

۴- شنبلیله (*Trigonella foenum*): شنبلیله گیاهی است یکساله که تا ۵۰ سانتی متر می رسد. قسمت مورد استفاده دانه خشک می باشد و حاوی موسیلاژ، ساپوژنین، مواد معطر و به مقدار زیاد آهن و فسفر است همچنین حاوی یک آلکالوئید بنام تری گونلین که در

پرهیز از عوامل مستعد کننده همانند مواد شوینده، سایر مواد شیمیایی و آب و خاک و با استفاده مستمر از دستکش‌های نخی زیر دستکش پلاستیکی و سایر آموزش‌های لازم به بیماران هر دو گروه ارایه شد.

در این طرح برای پرهیز از هر گونه خطایی سعی شده است که میزان مصرف و زمان مصرف داروها حتی‌الامکان در دو گروه یکسان باشد. توصیه گردید هر دو کرم روزی دو نوبت به اندازه کافی در موضع مالیده شده و از شستشوی محل پرهیز گردد.

بیماران با سن بالای ده سال، فاقد بیماری زمینه‌ای و سایر بیماری‌های پوستی مانند عفونت و یا قارچ، عدم استفاده از داروهای خوراکی و موضعی قبل و در حین درمان و خانم‌های غیر حامله در این پژوهش وارد گردیدند.

**روش عصاره‌گیری و تهیه کرم گیاهی:** برای تهیه کرم AJMT ابتدا چهار گیاه دارویی دانه شنبلیله، برگ گردو، گل بابونه و ریشه و گل ختمی از مزرعه گیاهان دارویی انستیتو گیاهان دارویی اصفهان بصورت خام تهیه و پس از خشک نمودن و تهیه پودر در اتوکلاو استریل شد، سپس با توجه به غلظت‌های نهایی هر پودر در فرمولاسیون، عصاره گیاهی تهیه گردید. غلظت‌های مورد استفاده از این گیاهان به این شرح بود: دانه شنبلیله ۱۰ درصد، گل ختمی ۱۵ درصد، برگ گردو ۲ درصد و کامومیل ۱۰ درصد. عصاره الکلی به روش پرکلاسیون (Percolation) تهیه شد. در این روش بافت گیاهی را به صورت پودر درآورده و در ظرفی به نام پرکولاتور ریخته، سپس به آن حلال اضافه نموده، بعد از گذشت ۲۴ ساعت، عمل عصاره‌گیری آغاز شد. حلال مورد استفاده الکلی ۷۰ درصد و نسبت حلال به مواد گیاهی ۵ به ۱ در نظر گرفته شد. سپس ترکیب الکلی به روش غیر مستقیم تغلیظ شده و در پایه هیدروفیلی (قدرت جذب آب به مقدار متوسط) اوسرین وارد و ثابت گردید (۲۱). قبل از شروع مطالعه بیماران در مورد شرکت در مطالعه توجه شدند و در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه، درمان به روش معمول ادامه یافت.

این گیاه شاخص است، می‌باشد. ترکیبات موسیلاژی گیاه با داشتن خصوصیات الیتم بخشی، نرم‌کنندگی و ضد التهابی می‌تواند بصورت موضعی بکار رود (۲۰) از این رو بصورت موضعی در درمان اگزما استفاده شده است.

با توجه به شیوع بالای اگزما و از طرفی عوارض فراوان داروهای رایج (کورتون‌های موضعی) مورد و تاثیر نسبتاً اندک این داروها و تمایل روز افزون به استفاده از داروهای طبیعی از آنجایی که چهار گیاه مورد مطالعه مجموعاً دارای خواص ضد التهاب، نرم‌کننده، قابض و ضد باکتری و قارچ بوده و هر یک در یکی از ابعاد اگزما موثر می‌باشند، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی و مقایسه اثرات کرم گیاهی AJMT با کرم فلوسینولون استوناید در درمان اگزمای دست در بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی پوست شهرکرد انجام شد.

