Archive of SID

نشریه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۶، شماره ۹۳، تابستان ۱۳۹۵، صفحات ۴۱ تا ۵۵
تاریخ دریافت: ۹٤/۱۰/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۲۰

مقاله پژوهشی
(Origingal Article)

بررسی تطبیقی درماتیت آتوپیک با بیماری‌های التهابی- بثوری در طب سنتی ایران

شیرین عباسی[۱]، سید محمد شمس[۲]، محمد کمالی‌نژاد [۳*]

۱. دانشجوی دکترای طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دکترای مهندسی پزشکی، استادیار، گروه مهندسی پزشکی، دانشکده مهندسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران
۳. (*نویسنده مسئول) کارشناسی ارشد، مربی، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
پست الکترونیک: Email:mkamalinejad@sbmus.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف:

درماتیت آتوپیک یا اگزمای سرشتی، شایع‌ترین بیماری التهابی مزمن و عودکننده دوران نوزادی و کودکی است که به‌ندرت تا بزرگ‌سالی ادامه پیدا می‌کند. و به‌طور شایع، سابقه‌ای از آتوپی (به‌صورت آسم، رینیت آلرژیک یا حساسیت غذایی) همراه بیماری دیده می‌شود. این مطالعه به بررسی تطبیقی درماتیت آتوپیک با بیماری‌های التهابی- بثوری در طب سنتی ایران می‌پردازد. تطبیق این بیماری با بیماری‌های توصیف شده در طب سنتی ایران به‌عنوان یک طب کل‌نگر، می‌تواند گشایش افق‌های دیگری از شناخت و درمان را در پی داشته باشد.

یافته‌ها:

هر چند حضور فاکتورهای التهابی در ایجاد درماتیت آتوپیک اثبات شده است، اما پاتوژنز بیماری هنوز به‌طور دقیق شناخته شده نیست. ازآنجایی‌که اطلاعات دقیقی از محل ضایعات، مزمن و عودکننده بودن و سابقه شخصی یا خانوادگی در حساسیت به آلرژن‌ها در کتاب‌های طب سنتی ایران موجود نبوده است، بررسی بیماری به تظاهرات بالینی ذکر شده در منابع طب سنتی ایران محدود شده و این مطالعه بر پایه علائم اصلی بیماری (بثورات التهابی، خارش و خشکی) صورت پذیرفته است. در این پژوهش بیماری‌های التهابی- بثوری استخراج شده از منابع طب سنتی ایران از نظر علائم و اسباب ایجاد کننده آن با آنچه در طب نوین به‌عنوان تظاهرات بالینی و پاتوژنز درماتیت آتوپیک نام برده شده، مقایسه گردید.

نتیجه‌گیری:

در فاز نهایی این پژوهش، از میان این طیف گسترده از بیماری‌های التهابی- بثوری با توجه به دو عامل اسباب ایجاد کننده و علائم بیماری، بیشترین شباهت درماتیت آتوپیک با *نمله* و *جاورسیه* دیده شد.

واژه‌های کلیدی:

درماتیت آتوپیک خارش؛ التهاب؛ طب سنتی

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

درماتیت آتوپیک شایع‌ترین بیماری التهابی مزمن پوست است (۱۰٪-۳۰٪ در کودکان و ۱۰-۲٪ در بزرگسالان) که این سطح فراگیری آن را به یک مسئله بزرگ بهداشت جهانی بدل کرده است. آغاز درماتیت آتوپیک به شکل معمول در شیرخوارگی است که با دوره‌های عودکننده بثورات پوستی، خشکی و خارش مشخص می‌گردد(Kim, 2013). علائم بیماری برای ۴۵٪ بیماران ظرف ۶ ماه اول زندگی بروز می‌کند، که در بیش از ۹۰٪ آن‌ها صورت و گردن درگیر شده است. نکته قابل ذکر دیگر آن است که، ۶۰٪ نوزادان و کودکان درگیر با این بیماری تا ۱۲ سالگی بهبود می‌یابند و به‌ندرت این بیماری تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند (Illi, et al., ،Horii, et al., 2007 2004، Kamer, et al., 2013، Krakowski, et al., 2008). درماتیت آتوپیک نمونه‌ای از یک اختلال ژنتیکی پیچیده است که اغلب با دیگر اختلال‌های آتوپیک همچون آسم، رینیت آلرژیک یا حساسیت‌های غذایی همراه است. این اختلال‌های ژنتیکی به‌طور برجسته در نوزادان و کودکان کم سن (به‌طور معمول سنین ۳ تا ۷ سال) به‌صورت درماتیت آتوپیک، در کودکان بزرگ‌تر (۷ تا ۱۲ سال) به‌صورت آسم و در نوجوانان به شکل آلرژی‌های استنشاقی دیده می‌شود. این توالی وابسته به سن اختلال‌ها آتوپیک مارچ[1] نام‌گذاری شده است (Yadav and Naidu, ،Leung, 2013 ،Kelleher, et al., 2015 2015). واژه آتوپیک به معنای تمایل ژنتیکی به اختلال‌های آلرژیک است که با ائوزینوفیلی در تمام بیماران و افزایش سطح سرمی IgE در اکثر بیماران (بین ۷۰٪ تا۸۰٪) مشخص می‌شود (Van Bever, et al., 2008 ،Hanifin, 2009).

