

مقایسه تاثیر عصاره گل سرخ و دیفن هیدرامین بر ضایعات آفتی مخاط دهان

دکتر ماندانا خطیبی^۱، دکتر سهیلا محمدیان^{۲*}، دکتر مهدی آرزوبخش^۳

۱- دانشیار گروه بیماریهای دهان و فک و صورت و عضو مرکز تحقیقات جمجمه و فک و صورت دانشگاه آزاد اسلامی واحد دندانپزشکی تهران

۲- دستیار تخصصی بخش بیماریهای دهان و فک و صورت دانشگاه آزاد اسلامی واحد دندانپزشکی تهران

۳- دندانپزشک

خلاصه:

سابقه و هدف: استوماتیت آفتی عود کننده (RAS) ضایعه ای با شیوع بالاست. درمان قطعی برای آن وجود ندارد. از داروهایی که امروزه برای درمان علامتی آفت استفاده می شود، داروی دیفن هیدرامین ست این دارو تسکین بخش بوده و علاوه بر عوارض جانبی در برخی موارد منع مصرف دارد. عصاره گل سرخ فاقد عوارض جانبی دیفن هیدرامین بوده، خاصیت ضد دردی آن قبلاً تایید شده است، لذا در این تحقیق تاثیر این محلول گیاهی بر زخم آفتی دهان با داروی دیفن هیدرامین مقایسه شد.

مواد و روش ها: این تحقیق بصورت کارآزمایی بالینی دوسوکور، با حجم نمونه ۱۰۰ نفری (در دو گروه ۵۰ نفری) انجام شد. بیماران مبتلا به آفت دهانی که به بیماری سیستمیک خاصی مبتلا نبوده و همچنین از داروی موضعی برای درمان آفت استفاده نمی کردند، وارد مطالعه شده و از نظر سن، جنس، میزان تحصیلات، محل و تعداد ضایعات آفتی، مدت زمان بروز ضایعه، ترومای اخیر وارد به مخاط دهان، مصرف سیگار، و میزان سوزش و درد قبل از درمان در دو گروه مشابه سازی شدند. یک گروه بصورت تصادفی تحت درمان با دیفن هیدرامین و گروه دیگر تحت درمان با قطره گیاهی عصاره گل سرخ قرار گرفته و شدت درد و سوزش بیماران در روزهای دوم، چهارم و هفتم پس از شروع درمان مقایسه شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون Mann-U-Whitney تحلیل شدند.

یافته ها: شدت درد و سوزش در گروه تحت درمان با عصاره گل سرخ در روزهای دوم، چهارم، و هفتم پس از درمان، به ترتیب $1/24 \pm 6/28$ ، $1/42 \pm 4/88$ ، $1/55 \pm 3/20$ ، همچنین شدت درد و سوزش در گروه تحت درمان با دیفن هیدرامین در روزهای دوم، چهارم و هفتم پس از درمان به ترتیب $1/24 \pm 6/42$ ، $1/29 \pm 5/04$ ، $1/67 \pm 3/4$ بود که اختلاف آماری معناداری با یکدیگر نداشتند. ($P > 0/05$)

نتیجه گیری: بنظر می رسد استفاده از دو داروی عصاره گل سرخ و دیفن هیدرامین می تواند تاثیرات درمانی مشابهی بر ضایعات آفتی مخاط دهان داشته باشند، و با توجه به مزایای بیشتر عصاره گل سرخ و کم عارضه بودن آن، استفاده از این دارو جهت بهبود ضایعات آفتی مخاط دهان توصیه می گردد.

کلمات کلیدی: استوماتیت آفتی عود کننده، دیفن هیدرامین، عصاره گل سرخ

وصول مقاله: ۹۵/۱۲/۱۵ اصلاح نهایی: ۹۶/۲/۱۶ پذیرش مقاله: ۹۶/۲/۱۸

مقدمه:

سرم^(۴) و عوامل موضعی نظیر تروما و عدم بالانس هورمون ها^(۵)، سیگار^(۶)، آلرژی و غذاهای آلرژیک^(۷)، عوامل عفونی^(۸). اما اتیولوژی آفت راجعه دقیقاً مشخص نیست^(۹)، درمان قطعی برای آن وجود ندارد و درمان های کنونی همگی علامتی