### روش بررسی:

این مطالعه بصورت کارآزمایی بالینی می‌باشد که در بیماران مراجعه کننده به کلینیک ویژه بیمارستان کاشانی شهرکرد انجام گردید. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، و گرفتن رضایت‌نامه کتبی از بیماران، تعداد ۶۴ نفر بیمار مبتلا به اگزمای دست به صورت تصادفی به دو گروه مساوی ۳۲ نفره (بیماران به صورت یک در میان وارد ۲ گروه گردیدند) تقسیم شدند پس از ریزش در هر گروه ۳۰ بیمار باقی ماند. در گروه اول اثر کرم گیاهی AJMT و در گروه دیگر اثر کرم فلوسینولون استوناید ۲ درصد مورد بررسی قرار گرفت. بیماران قبل از شروع درمان و دو هفته پس از شروع درمان توسط متخصص پوست مجری طرح مورد معاینه قرار گرفتند و علائم بیماران از قبیل سوزش، خارش، میزان اریتم، برجستگی خطوط پوستی و وضعیت پاپول و وزیکول و شقاق قبل و بعد از درمان ارزیابی و در پرسشنامه تهیه شده به این منظور ثبت گردید. به منظور

در پایان اطلاعات جمع آوری شده از دو گروه بیماران در مراحل مختلف درمان با استفاده از شاخص های آماری مک نماز و کای اسکور مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها:

گروه مصرف کننده کرم گیاهی AJMT ۶۰ درصد مونث (۱۹ نفر) و ۴۰ درصد مذکر (۱۳ نفر) بودند. ۱۳ نفر (۴۰٪) خانه‌دار، ۶ نفر (۲۰٪) کارگر ساختمانی، ۳ نفر (۱۰٪) کشاورز و ۱۰ نفر (۳۰٪) شغل‌های دیگر داشتند. بیشترین فراوانی، ۳۰-۴۰ سال بود. از طرفی در مصرف کنندگان موضعی فلوسینولون استوناید نیز از میان ۳۰ نفر بیمار اگزمایی در این گروه ۲۱ نفر (۷۰٪) زن و ۹ نفر (۳۰٪) مرد بودند، ۱۵ نفر (۵۰٪) خانه دار و ۶ نفر (۲۰٪) کشاورز و ۱۰ نفر (۳۰٪) شغل‌های دیگر داشتند. دو گروه مورد بررسی از نظر این ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت معنی دار آماری

نداشتند ( $P > 0.05$ ).

آزمون مک نماز نشان داد که در گروه AJMT به جز در مورد علامت پاپول سایر علائم مانند سوزش، خارش، قرمزی، برجستگی، پوسته ریزی و شقاق در مرحله قبل و بعد از درمان تفاوت معنی داری داشته ( $P < 0.05$ ) و بهبودی حاصل شده بود. از طرفی در گروه مصرف کننده فلوسینولون نیز در مورد علائم سوزش و خارش و قرمزی پوست تفاوت معنی دار آماری در دو مرحله قبل و بعد از مداخله وجود داشت ( $P < 0.05$ ). مقایسه دو گروه مورد مطالعه با کمک آزمون کای دو نشان داد که بعد از مداخله اثرات درمانی AJMT در زمینه سوزش یا خارش و قرمزی با گروه فلوسینولون تفاوت معنی دار آماری نداشته ( $P > 0.05$ )، در حالی که اثرات درمانی AJMT در علائم برجستگی، پاپول، پوسته ریزی و شقاق به شکل معنی داری بهتر از گروه فلوسینولون بود ( $P < 0.05$ ) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه علائم کلینیکی در دو گروه AJMT و فلوسینولون استوناید قبل و بعد از درمان

علائم کلینیکی	AJMT		فلوسینولون استوناید	
	قبل از درمان		بعد از درمان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سوزش و خارش	۲۵	۸۰	۲۹	۹۰
قرمزی	۲۵	۸۰	۲۹	۹۰
برجستگی**	۱۳	۴۰	۲۵	۸۰
پاپول**	۳	۱۰	۶	۲۰
پوسته ریزی**	۲۵	۸۰	۳۲	۱۰۰
شقاق**	۱۹	۶۰	۲۲	۷۰

\* $P < 0.05$  نسبت به قبل از درمان.

n=۳۰ در هر دو گروه.