تظاهرات بیماری و محل ضایعات در سنین مختلف متفاوت‌اند. ضایعات اگزمایی می توانند در سه فاز حاد، تحت حاد و مزمن دیده شوند. در دوره نوزادی و کودکی، سر و صورت و نواحی خارجی اندام‌ها درگیر می‌شوند، که پاپولووزیکول ترشح دار التهابی و بثورات به‌شدت خارش دار تظاهرات اصلی هستند (فاز حاد درماتیت آتوپیک). با افزایش سن محل ضایعات به سطوح داخلی اندام‌ها تغییر مکان می‌دهد؛ التهاب پوست کمتر می‌شود و خشونت و پوسته‌ریزی غلبه پیدا می‌کند (فاز تحت حاد و مزمن) (Thomsen.S, 2014 ،Pugliarello, et al., 2011)

درمان اصلی بیماری با کورتیکواستروئیدهای موضعی است که بر اساس شدت ضایعات باقدرت کم، متوسط یا شدید تجویز می‌شوند. به دلیل سن کم بیماران و جذب سیستمیک دارو در این سنین (حتی در مصرف موضعی دارو)، عوارضی همانند سرکوب محور هیپوتالاموس- هیپوفیز-آدرنال و التهاب و واکنش‌های پوستی در بیماران گزارش شده است(Fisher, 1995). از طرف دیگر، خط دوم درمان که مهارکننده‌های کلسی‌نورین هستند نیز می‌توانند عوارض جدی و جبران‌ناپذیری همچون لنفوم پوستی در پی داشته باشند(Arellano, et al., 2007). بنابر آنچه گفته شد، نیاز به درمانی مؤثر و در عین حال کم‌خطرتر برای این بیماری احساس می‌شود. طب‌های مکملی چون طب سنتی ایران، با داشتن پیشینه چند صد ساله در زمینه تشخیص و درمان بیماری‌ها، می‌تواند درمان‌های مؤثر و کم‌خطری را پیش روی پزشکان و بیماران قرار دهند. برای یافتن درمان مناسب نیاز به تشخیص درست بیماری و بررسی دلایل به وجود آمدن آن داریم. در این پژوهش سعی بر این است که یک بررسی دقیق تطبیقی بین درماتیت آتوپیک و بیماری‌های التهابی- بثوری شناخته شده در منابع طب سنتی ایران انجام شود تا به این راه، بابی نو برای درمان‌های جدید این بیماری گشوده شود.

مواد و روش‌ها

برای تطبیق بیماری درماتیت آتوپیک با بیماری‌های التهابی- بثوری در کتب طب سنتی ایران، نیاز به کلیدهایی برای یافتن مسیر درست داریم. معیارهای تشخیصی، پاتولوژی و تظاهرات بالینی به‌عنوان سه راه تشخیص بیماری، می‌توانند کمک شایانی به تطبیق درست درماتیت آتوپیک با بیماری‌های توصیف شده در طب سنتی ایران کنند. هرچند، مزمن و عودکننده بودن بیماری، سابقه شخصی یا خانوادگی آتوپی و محل ضایعات در سنین مختلف از معیارهای اصلی تشخیص بیماری درماتیت آتوپیک در طب جدید هستند ولی در کتاب‌های مرجع طب سنتی ایران از آن‌ها به‌عنوان اسباب و علائم بیماری‌های پوستی نامی برده نشده است. بر این اساس در این پژوهش، تنها علائم بالینی بیماری، که نقطه اشتراک طب جدید و طب سنتی ایران هستند، مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به شیوع بیشتر بیماری در دوران شیرخوارگی و از طرفی ماهیت التهابی بیماری، بثورات خارش دار که منجر به خشکی پوست می‌شوند، به‌عنوان زیربنای اصلی تطبیق مورد بررسی قرار گرفتند.