عوامل عمده ای وجود دارند که به یقین با استوماتیت آنتی عود کننده (RAS) مرتبط هستند شامل عوامل ژنتیکی^(۱)، اختلالات هماتولوژیک مثل کمبود آهن و فولیک اسید و B1^(۲)، اختلالات ایمنولوژیک^(۳)، پایین بودن سطح ویتامین E در

اسکارطی ۱۴-۷ روز بهبود می یابند.^(۱۸) نوع ماژور که حدود ۱۰ درصد موارد را شامل میشود بیشتر از ۱ سانتیمتر قطر دارد و بهبود آن بیش از چند هفته به طول می انجامد و معمولا اسکار بر جای میگذارد و نوع هرپتی فرم که با ضایعات با قطر کمتر از ۱ سانتی متر و تعداد بیش از ۱۰ زخم مشخص می شود.^(۱۸) اوج شیوع فصلی آفت دهان در زمستان و بهار است.^(۱۹) در بیشتر موارد اولین حمله RAS در دهه دوم و سوم زندگی شروع شده و در بعضی از بیماران به واسطه ترومای خفیف، قاعدگی، عفونت های دستگاه تنفس فوقانی یا مصرف غذاهای خاص تسریع می گردد.^(۱۸) شیوع این ضایعات معمولاً در زنان بیشتر از مردان^(۲۰) و شایع ترین محل این ضایعات مخاط لب و گونه است.^(۱۸) RAS عمدتاً با رد سایر بیماری ها به وسیلهی معاینه توسط کلینیسین آگاه و اخذ تاریخچه کامل تشخیص داده می شود.^(۲۱) روش های درمانی رایج برای RAS مینور شامل:

رعایت دقیق بهداشت دهانی و استفاده از مواد پوشاننده نظیر کربوکسی متیل سلولز^(۲۲) - نرم کننده مخاط مانند^(۱۸) Orabase _ استفاده از مواد بی حس کننده موضعی مانند Lidocaine و Diphen hydramine و Zilactin ، Benzocaine و Amlexanox paste، همچنین آنتی بیوتیک هایی مانند Tetracycline و Doxycycline^(۲۳) و استفاده از ضدالتهاب های غیر استروئیدی مانند دیکلوفناک^(۱۸، ۲۲) و در موارد شدیدتر و مقاوم به درمانهای موضعی استفاده از ترکیبات استروئیدی موضعی با قدرت اثر متوسط تا بالا مانند Betamethasone ، Fluocinonide و Clobetasol یا^(۱۸) می باشد. داروهایی جهت کاهش تعداد زخم ها در موارد ماژور مثل colchicine ، pentoxifylline ، Dapsone و Thalidomide تا بحال استفاده شده است.^(۱۸) از درمان های جدید و کم عارضه همچنین می توان به استفاده از لیزرهای کم توان اشاره کرد که با مکانیسم گشاد سازی عروق و افزایش جریان خون به موضع بهبودی زخم را سرعت می بخشد و درد و التهاب را کم میکند.^(۲۳) با توجه به این مطلب که عصاره گل سرخ فاقد عوارض جانبی

هستند.^(۱۰) درمان موفق RAS به تشخیص صحیح، شناسایی و عوامل اتیولوژیک و حذف یا کنترل عوامل سیستمیک مشارکت کننده در بروز آن بستگی دارد.^(۱۱) اگر چه انجام بعضی ملاحظات در کنترل وسعت ضایعه آفت و کاهش درد یا طول دوره زخم ها مفید بوده ، روند درمانی در بیماران مبتلا به RAS رضایت بخش نمی باشد و با دانش امروزی هیچ روش منطقی برای پیشگیری کامل از حملات آفت وجود ندارد.^(۱۲) از داروهایی که امروزه برای درمان علامتی این عارضه تجویز می شود، داروی شیمیایی دیفن هیدرامین است که از دسته دارویی آنتی هیستامین ها می باشد.^(۱۳) این دارو تسکین بخش بوده و داروی ضد هیستامین (انتاگونست گیرنده H1 و بیحس کننده موضعی می باشد واز شروع و انتقال تکانه های عصبی جلوگیری می کند. سرگیجه، اختلال در حفظ تعادل، بی خوابی، بی قراری، دوبینی، خشکی گلو، تهوع، استفراغ و خس خس از عوارض جانبی مصرف داروست.^(۱۴) علاوه بر عوارض جانبی در برخی موارد نظیر حملات آسم و دوران شیردهی منع مصرف دارد.^(۱۴) همچنین سختی مصرف به علت غلظت بالای دارو توسط بیماران گزارش شده است.