-  $P > 0.05$  قبل از درمان بین دو گروه در همه متغیرها.

\*\* $P < 0.05$  بین دو گروه پس از درمان.

کرم AJMT (ترکیب عصاره شنبلیله، بابونه، گردو و ختمی).

**بحث:**

Pereira و همکارانش اثرات ضد قارچی و آنتی میکروبیال برگ گردو را در مطالعه خود مشخص نموده و ادعا کردند که برگ گردو دارای خواص آنتی اکسیدانی می باشد (۲۶). گردو دارای ژوگلون (نوعی نفتوکینون) می باشد که در درمان بیماری های جلدی و به ویژه بیماری های قارچی پوست و التهابات پوستی، جوش و کبیر موثر می باشد (۱۴). این ویژگی برگ گردو احتمالاً در پیشگیری از بروز عفونت ثانویه بیماران مبتلا به آگزما موثر بوده و در نتیجه از مقاوم شدن بیماران به درمان های معمول جلوگیری بعمل می آورد.

گل ختمی نیز در رفع تحریکات پوستی موثر بوده و دارای اثرات نرم کنندگی می باشد. بعلاوه ریشه گیاه نیز دارای خواص ضد التهابی است که می تواند در درمان سوختگی استفاده گردد. کرم AJMT دارای ویژگی نرم کنندگی بوده که این ویژگی احتمالاً به پایه مورد استفاده و این ویژگی گیاه ختمی مربوط می باشد (۱۴). بطور کلی گل و ریشه گیاه ختمی می تواند بعنوان یک مرطوب کننده و افزایش دهنده آبرسانی پوست بکار برده شود (۲۵).

احتمالاً اثرات ضد خارش ترکیب AJMT بعلت ترکیبات بابونه این کرم می باشد. ماتریسین (پیش ساز کامازولین)، ترکیبات سزکویی ترپن، بیزابولول و فلاونوئیدهای موجود در عصاره بابونه دارای اثرات ضد التهاب و ضد آلرژی می باشند. ترکیبات آزلون روغن فرار این گیاه باعث مهار آزاد سازی هیستامین ها شده و احتمالاً نقش اصلی در درمان خارش و در نتیجه بهبود درمانیت به این ماده مربوط می باشد. کرم جلدی کامومیل (بابونه) در حال حاضر در درمان التهاب های پوستی، خشکی و ترک پوست موجود بوده و مورد استفاده قرار می گیرد (۱۷). این گیاه خواص آنتی میکروبیال، ترمیم کنندگی و آنتی اکسیدانی داشته که امکان استفاده موضعی آن را در درمان آگزما مرطوب، زرد زخم و زخم های باز ممکن نموده است (۲۷، ۲۸، ۲۹).

احتمالاً یکی از علل تفاوت اثرات درمانی کرم گیاهی AJMT و کورتون های موضعی در همین ویژگی

نتایج این مطالعه نشان داد که در گروه AJMT به جز در مورد علامت پاپول سایر علائم مانند سوزش، خارش، قرمزی و ... در مرحله قبل و بعد از درمان تفاوت معنی داری داشتند. از طرفی در گروه مصرف کننده فلوسینولون نیز در مورد علائم سوزش و خارش و قرمزی پوست تفاوت معنی دار آماری در دو مرحله قبل و بعد از مداخله وجود داشت. این تفاوت در مورد سایر علائم معنی دار نبود.