کتاب‌های مورد بررسی بر اساس اهمیتشان و میزان مطالبی که در زمینه بیماری‌های التهابی- بثوری داشتند، در

1. Atopic March

www.SID.ir

Archive of SID

سه دسته قرار گرفتند: اصلی، فرعی و مختص اطفال (جدول ۱). ابتدا در کتب اصلی و فرعی واژه‌های مرتبط با بیماری مورد جستجو قرار گرفت. سپس بیماری‌هایی که این علائم را داشتند از نظر تعریف و شناخت بیماری و اسباب ایجاد کننده بیماری مورد بررسی قرار گرفتند. در هر قدم نقاط مشترک بین دو تعریف بیماری در طب جدید و طب سنتی ایران شناسایی شد.

جدول ۱. کتاب‌های مرجع مورد مطالعه جهت بررسی تطبیقی درماتیت آتوپیک با بیماری‌های التهابی- بثوری شناخته شده در طب سنتی ایران

کتب اصلی	کتب فرعی	کتب اطفال*
القانون فی الطب	خلاصه التجارب	احیاءالاطفال
کتاب جالینوس الی غلوقن	طب اکبری	رساله فی علاج اطفال
شرح الاسباب و الاعلامات	فصول الاعراض	تدبیر حبالی و الاطفال و الصبیان
کامل الصناعه الطبیه	اغراض الطبیه	رساله تدبیر صبیان
اکسیر اعظم	خلاصه الحکمه	
ذخیره خوارزمشاهی	هدایه المتعلمین	

*متاسفانه علی‌رغم بررسی دقیق، مطلب قابل توجهی در خصوص بیماری‌های پوستی اطفال در کتب ذیل این ستون یافت نشد.

یافته‌ها

درماتیت آتوپیک یک اختلال ژنتیکی پیچیده است که از برهم‌کنش فاکتورهای ژنتیکی و محیطی ایجاد می‌شود. دو دسته از ژن‌ها در بروز این بیماری دخالت دارند؛ ژن‌های کدکننده پروتئین اپیدرم و ژن‌های عملکرد ایمونولوژیک غیراختصاصی پوست. موتاسیون ژن فیلاگرین (FLG) که مسئول تجمع رشته‌های کراتین در حین تمایز نهایی اپیدرم است، یک فاکتور مهم برای بروز درماتیت آتوپیک به شمار می‌رود. در کنار این فاکتور، تغییر استراتوم کورنئوم (لایه شاخی اپیدرم) منجر به افزایش از دست دادن آب ترانس اپیدرمال می‌شود (Imokawa, et al., 1991، Kezic, et al., 2008، Leung, et al., 2004). ضایعات درماتیت آتوپیک حاد با اسپونژیوز یا ادم درون سلولی مشخص می‌شوند؛ سلول‌های عرضه‌کننده آنتی‌ژن مثل سلول‌های لانگرهانس نقش مهمی در بروز Th2 ایفا می‌کنند که Th2 در القا پاسخ ایمنی هومورال و آلرژیک و در نتیجه در ایجاد التهاب موضعی مؤثر است. برخلاف مکانیسم ایجاد التهاب در درماتیت آتوپیک، مکانیسم خارش هنوز به‌طور کامل شناخته نشده است. هرچند عدم پاسخ‌دهی مناسب به آنتی هیستامین ها، به معنی موثرتر بودن نوروپپتیدها پروتئازها،کینین‌ها و سیتوکاین‌هایی چون اینترلوکین ۳۱ است(Kliegman, et al., 2015 ،Beltrani, 1999).

پاتولوژی درماتیت آتوپیک مزمن نسبت به درماتیت آتوپیک حاد با تغییراتی همراه است. در درماتیت آتوپیک مزمن اپیدرم هایپرپلاستیک هایپرکراتوزه منجر به لیکنیفیکاسیون (افزایش ضخامت پوست) شده و با اسپونژیوز با درجات کم همراه می‌شود. در کنار تغییرات ایجاد شده در اپیدرم، سلول‌های لانگرهانس، ماکروفاژها و ائوزینوفیل‌ها به‌طور منتشر دیده می‌شوند، که همگی منجر به التهاب پوستی می‌گردند. این عوامل به همراه یکدیگر باعث می‌شوند تا درماتیت آتوپیک با یک پوست خشک و خارش‌دار با مناطق بثوری-التهابی پراکنده در قسمت‌های مختلف بدن شناخته شود (Beltrani, 1999، Leung, 2013، Patrizi, et al., 2011).