گل سرخ یک گیاه گلدار از خانواده Rosaceae است. گل سرخ احتمالاً اولین گلی است که در ایران در قرن دهم میلادی از آن اسانس با روش تقطیر به دست آمده^(۱۵) و از دیرباز در متون طب ایرانی به عنوان نشاط افزا ، ضد افسردگی و ضد اضطراب^(۱۶، ۱۷) و در آروماتراپی به عنوان یک ضد افسردگی ملایم اما قدرتمند ، افزاینده میل جنسی در زنان و مردان و یک اسانس عالی در مراقبت از پوست مطرح بوده است.^(۱۵، ۱۷) استوماتیت آفتی عود کننده بیماری شایعی است که با حضور زخم های عود کننده محدود به مخاط دهان در بیمارانی که هیچ علامت دیگری از بیماری ندارند، دیده می شود RAS . حدود ۲۰ درصد جمعیت عمومی را مبتلا می کند. زیرگروه های کلینیکی RAS بر اساس اندازه، تعداد و زمان بهبود به سه نوع مینور، ماژور و هرپتی فرم تقسیم می شوند.^(۱۸) زخم های مینور که بیش از ۸۰ درصد موارد RAS را تشکیل می دهند، کمتر از ۱ سانتی متر قطر داشته و بدون بر جای گذاشتن

ای، استفاده از داروی موضعی برای آفت و استفاده از داروی سیستمیک توسط معاینه گر مورد پرسش قرار گرفت و در فرم اطلاعاتی ثبت شد. سپس بیماران توسط یک معاینه گر که دارای پایایی بیش از ۹۰ درصد جهت توانایی تشخیص ضایعات آفتی دهان بود به وسیله آسلانگ یا آینه دندانپزشکی یکبار مصرف در زیر نور چراغ قوه برای مشاهده بهتر مخاط دهان مورد معاینه قرار گرفتند.

مخاط داخلی لب بالا و پایین، زبان، مخاط و استیبول، مخاط موکوجینیوال، کف دهان و مخاط گونه به منظور کشف آفت مینور مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است بیماران با تشخیص آفت دهانی مینور یا مشکوک به آفت مینور که به بیمارستان رازی مراجعه نمودند، تحت معاینه فوق قرار گرفته و پس از تشخیص قطعی آفت مینور وارد مطالعه شدند.

معیار تشخیص آفت مینور حضور زخم دهانی منفرد، گرد، متقارن و کم عمق می باشد که قطر کمتر از ۱ سانتی متر داشته و طی ۷ تا ۱۴ روز بدون به جا گذاشتن اسکار بهبود می یابد.^(۱۸) پس از معاینه داخل دهانی بیمار، محل ضایعه و منفرد و متعدد بودن آن در فرم اطلاعاتی توسط معاینه گر ثبت شد. علایم مورد نظر بررسی شامل سوزش و درد ضایعه آفتی بود. تعیین شدت سوزش و درد بر اساس درجه بندی

Visual Analogue Scale (VAS) قبل، دو، چهار و هفت روز پس از تجویز دارو در هر گروه سنجیده شد. بیمار جهت چگونگی تعیین میزان سوزش و درد بر اساس معیار VAS بدین صورت که، عدد ۰ بیانگر بی دردی کامل، ۱ تا ۳ بیانگر درد خفیف، ۴ تا ۶ بیانگر درد متوسط، ۷ تا ۹ درد شدید و ۱۰ بیانگر شدیدترین درد قابل تصور می باشد، آموزش دید. در ادامه جهت اطمینان از تفهیم کامل بیمار از معیار VAS، بیمار با سوالاتی مشابه تست شد و در نهایت میزان سوزش و درد اولیه ثبت گردید. افراد به طور تصادفی در گروه های درمانی A و B قرار گرفتند و از جهت سن، جنس، میزان تحصیلات، محل ضایعه، تعداد زخم های آفتی، مدت زمان بروز ضایعه، میزان سوزش و درد اولیه، ترومای وارد به مخاط دهان به

دیفن هیدرامین بوده، خاصیت ضد دردی آن قبلا تایید شده است^(۱۵) و احتمالا میتواند بر روی درد ضایعات آفتی مخاط دهان به عنوان مهمترین دلیل مراجعه بیماران موثر باشد و همچنین با در نظر گرفتن این نکته که امکان تهیه و تولید این داروی گیاهی در ایران به سهولت و با هزینه پایین وجود دارد لذا در این تحقیق تاثیر این محلول گیاهی را بر زخم آفتی دهان با داروی دیفن هیدرامین مقایسه کردیم.