مقایسه دو گروه مورد مطالعه نشان داد که بعد از مداخله اثرات درمانی AJMT در زمینه سوزش یا خارش و قرمزی با گروه فلوسینولون تفاوت معنی دار آماری نداشته در حالی که اثرات درمانی AJMT در علائم برجستگی، پوسته ریزی و شقاق به شکل معنی داری بهتر از گروه فلوسینولون بود.

مطالعات مختلف اثرات دوگانه ای را در مورد خواص گیاهان دارویی در درمان آگزما نشان داده اند. از جمله Paller در بررسی مقایسه ای پماد گیاهی تاکرولیموس و کرم پیمکرولیموس چنین نتیجه گیری می نماید که پماد تاکرولیموس در درمان آگزما، نسبت به کرم پیمکرولیموس موثرتر است ولی از نظر عوارض این دو دارو یکسان هستند (۲۲). این مطالعه نشان می دهد که ترکیبات گیاهی در درمان آگزما موثر می باشد.

Tai در مطالعه ای به بررسی داروی گیاهی Sanfujiu در درمان آگزما پرداخته است که نتایج نشان داد که این گیاه در ۴۴/۶ درصد موارد موثر بوده و در ۵۲/۱ درصد تاثیری در بهبود بیماران نداشته است (۲۳).

با توجه به یافته های مطالعه به نظر می رسد هر یک از گیاهان مورد استفاده در کرم AJMT به نوعی دارای خواص ضد التهابی می باشند. دانه شنبلیله دارای خواص نرم کنندگی و برطرف کننده تحریک پوستی می باشد. از این گیاه به عنوان ضماد در درمان التهابات پوستی استفاده می گردد (۲۴). از طرفی این گیاه بعنوان تمیز کننده پوست بوده و در درمان زخم و آبسه کاربرد دارد (۲۵).

خواص موجود در ترکیب کرم گیاهی می باشد. با توجه به مزمن بودن اگزما و نیاز به مصرف طولانی مدت داروهای موضعی از جمله کورتون ها و از آنجا که تمام علائم بیماری با کورتون ها برطرف نشده و از طرفی عوارض مصرف طولانی مدت این داروها مانند تغییر رنگ پوست، آتروفی، استریا و عفونت های ثانویه و ... شناخته شده می باشد می توان با کمک یافته های این مطالعه ادعا نمود که استفاده از کرم گیاهی AJMT بعنوان یکی از روش های مناسب و موثر در عین حال کم عارضه در درمان اگزمای دست مطرح می باشد. در عین حال نیاز به بررسی بیشتر و پیگیری دراز مدت مصرف این دارو در مطالعات بعدی توصیه می گردد.

### نتیجه گیری:

بر اساس نتایج هر دو داروی فلوسینولون استوناید و کرم AJMT قادرند باعث بهبود نسبی ضایعات اگزمای دست بشود ولی با توجه به عوارض پوستی در مصرف دراز مدت کورتیکواستروئید و از آنجا که تاثیر ترکیب گیاهی AJMT در بهبود برخی علائم اگزمای دست بیشتر از فلوسینولون موضعی بوده، لذا توصیه می گردد که از کرم AJMT جهت درمان ضایعات اگزمای دست استفاده شود.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله نویسندگان از زحمات سرکار خانم دکتر فروزان گنجی و آقای دکتر حجت اله روحی و مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر را می نمایند.

شاخص گیاه بابونه می باشد. این گیاه بر خلاف کورتون دارای خواص ضد باکتریایی و ترمیم کننده پوست می باشد در حالی که همانگونه که قبلاً ذکر گردید کورتون های موضعی دارای اثرات عکس این گیاه می باشند.