تظاهرات بالینی درماتیت آتوپیک بستگی به سن بیمار دارد. در هر سنی ضایعات اگزمایی می توانند در سه فاز حاد، تحت حاد و مزمن دیده شوند. اما ضایعات حاد در نوزادی و کودکی و ضایعات تحت حاد و مزمن در سنین بالاتر بیشتر دیده می‌شوند (جدول ۲). همه ضایعات در هر سنی و هر فازی خارش‌دار هستند که در حقیقت خارش شدید نشانه بارز و اصلی درماتیت آتوپیک است و اغلب در عصر و شب بدتر می‌شود. همچنین فاکتورهای محیطی مثل تعریق و پوشیدن لباس‌های پشمی خارش را شدیدتر می‌کنند و خاراندن موجب شعله‌ور شدن بیماری می شود. درماتیت آتوپیک به‌عنوان بیماری که خارش در آن بثورات ایجاد می کند شناخته می‌شود و خاراندن مکرر پوست همچنین منجر به افزایش ضخامت پوست می گردد. علاوه بر این‌ها پوسته‌پوسته شدن و سرخ شدن فراگیر پوست نیز از تظاهرات بالینی درماتیت آتوپیک محسوب می‌شوند(Kliegman, et al., 2015). همه انواع ضایعات درماتیت آتوپیک می توانند بعد از التهاب، هیپو یا هایپرپیگمانته شوند. پیتریازیس آلبا که در آن انتقال ملانوزوم از ملانوسیت به کراتینوسیت مختل شده است به‌صورت مأکول هیپوپیگمانته به‌طور مکرر در درماتیت آتوپیک کودکان و بزرگسالان دیده می‌شود که اغلب با پوسته‌ریزی همراه است و معمولاً در پوست‌های تیره و در معرض آفتاب دیده می‌شود. سایر تظاهرات بالینی که در درماتیت آتوپیک مشاهده می‌شوند عبارتند از: درگیری صورت در اغلب بیماران، شقاق یا خشکی لب‌ها به خصوص در زمستان، اگزمای گوش به‌صورت اریتم و پوسته پوسته شدن و شقاق پشت گوش و اغلب به همراه عفونت باکتریال آن و همچنین خشکی و کدری پوست. جدول ۲ یک چکیده از آنچه به‌عنوان تظاهرات بالینی درماتیت

www.SID.ir

Archive of SID

آتوپیک در منابع مختلف طب جدید در حوزه پوست و اطفال آمده است را ارائه می‌کند (Bolognia, et al., 2012)

برای تشخیص درماتیت آتوپیک، دو مجموعه استاندارد از معیارهای تشخیصی توسط پژوهشگران ارائه شده است: معیارهای تشخیصی هانیفین و راجکا و معیارهای تشخیصی انجمن انگستان. در این میان معیارهای تشخیصی هانیفین و راجکا در پژوهش‌های بیشتری مورد استفاده بوده است (جدول‌های ۳ و ۴ این دو مجموعه معیارهای تشخیصی را نشان می‌دهد) (Bos, et al., 1998). Agrawal, et al (۲۰۱۵) در کنار معیارهای تشخیصی بیماری درماتیت آتوپیک لازم به نظر می‌رسد که به تشخیص‌های افتراقی این بیماری نیز اشاره‌ای داشته باشیم. بیماری‌های متعدد پوستی در تشخیص افتراقی با درماتیت آتوپیک قرار می‌گیرند. به‌عنوان نمونه، گال که نوعی درماتیت عفونی به حساب می‌آید به همراه ویتلیگو، درماتیت سبورئیک و پسوریازیس جزء تشخیص‌های افتراقی مهم درماتیت آتوپیک محسوب می‌شوند. جدول۵ مجموعه‌ای از تشخیص‌های افتراقی را در اختیار قرار می‌دهد (Fleming, et al., 2001، Jordaan and Visser, 2011 Williams, 2005).

جدول ۲. تظاهرات بالینی درماتیت آتوپیک براساس مرحله، سن و محل درگیری

نوع ضایعات	حاد	تحت‌حاد	مزمن
سن شیوع	شیرخوارگی (قبل از ۲ سالگی)	کودکی (۲ تا ۱۲ سالگی)	بزرگسالی (بزرگ‌تر از ۱۲ سال)
محل درگیری	سر، گردن، سطوح اکستانسور، اندام‌ها و تنه	سر، گردن، مچ دستها، زانوها، پاها و سطوح فلکسور	سطوح فلکسور دست
تظاهرات بالینی	آدم پاپول و پلاگ اریتماتوس وزیکول ترشحات کراست	پاپول و پلاگ اریتماتوس خشکی پوست ترشحات کراست	پلاگ ضخیم خارش‌دار پاپول‌های کوچک مسطح افزایش ضخامت پوست پوسته‌ریزی فلس‌مانند