مواد و روش ها:

این تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی دوسوکور و روش جمع آوری اطلاعات از طریق مشاهده، معاینه بالینی، تکمیل فرم اطلاعاتی و در صورت لزوم آزمایشات پاراکلینیکی و تجویز دارو بود. مبتلایان به آفت دهانی مینور مراجعه کننده به بخش پوست بیمارستان رازی شهر تهران در سال ۹۴-۱۳۹۳ که مبتلا به بیماری سیستمیک خاص به ویژه اختلالات هماتولوژیک و تغذیه ای و در حال استفاده از داروی سیستمیک نبودند، همچنین از داروی موضعی برای درمان آفت استفاده نمی کردند و از نظر سن، جنس، میزان تحصیلات، محل ضایعه، تعداد زخم های آفتی، مدت زمان بروز ضایعه، میزان سوزش و درد اولیه، ترومای وارد به مخاط دهان به ویژه کارهای دندانپزشکی اخیر و مصرف سیگار در دو گروه، مشابه سازی شدند و موافقت خود را جهت شرکت در طرح با امضای رضایت نامه کتبی اعلام کردند، به عنوان جامعه مورد بررسی انتخاب شدند. بر اساس انجام مطالعه روی تعداد ۱۰ بیمار بصورت پایلوت تعداد نمونه در هر گروه ۴۹ و در مجموع ۹۸ نفر تعیین گردید که به جهت در دسترس بودن تعداد کافی بیمار با حجم نمونه ۱۰۰ نفر مطالعه انجام شد. نمونه گیری به روش Sequential تا تکمیل حجم نمونه صورت پذیرفت.

ابتدا مشخصات فردی و اجتماعی همینطور سن، جنس، میزان تحصیلات، مصرف سیگار، سابقه ترومای وارد به مخاط دهان به ویژه کارهای دندانپزشکی اخیر، مدت زمان بروز ضایعه، ابتلا به بیماری سیستمیک به خصوص اختلالات هماتولوژیک و تغذیه

اطلاعات جمع‌آوری شده طبقه بندی و از طریق آزمون Mann-U-Whitney مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها:

تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به آفت دهانی (۵۰ نفر تحت درمان با عصاره گل سرخ و ۵۰ نفر تحت درمان با دیفن هیدرامین) مورد مطالعه قرار گرفتند. خصوصیات فردی و بیماری افراد مورد بررسی بر حسب گروه درمانی در جدول ۱ ارائه شده است و نشان می‌دهد که افراد دو گروه از نظر سن، جنس، میزان تحصیلات، محل ضایعه، ترومای اخیر وارد به مخاط دهان، مصرف سیگار، سوزش و درد قبل از درمان، در دو گروه مشابه بوده و اختلاف آن‌ها از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد. ($P > 0.05$) (جدول ۱)

ویژه کارهای دندانپزشکی اخیر و مصرف سیگار مشابه سازی شدند. (جدول ۱)

در این مطالعه از دوترکیب درمانی استفاده شد: عصاره گل سرخ قطره خوراکی گل سرخ، ۰/۲ میلی گرم بر میلی لیتر، محصول شرکت داروسازی باریج اسانس ۴۰ بار در روز (بعد از وعده های غذایی و قبل از خواب) هر بار ۱۰ قطره روی یک سواب ریخته شده و به مدت یک هفته پس از خشک کردن موضع روی ضایعه آفتی مالیده می‌شد. (گروه A)

شربت دیفن هیدرامین ۱۲/۵ میلی گرم در ۵ میلی لیتر و مشتق اتانول آمین^(۱۴)، محصول شرکت داروسازی خوارزمی ۴۰ بار در روز (قبل از وعده های غذایی و قبل از خواب) هر بار ۱۰ قطره روی یک سواب ریخته شده و به مدت یک هفته پس از خشک کردن موضع روی ضایعه آفتی مالیده می‌شد. (گروه B)

سپس بیماران از لحاظ شدت سوزش و درد در روزهای دوم، چهارم و هفتم پس از اولین مراجعه از طریق معیار VAS مورد پرسش و پیگیری قرار گرفتند و پرسش نامه ی مربوط به هر بیمار از این جهت تکمیل شد.