غروی و همکارانش از ترکیبی از عصاره گل گندم، پنیرک، بابونه و همیشه بهار در درمان خشکی و ناهنجاری های پوستی استفاده نمودند. در نهایت مشاهده شد که این ترکیب در درمان زبری و خشکی پوست مصرف کنندگان موثر می باشد (۲۹). کاظمی پور و همکارانش نیز در ترکیب سیر، بابونه و ختمی در ترمیم زخم سطحی ماهی کپور معمولی، به این نتیجه رسیدند که این ماده در ترمیم این نوع زخم اثربخش می باشد (۳۰). این دو مطالعه نیز احتمال موثر بودن دو گیاه ختمی و بابونه را در ترکیب AJMT بر خشکی و ترمیم پوست ثابت می نمایند.

Aertgeerts در بررسی مقایسه ای اثرات ضد التهابی کرم کامومیل (بابونه) و داروهای استروئیدی و غیر استروئیدی در درمان درماتیت به این نتیجه رسید که کرم کامومیل (بابونه) از هر دو ترکیب غیر گیاهی موثرتر بوده است (۳۱). یافته های این مطالعه با پژوهش اخیر هم راستا می باشد.

مطالعه ای به شکل حاضر که اثر بخشی چهار گیاه بابونه، ختمی، برگ گردو و شنبلیله را در درمان درماتیت مورد بررسی قرار دهد وجود نداشته و در نتیجه اثر بخشی این ترکیب به مجموعه خواص ضد التهابی، آنتی میکروبیال، ترمیم کننده، آنتی اکسیدان و نرم کننده این گیاهان مربوط می باشد.

مجموع این چند ویژگی در یک گیاه به تنهایی و نیز در کرم فلوسینولون به تنهایی وجود نداشته و نتایج حاصل احتمالاً ناشی از این مجموعه

### منابع:

1. Arndt KA. Manual of dermatologic therapeutics. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincot Williams Wilkins; 2007. p: 61.
2. Habif TP. Eczema and hand dermatitis. In: Habif TP. Clinical dermatology. Philadelphia: Mosby; 2004. p: 41.

3. Holden CA, Berth-Jones J, Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Rook, s textbook of dermatology. 7<sup>th</sup> ed. Oxford: Blackwell; 2004. p: 20-23.
4. Marshaw EM, Ahmed RL, Belsito DV, DeLeo VA, Fowler JF Jr, Maibach HI, et al. Contact dermatitis of the hands: cross-sectional analyses of North American contact dermatitis group data. 1994-2004. J Am Acad Dermatol. 2007 Aug; 57(2): 301-14.
5. Elston DM, Ahmed DD, Watsky K, Schwarzenberger K. Hand Dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2002 Aug; 47(2): 291-9.
6. Astner S, Burnett N, Rius-Diaz F, Doukas AG, Gonzalez S, Gonzalez E. Irritant contact dermatitis induced by a common household irritant: a noninvasive evaluation of ethnic variability in skin response. J Am Acad Dermatol. 2006 Mar; 54(3): 458-65.
7. Skin Board Group. [An introduction to skin disease. Tehran: Tayyeb Pub; 2001. p: 39.] Persian
8. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. J Am Acad Dermatol. 2006 Jan; 54(1): 1-15.
9. Clark AM. Natural products as a source for new drugs. Pharm Res. 1996 Aug; 13(8): 1133-44.
10. Kartal M. Intellectual property protection in the natural product drug discovery, traditional herbal medicine and herbal medicinal products. Phytother Res. 2004 Feb; 21(2): 113-9.
11. Valak J, Lagiry S. Herbal drug. Translated to Persian by: Zaman S. Tehran: Ghoghnoos Pub; 2000. p: 18.
12. Flok Medicinal plants. Translated to Persian by: Tavakoli MR. Tehran: Rozbehan Pub. 2004; 9.
13. Motamedi Far M, Darbari MH. [Effect of aqueous, alcoholic and chloroform extracts of German Chamomile (*Matricaria Recutita*) on some gram-positive and gram-negative bacteria. J of Shiraz Univ Med Sci. 2005; 3-2(3): 46-39.] Persian
14. Azadbakht M. [Classification of medical plants. Teimorzadeh Pub. 2000; 58,191.] Persian
15. Board N. Compendium of medicinal plants. Asia pacific Business. 2004; 251.
16. Zargari A. [Medicinal plants. Volum IV. 6<sup>th</sup> ed. Tehran: Tehran University Pub; 1997. p: 459.] Persian
17. Iranian Licensed Herbal Medicines. [By association of producers of herbal medicine and products (A.P.H.M.P). Pajohan Pub. 2007; 125.] Persian
18. Ghasemi Dehkordi N. [Iranian herbal pharmacopeia. Tehran: Ministry of Health and Medical Education Pub. 2003. 99-107.] Persian
19. Morteza Semnani K, Saeedi M, Azadbakht M, Rohanifard S. [Evaluation of herbal gel from Chamomile and Myrrh on *Paederus* dermatitis. Journal of Medical Plants. 2003; 5(2): 31-41.] Persian.
20. Ghanadi AR. [Iranian herbal pharmacopeia. Tehran: Ministry of Health and Medical Education Pub. 2003; 497-504.] Persian
21. Jahanshahi GhR, Moattar F, Soltani MR. [Evaluation of an herbal medicine in the treatment of recurrent aphthous ulcer. Shahid Beheshti Med Sci Univ J Dental School. 2004; 1(22): 25-19.] Persian
22. Paller AS, Lebwohl M, Fleischer AB Jr, Antaya R, Langley RG, Kirsner RS, et al. Tacrolimus ointment is more effective than pimecrolimus cream with a similar safety profile in the treatment of atopic dermatitis: results from 3 randomized, comparative studies. J Am Acad Dermatol. 2005 May; 52(5): 810-22.
23. Tai CJ, Chien LY. The treatment of allergies using Sanfujiu: a method of applying Chinese herbal medicine paste to acupoints on three peak summer days. Am J Chin Med. 2004; 32(6): 967-76.