جدول ۳. معیارهای تشخیصی هانیفین و راجکا

ماژور	مینور
خارش فرم انتشار ضایعات پوستی و شکل تیپیک ضایعات عودکننده و مزمن‌بودن بیماری سابقه شخصی یا خانوادگی آتوپی	خشکی پوست، شروع در سن کم ایکتیوز افزایش IgE پاسخ مثبت به تست‌های پوستی درماتیت غیر اختصاصی دست یا پا افزایش خطوط کف دست و پا، خط دنی مورگان اریتم یا رنگ‌پریدگی صورت، اگزمای نیپل، عدم تحمل پشم و حلال‌های چربی، عدم تحمل غذایی تأثیر پذیری از عوامل محیطی و روحی کاتاراکت ساب کپسولر قدامی، کراتوکونوس التهاب گوشه لب، پیتریازیس آلبا، خارش موقع تعریق کونژنکتیویت عودکننده،، عفونت‌های پوستی

جدول ۴. معیارهای تشخیصی ورکینگ پارتی انگستان

پوست خارش‌دار همراه سه مورد از موارد زیر
اگزمای قابل مشاهده در فلکسورها
سابقه شخصی درماتیت
سابقه‌ای از پوست خشک در ۱۲ ماه گذشته
سابقه شخصی از آسم یا رینیت آلرژیک (یا سابقه اگزما در اول درجه اگر سن کمتر از ۴ است)
بروز اولین علایم زیر دو سال (این معیار در کودکان زیر ۴ سال نباید استفاده شود)

جدول ۵. تشخیص‌های افتراقی

۱. درماتوزهای مزمن	درماتیت سبورئیک
	درماتیت تماسی
	پسوریازیس (به ویژه درگیری دست و پا)
	اگزمای استئاتوتیک
۲. عفونت‌ها	
۳. نقص ایمنی	
۴. بدخیمی‌ها	
۵. بیماری‌های ژنتیکی و متابولیک	
۶. بیماری‌های اتوایمون	

www.SID.ir

Archive of SID

طب مدرن درماتیت آتوپیک را یک اختلال ژنتیکی پیچیده بر پایه تغییرات مولکولی- سلولی می‌داند که واکنش‌های ایمونولوژیک را در پی دارد. باوجود تفاوت در ساختار اولیه و اصلی این طب با طب سنتی ایران، به‌عنوان یک طب کل‌نگر، شباهت‌هایی چه در تشخیص و چه در درمان مشاهده می‌شود. طب سنتی ایران بر پایه اخلاط چهارگانه خون، صفرا، بلغم و سودا بنا شده است. در این مکتب بیماری‌ها از تغییرات کیفی و کمی ایجاد شده در این چهار خلط به وجود می‌آیند. طبیعت یا قوه مدبره بدن که احتمالاً می‌تواند بخشی از سیستم ایمنی توصیف شده در طب مدرن باشد، مسئولیت حفظ اعضای اصلی و به اصطلاح اعضای رئیسه را برعهده دارد. در این دیدگاه مغز، قلب و کبد به‌عنوان اعضای رئیسه و معده به‌عنوان عضویی شریف از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار هستند و حفظ آن‌ها از آفات و بیماری‌ها مهم‌ترین وظیفه قوه‌مدبره محسوب می‌شود. یکی از راه‌های محافظت، دور ساختن مواد دفعی و زائد از این اعضا است. پوست به‌عنوان یک عضو دفعی و با خلقت ضعیف، پذیرای این مواد دفعی و مزاحم است. اگر پوست از حدی ضعیف‌تر شود، یا مواد زائد از حدی بیشتر شوند، یا موادی که به پوست می‌ریزند تغییر کیفیت داده باشند، علائم پوستی به‌صورت بثورات، خارش یا خشکی نمایان می‌شود(Agili, 2005). بررسی تطبیقی در این پژوهش از همین تظاهرات بالینی ایجاد شده در پوست، آغاز شد و واژه‌های مرتبط با این کلمات در کتب مختلف بررسی شدند (جدول ۶ نمایه‌ای از واژه‌های مرتبط با تظاهرات بالینی درماتیت آتوپیک را ارائه می‌کند). در ادامه اسباب ایجاد این علائم به تفصیل مورد بررسی قرار گرفتند تا در نهایت بیماری‌های التهابی- بثوری مشابه درماتیت آتوپیک در طب سنتی ایران با دقت بیشتری مطالعه شوند.