جدول ۱- توزیع افراد مورد بررسی به تفکیک عوامل مداخله گر در دو گروه

میزان سوزش و درد قبل از درمان	محل ضایعه	مصرف سیگار	ترومای وارد به مخاط دهان به ویژه اعمال دندانپزشکی	مدت زمان بروز ضایعه	تعداد زخم های آفتی	میزان تحصیلات	جنس	سن	خصوصیات گروه درمانی
۷/۰	لب (۰/۶) ۳	ندارد	دارد	۲/۸	منفرد ۳۷ (۰/۷۴)	بی سواد	مونث	۳۰±۱۳/۸۱	عصاره گل سرخ
	زبان (۰/۲۶) ۱۳		ندارد			متعدد ۱۳ (۰/۲۶)	ابتدایی		
	وستیبول (۰/۲۰) ۱۰	۱۱ (۰/۲۲)	ندارد	۳۹ (۰/۷۴)	سیکل	(۰/۵۶)			
	مخاط موکوجینیوال (۰/۴۲) ۲۱	دارد	۴۴ (۰/۸۸)	۷ (۰/۱۴)	دیپلم	۱۸ (۰/۳۶)			
۷/۲	کف دهان (۰/۲) ۱	دارد	ندارد	۳/۳	متعدد ۱۴ (۰/۲۸)	بی سواد	مونث	۲۴/۵±۸/۳۴	دیفن هیدرامین
	مخاط باکال (۰/۴) ۲		۳۹ (۰/۷۸)			۱۳ (۰/۲۶)	دیپلم		
	لب (۰/۸) ۴	ندارد	دارد	۳۸ (۰/۷۶)	۲۵ (۰/۵۰)	ابتدایی	۲۸		
	زبان (۰/۲۲) ۱۱	۱۱ (۰/۲۲)	ندارد	۳۶ (۰/۷۲)	سیکل	(۰/۵۶)			
۷/۲	وستیبول (۰/۲۴) ۱۲	دارد	ندارد	۳/۳	۱۴ (۰/۲۸)	دیپلم	مذکر	۲۲	دیفن هیدرامین
	مخاط موکوجینیوال (۰/۲۶) ۱۳		۱۸ (۰/۳۶)			۹ (۰/۱۸)	دانشگاهی		
	کف دهان (۰/۸) ۴	دارد	۳۲ (۰/۶۴)	۴ (۰/۸)	دانشگاهی	۴ (۰/۸)			
	مخاط باکال (۰/۱۲) ۶	۳۲ (۰/۶۴)	۴ (۰/۸)	۴ (۰/۸)					

دهان سود برد. سایر مطالعات نیز نتایجی مشابه با نتایج مطالعه حاضر به دست می دهد: چنانچه در مطالعه حسین پور و همکاران، در رابطه با بررسی اثرات درمانی دهانشویه عصاره گل سرخ بر ضایعات آفتی مخاط دهان مشاهده گردید که دهانشویه عصاره گل سرخ در درمان ضایعات آفتی مخاط دهان موثرتر از محلول پلاسبو است^(۲۴). در مطالعه مشابه دیگری که توسط حاج هاشمی و همکاران صورت گرفت نیز، عصاره آبی -الکلی و اسیدهای چرب ضروری گل سرخ به منظور بررسی اثرات ضد درد و ضد التهاب آنها بررسی شدند که بر اساس نتایج این مطالعه، عصاره گل سرخ به طور معنی داری دردی را که به وسیله تزریق اسیداستیک ایجاد شده بود کاهش داد. دوزهای بالاتر عصاره گل سرخ به طور معنی داری ادم ایجاد شده به وسیله carrageenan را کاهش داد و نتیجه گرفته شد که عصاره گل سرخ می تواند به عنوان درمان جدید در بیماریهای التهابی و دردناک استفاده گردد^(۲۵). عصاره گل سرخ همچنین در مطالعه دیگری اثرات ضد میکروبی بر روی پاتوژن های اندودنتیک نشان داده است: در مطالعه شکوهی نژاد و همکاران، اثر ضد میکروبی عصاره گل سرخ ۲ درصد و کلرگزیدین ۲ درصد کمتر از هیپوکلریت سدیم ۵/۲۵ درصد بود اما تمام محلولها قادر بودند میکروارگانیزم های مورد بررسی را بعد از یک دقیقه از بین ببرند^(۲۶).