24. Ashnagar A, Gharib Naseri N, Ershadi M. [Separation and identification of major chemical compounds in the seeds of Fenugreek of Shushtar. J of Mazandaran Univ Med Sci. 1999; 21(8): 22-8.] Persian
25. Eiri Board of consultants and engineers. Herbal cosmetics and beauty products. Delhi: Engineers India Research Institute. 2004; 46.
26. Pereira JA, Oliveira I, Sousa A, Valentao P, Andrade PB, Ferreira IC, et al. Walnut (*Juglans regia* L) leaves: phenolic compounds, antibacterial activity and antioxidant potential of different cultivars. 2007 Nov; 45(11): 2287-95.
27. Behl PN. Herbs useful in dermatological therapy, 2<sup>nd</sup> ed. Newdelhi: CBS Pub and Distributors. 2002 Jan; 98.
28. MC Kay DL, Blumberg JB. A review of the bioactivity and potential health benefits of chamomile tea (*Matricaria recutita* L). *Phytother Res*. 2006 Jul; 20(7): 519-30.
29. Gharavi SM, Ghasemi N, Khooei M. [Herbal cream containing extracts of *Matricaria Chamomilla* L, *Calendula Officinalis* L, *Malva Silvestris* L and *Centaurea Cyanus* L for treatment of skin disorders. *Pharmaceutical Sciences Journal of Faculty of Pharmacy*. 2002; 1: 86-79.] Persian
30. Kazemipour Y, Rezaei M, Keivany Y. [Qualitative comparison of effects of garlic and mallow and motherwort extracts in healing of superficial wounds in the common carp. *Journal of Pajouhesh & Sazandegi*. 66: 93-7.] Persian
31. Aergeerts P. Comparative testing of Kamomillosan cream and steroidal (0/025% hydrocortisone, 0/75% flucortin butyl ester) and non steroidal (5% bufexamac) dermatologic agents in maintenance therapy of eczematous diseases. *Z Hautkr*. 1985; 60(3): 270-7.