جدول ۶. واژه‌های مرتبط با بیماری درماتیت آتوپیک در طب سنتی ایران

بثورات	التهاب	خارش	خشکی
بثور	حرقت	حکه	جفاف
اورام	سوزش		قشف
	گرمی ملمس		تقشر جلد

۳-۱- بثورات التهابی

بثورات در کتاب‌های طب سنتی ایران با اورام یکسان در نظر گرفته شده‌اند با این تفاوت که ورم کوچک را بثره و بثره بزرگ را ورم می گویند. در کتاب اکسیر اعظم از قول انطاکی در تعریف ورم و بثور گفته شده است که هر ورمی که از خلط لطیف گرم مخصوص به جلد ایجاد شده باشد، بدون اینکه در گوشت وارد شود، به سرعت ایجاد بثره می‌کند (Antaki, 2000، Arzani, 2006، Azamkhan, 2007). بر این اساس، تمام تعاریف و تقسیم‌بندی‌هایی که در مورد اورام ذکر شده، برای بثور نیز صادق است. اورام و بثور جزء بیماری‌های مرکب طبقه‌بندی می‌شوند، این به آن معنی است که سوء مزاج، سوء هیئت ترکیب و تفرق اتصال هم زمان رخ داده است. این سه معادل هستند با تغییر مزاج پوست، تغییر شکل ظاهری پوست و ایجاد فاصله بین اجزای جلد (Chaghmini, 2010). در تطابق با طب نوین در بیماری درماتیت آتوپیک، تغییر مزاج پوست را می‌توان با موتاسیون ژن فیلاگرین، تغییر شکل ظاهری پوست را با پوست معیوبی که با خاراندن آسیب دیده و تغییر شکل یافته و ایجاد فاصله بین اجزای جلد را با نفوذ میکروب‌ها و آلرژن‌های محیطی به پوست نزدیک دانست.

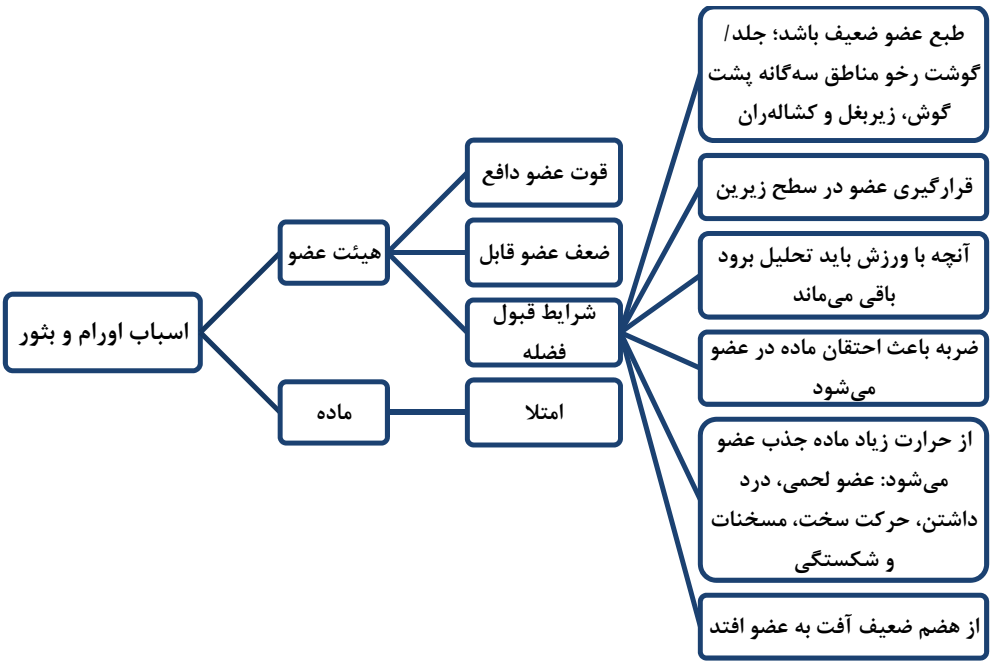
اما پرسش بنیادی آن است که بثورات پوستی چرا ایجاد می‌شوند؟. در تعریف ابتدایی ورم در کتاب *کامل الصناعه الطبّیه* آمده است "از ماده فضلیه ممده، زیادتی غیرطبیعی در عضو ایجاد می‌شود [مواد زائد یک کشیدگی و افزایش حجم غیرطبیعی در عضو ایجاد می‌کنند] که به افعال عضو ضرر می‌رساند و درد ایجاد می‌کند ... این ماده فضلیه یا در خود عضو ایجاد شده است یا از انصباب ماده به عضو به وجود آمده است"(Majosi, 2007). از آن‌جا که درماتیت آتوپیک در کودکان به‌طور شایع دیده می‌شود، به دنبال یک توضیح اختصاصی در کتب در مورد بثورات اطفال بودیم که در نهایت به مطلبی در کتاب "من لایحضره الطبیب" رسیدیم. در این کتاب عنوان شده است که بدن اطفال کوچک و متکاثف است، رطوبت بدن‌شان زیاد و عروق‌شان تنگ می‌باشد، به همین دلیل احتمال ایجاد بثورات پوستی در آن‌ها بیشتر است (Razi, 1997). در سایر کتب حتی کتاب‌هایی که به شکل ویژه به اطفال پرداخته بودند، مطلب دیگری مختص بثورات اطفال یافت نشد. بنابراین همان تعاریف و اسباب کلی که در مورد اورام و بثور در کتب مختلف ارائه شده است را در کودکان یکسان در نظر گرفتیم.