مطالعات دیگر انجام شده در مورد عصاره گل سرخ، اثرات دیگری از این عصاره را نشان داده اند. به عنوان مثال در مطالعه Hongratanaworakit و همکاران، اثر آرام بخشی عصاره گل سرخ بررسی شد که بر اساس نتایج آن عصاره گل سرخ در مقایسه با پلاسبو به طور معنی داری تعداد تنفس، مقدار اکسیژن خون و فشار خون را کاهش داد و افراد گروه کنترل در مقایسه با گروه شاهد آرامش بیشتر و تغییرات عاطفی کمتری را تجربه کردند. برای این اساس نویسندگان ادعا کردند استفاده از عصاره گل سرخ میتواند در جلوگیری از افسردگی و استرس مفید باشد^(۲۷). رخشنده و همکاران نیز به بررسی تاثیر عصاره گل سرخ در تقویت اثر داروهای پنتوباربیتال بر القای خواب

پیش از شروع درمان، شدت درد و سوزش در دو گروه از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشت. بیماران در روزهای دوم، چهارم، و هفتم از لحاظ میزان تاثیر درمانی ارزیابی شدند. بر حسب نتایج مشاهده شده، در روزهای دوم، چهارم و هفتم پس از شروع درمان نیز شدت درد و سوزش در دو گروه بیماران تحت درمان با عصاره گل سرخ و دیفن هیدرامین تفاوت آماری معناداری نداشت. ($P > 0.05$). شدت درد و سوزش بر حسب زمان پیگیری در دو گروه درمانی، در جدول ۲ ارائه شده است. (جدول ۲)

جدول ۲- شدت درد و سوزش بر حسب زمان های پیگیری آفت دهانی به تفکیک گروه درمانی

P-value*	T مقدار	دیفن هیدرامین	عصاره گل سرخ	
۰/۳۶	۰/۹۰	۱/۳۲±۷/۲۶	۱/۳۳±۷/۰۲	شدت درد پیش از درمان
۰/۵۷	۰/۵۶	۱/۲۴±۶/۴۲	۱/۲۴±۶/۲۸	شدت درد روز دوم درمان
۰/۵۵	۰/۵۸	۱/۲۹±۵/۰۴	۱/۴۲±۴/۸۸	شدت درد روز چهارم درمان
۰/۵۳	۰/۶۱	۱/۶۷±۳/۴۰	۱/۵۵±۳/۲۰	شدت درد روز هفتم درمان

*مقادیر p-value بزرگتر از ۰/۰۵ معنادار نمی باشد.

بحث:

در مطالعه حاضر، تاثیر درمانی دو داروی عصاره گل سرخ و دیفن هیدرامین بر بهبود ضایعات آفتی مخاط دهان مقایسه شد. تغییر فاکتورهای درد و سوزش به عنوان معیارهای تاثیر دو دارو مورد توجه قرار گرفت. آزمون آماری تفاوت معناداری از جهت اختلاف تاثیر دو دارو بر روی متغیرهای یاد شده نشان نداد. به عبارتی استفاده از دو داروی عصاره گل سرخ و دیفن هیدرامین اثری یکسان بر ضایعات آفتی مخاط دهان داشتند. از آنجایی که دیفن هیدرامین در کنترل علائم بر ضایعات آفتی مخاط دهان نسبتاً موثر است، می توان از عصاره گل سرخ نیز به عنوان دارویی موثر در تخفیف علائم زخم های آفتی مخاط

داروی دیفن هیدرامین بر عصاره گل سرخ ارجح بود. اما شکایت بیمار از نحوه مصرف عصاره گل سرخ کمتر بود. به این ترتیب که بیماران از نامطلوب بودن طعم دیفن هیدرامین شکایت بیشتری داشتند، درحالیکه در مصرف عصاره گل سرخ چنین ناراحتی گزارش نشد. در خصوص عوارض جانبی داروی دیفن هیدرامین در صورت جذب سیستمیک تهوع، استفراغ، خشکی گلو، خس خس گزارش شده است.^(۱۴) این در حالی است که در مصرف عصاره گل سرخ هیچ گونه عارضه جانبی گزارش نشده است. همچنین بروز حساسیت و حملات حاد آسم در بیماران از موارد منع مصرف دیفن هیدرامین می باشد، در چنین مواردی عصاره گل سرخ می تواند به عنوان جایگزینی مناسب بکار گرفته شود.

نتیجه گیری:

در نهایت بنظر می رسد با توجه به اثرات درمانی مشابه دو داروی دیفن هیدرامین و عصاره گل سرخ، در کنترل شدت درد و سوزش ضایعات آفتی دهانی، و با توجه به مزایای ذکر شده پیرامون عصاره گل سرخ، می توان از این دارو جهت بهبود علائم ضایعات آفتی مخاط دهان سود برد. هر چند که برای معرفی قطعی و مطمئن این داروی گیاهی بر ضایعات آفتی عود کننده دهانی، به تحقیقات بیشتری در این زمینه نیاز است.

پرداختند. مطالعه آن ها نشان داد عصاره آبی و الکلی گل سرخ با دوز ۵۰۰ و ۱۰۰۰ mg/kg به طور معنی داری زمان خواب پنتوباریتال را در مقایسه با دیازپام افزایش می دهد.^(۲۸) چنانچه مشاهده می شود، در مطالعات مختلف انواع تاثیرات درمانی گل سرخ بررسی شده است و این دارو به خصوص اثراتی در درمان آفت دهانی، اثرات ضد التهابی در بیماریهای التهابی و دردناک دهان، و همچنین اثرات ضد میکروبی بر روی پاتوژن های اندودنتیک نشان داده است.

از آنجا که شکایت اصلی بیماران از ضایعات آفتی مخاط دهان معطوف به ناراحتی بیمار از درد و سوزش می باشد، در این مطالعه پس از همسان سازی دقیق بیماران از جهت متغیرهای مداخله گر، شدت درد و سوزش به عنوان ملاکی از تاثیر درمانی عصاره گل سرخ بر آفت دهانی در روزهای ۲، ۴، و ۷ در نظر گرفته شد و به این منظور از معیار (VAS Visual Analog Scale) به عنوان معیار استاندارد جهت سنجش سوزش و درد استفاده شد. مشابه سازی دقیق دو گروه درمانی و توجه به فاکتورهای مداخله گر موثر بر نتایج درمانی از مزایای مطالعه ما بوده، به مجموعه این عوامل در بررسی های دیگر توجه نشده است. همانگونه که مشاهده می شود در هیچ یک از مطالعات گذشته، تاثیر عصاره گل سرخ بر عود ضایعات آفتی دهانی بررسی نشده است.

این امر از محدودیت های مطالعه ما نیز محسوب میشود. در این رابطه باید به عدم همکاری بیماران در مراجعات مکرر و افت حجم نمونه در صورت بررسی های متوالی اشاره نمود. در این تحقیق هزینه درمان با عصاره گل سرخ برای بیماران از داروی دیفن هیدرامین بیشتر بود. پس از این جهت مصرف

References:

1. Guimarães AL, Correia-Silva Jde F, Sa AR, Victória JM, Diniz MG, Costa Fde O, et al. Investigation of functional gene polymorphisms IL-1beta, IL-6, IL-10 and TNF-alpha in individuals with recurrent aphthous stomatitis. *Arch Oral Biol* 2007;52(3):268-72.
2. Compilato D, Carroccio A, Calvino F, Di Fede G, Campisi G. Haematological deficiencies in patients with recurrent aphthosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(6):667-73.
3. Borra RC, de Mesquita Barros F, de Andrade Lotufo M, Villanova FE, Andrade PM. Toll-like receptor activity in recurrent aphthous ulceration. *J Oral Pathol Med* 2009;38(3):289-98.
4. Azizi A, Shah siah S, Ketanbaf nejhaf F. Assessment of serum Vit E levels in patient with recurrent aphthous stomatitis. *J Res Dent Sci* 2011; 7(4): 51-55.
5. Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. *J Am Dent Assoc* 2003;134(2):200-7.
6. Gallo Cde B, Mimura MA, Sugaya NN. Psychological stress and recurrent aphthous stomatitis. *Clinics (Sao Paulo)* 2009;64(7):645-8.
7. Wardhana, Datau EA. Recurrent aphthous stomatitis caused by food allergy. *Acta Med Indones* 2010;42(4):236-40.
8. Marchini L, Campos MS, Silva AM, Paulino LC, Nobrega FG. Bacterial diversity in aphthous ulcers. *Oral Microbiol Immunol* 2007;22(4):225-31.
9. Mimura MA, Hirota SK, Sugaya NN, Sanchez JR JA, Migliari DA. Systemic treatment in severe cases of recurrent aphthous stomatitis: an open trial *Clinics (Sao Paulo)* 2009; 64(3):193-8.
10. Scully C, Gorsky M, Lozada-Nar F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis. : a consensus approach. *JADA* 2003;134:200-7.
11. Ress TD, Binnie WH. Recurrent aphthous stomatitis. *Dermatology clinics* 1996;14:243-259.
12. Tyldesley WR, Field EA. *Oral medicine*. 4th ed. New York :Oxford Medical ; 1995. P: 53-61.
13. G sree vijayabala, Anupama N, kalappanavar Rajeshwari G. Past and present concepts in the management of recurrent aphthous ulcers: a review . *JPHBSC*. 2013;30(30):S40-S49.
14. Borhan mojabi K, Mirmiran F, Nassiriasl M, Nazeman P, Jahani Hashemi H. Therapeutic effects of Ibuprofen , Diphenhydramine and Aluminium MgS on Recurrent aphthous stomatitis :A randomized controlled trial. *JDT* 2014;11(2):167-71.
15. Boskabady MH, Shafei MN, Saberi Z, Amini S. Pharmacological effects of Rosa Damascena. *IJBMS* 2011;14(4):295-307.
16. Arezoomandan R, Kazerani HR, Behnam Rasooli M, The Laxative and prokinetic effects of Rosa
17. Akbari M, Kazerani HR, Kamrani A, Mohri M. A preliminary study on some potential toxic effects of Rosa damascene Mill. *IJVR*. 2013;14(3):232-236.
18. Glick M. Feagans chair WM. *Burket's oral medicine:Diagnosis and treatment*. 12th ed. People,s Medical publishing House. USA. 2015:73-74.
19. Sonis ST, Robert C. *Principles and practice of oral Medicine*. 2nd ed .philadelphia: W.B Saunders co. 1995:346-349.
20. Shafer WG: *A Textbook of oral pathology*. 4th ed. philadelphia W.B Saunders co. 1983; chap 6:368-373.
21. Nevill B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral and maxillofacial Pathology*. 3th ed .Elsevier; 2009. chap9:331-336.
22. Abbasi F , Zeinodini A , Valaei N. Comparing the effects of Triamcinolone Acetonid 0/1% and Diclofenac 1% in patients with Recurrent Aphthous stomatitis. *J Res Dent Sci*. 2012;9(2) :68-72.
23. Alves Vale F, Moreira MS, Souza de Almeida FC, Muller Ramalho K. Low -level Laser therapy in the treatment of Recurrent Aphthous Ulcers: A systematic review. *ScWJ*. 2015;150412:1-7.
24. Hoseinpour H, Peel SA, Rakhshandeh H, Forouzanfar A, Taheri M, Rajabi O, Saljoghinejad M, Sohrabi K. Evaluation of rosa damascena mouthwash in the treatment of recurrent aphthous stomatitis . a randomized, double-blinded, placebo-controlled clinical trial. *Quintessence* 2011; 42: 483.
25. Hajhashemi V, Ghannadi A , Hajiloo M . Analgesic and antiinflammatory effects of Rosa damascena hydroalcoholic extract its essential oil in animal models . *IJPHR* 2010; 9(2): 163-8.
26. Shokouhinejad N . Emaneini M . Aligholi M . Jabalameli F . Antimicrobial effect of Rosa damascene extract on selected endodontic pathogens . *JCDA* 2010;38:123-126.
27. Hongratanaworakit T. Relaxing effect of rose oil on humans . *Natprod common* 2009(4);291-96.
28. Rakhshandeh H, Hosseini M. Potentiation of pentobarbital hypnosis by Rosa damascene in mice. *IJE* 2006; 44(11): 910-12.