در اسباب ایجادکننده اورام و بثور، تقسیم‌بندی جامعی در کتاب القانون فی الطّب ابن سینا آورده شده است که در شکل ۱ روندنمای آن ارائه شده است. ابن‌سینا در این کتاب، به دو سبب اصلی ماده و شکل عضو اشاره می‌کند. در توضیح هیئت یا شکل عضو به قوت عضو دفع کننده مواد زائد، ضعیف بودن عضو پذیرنده فضلات و شرایطی که عضو، ماده قبول می‌کند، اشاره می‌نماید. اول شرطی که برای قبول فضله ذکر می‌شود این است که عضو بالطبع و ذاتاً ضعیف باشد. در مثال های ذکر شده علاوه بر پوست به عنوان یک عضو ضعیف به ناحیه پشت گوش

www.SID.ir

Archive of SID

اشاره می شود که در کتب طب سنتی ایران محل دریافت مواد زائد عضو رئیسه دماغ است(Avicenna, 2004). در بیان تظاهرات بالینی درماتیت آتوپیک نیز درگیری پشت گوش به‌صورت التهاب، پوسته‌ریزی و عفونت باکتریال به‌طور شایع دیده می‌شود.



شکل ۱. اسباب اورام و بثور از دید ابن‌سینا

در کتاب *کامل الصناعه الطبّیه* نیز تقسیم‌بندی مشابهی ارائه شده است که در جدول ۷ مشاهده می‌شود. در این کتاب از ضعف قوه غاذیه به‌عنوان علتی که هم باعث انصباب ماده و هم باعث ایجاد ماده اضافی در عضو می شود نام برده شده است(Majosi, 2007). در درماتیت آتوپیک نیز عدم تحمل مواد غذایی مختلف به‌طور شایع دیده می‌شود، که اولین خط درمان حذف این مواد از رژیم غذایی مادر و کودک شیرخوار است ۹۰٪ کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک دچار حساسیت به پروتئین شیر گاو، مغزها، سویا و ماهی هستند، و علاوه بر آن ارتباطی معنی داری بین اگزما و اختلالات گوارشی گزارش شده است(Walker, 2014 ،Hathaway and Warner, 1983). همچنین در کتاب *کامل الصناعه الطبّیه* ذکر شده است که بثورات کوچک از رطوبات ردیئه‌ای ایجاد می‌شوند که طبیعت بدن به خارج پوست دفع می‌کند(Majosi, 2007).

جدول ۷. اسباب اورام و بثور در کتاب کامل الصناعه الطبیه

دلایل انصباب ماده اضافی به عضو	دلایل تولد ماده اضافی در عضو
قوت عضو دافع ماده	ضعف قوه غاذیه
ضعف عضو قابل ماده	
کثرت ماده فاضل در بدن	
ضعف قوه غاذیه	
فراخ بودن مجاری	
اسفل بودن عضو قابل نسبت به دافع	

درماتیت آتوپیک به‌عنوان یک بیماری التهابی در تقسیم‌بندی اورام و بثور گرم قرار می گیرد، در نتیجه اورام و بثور سرد از توجه و بررسی این پژوهش خارج خواهند بود. اورام گرم از دو خلط گرم خون و صفرا ایجاد می شوند. طبق تعاریف ارائه شده در کتب مختلف طب سنتی ایران، گرم‌تر شدن هر کدام از دو خلط ایجاد اورام یا بثور گرم می کند. از صفرا تا زمانی که بر حال طبیعی خود باشد آماسی به وجود نمی آید، چون بسیار لطیف است. ولی اگر از حالت طبیعی خود خارج گردد و بسیار گرم شود، به ظاهر جلد آمده، از آن نمله ایجاد می‌شود. در واقع صفرا به سبب لطافتش وارد گوشت نمی‌شود و فقط در پوست ایجاد علامت می کند. همچنین هرگاه صفرا با خون مخلوط شود، خون گرم‌تر و تیزتر شده و سیلان پیدا می کند و از آن بثره یا آماس به وجود می‌آید. علاوه بر آن، گاهی ابخره غلیظ به‌خاطر انسداد مسام، زیر جلد حبس می‌شوند، اگر غلظت زیادی نداشته باشند به مواد فضلیه رقیق تبدیل می شوند و در پوست ایجاد بثور می‌کنند و اگر خیلی غلیظ باشند، به فضله‌های غلیظ خشک تبدیل می‌گردند که باعث خارش، خشونت و خشکی پوست می‌شوند(Avicenna, 2004، Azamkhan, 2007، Bahaodolle, 2001، Ghorghani, 2011).

ابن‌سینا در کتاب القانون فی الطب طبقه‌بندی کاملی از اسباب ایجاد اورام و بثور گرم و علائم آن ارائه کرده است، که در جدول ۸ این اسباب و علایم را برای مقایسه آسان‌تر در کنار

www.SID.ir

Archive of SID

یکدیگر آورده‌ایم. بر اساس این طبقه بندی خون و صفرا اسباب اصلی اورام و بثور گرم هستند. ابن سینا خون را به دو گروه اصلی خون محمود و خون ردیء و هرکدام را به دو زیر گروه غلیظ و رقیق تقسیم بندی نموده است، و در طرف دیگر برای صفرا طیفی برحسب میزان لطافت در نظر گرفته است. در این طبقه بندی از "فَلغمونی"، "شری"، "نار فارسی" و طیفی از بیماری "حُمره" برای اورام حار ناشی از خلط خون و طیف گسترده‌ای از بیماری "نَمله" و یک نوع خاص از "حمره" برای اورام حار ناشی از خلط صفرا نام برده شده است (جدول ۸) (Avicenna, 2004). منطبق بر نظر جالینوس در "کتاب جالینوس إلی غلوقن فی التأتی لشفاء الأمراض"، ابتدا تمامی اورام گرم "فلغمونی" نام‌گذاری شده است و سپس با توجه به خلط به وجود آورنده آن و یا عضو درگیر در آن، بیماری‌ها تقسیم بندی شده‌اند(Galenus, 1982). خلاصه‌ای از این تقسیم بندی در جدول ۹ آورده شده است. در توضیح تقسیم بندی اخلاط در مرجع فوق، طبقه بندی ارائه شده بسیار به طبقه بندی ابن سینا در کتاب القانون فی الطب نزدیک است، که برای جلوگیری از اطاله بحث از آوردن جدول توصیفی اورام حار بر اساس اخلاط منطبق بر نظر جالینوس صرف نظر می‌کنیم.

جدول ۸. الگوریتم تشخیصی اورام و بثور گرم از نظر ابن‌سینا

اورام حار									
خـــون				صـفـــرا					
محمود		ردیء		لطیف				غلیظ	
غلیظ	رقیق	غلیظ (خراجات ردیئه)		رقیق: فلغمونی که میل می‌کند به حمره با رادئت و خبث		نمله ساعیه: لطیف‌ترین	نمله ساعیه اکاله: (ردیئه)	نمله جاورسیه: ۱- التهاب و حرارت کمتر ۲- حبس در جلد ۳- همراه بلغم ۴- تحلیل کندتر	نمله اکاله: غلیظ‌تر و ردیءتر	حمره ردیئه: غلیظ‌ترین ورم صفراوی و نزدیک به قوام خون.
فلغمونی با درگیری گوشت و پوست و همراه با ضربان.	شری: فلغمونی با درگیری پوست به تنهایی و بدون ضربان.	نارفارسی: افزایش رادئت و حرقت نار فارسی ایجاد می‌کند (شدیدتر از حمره).	حمره: رادئت و حرقت حمره ایجاد می‌کند که احتراق و خشکریشه نیز می‌دهد.	حمره فلغمونی: اگر رقیق‌تر باشد.	حمره با نفاطات و نفاخات: اگر ردائت بیشتر باشد و احتراق و خشکریشه ایجاد کند.	نمله: از صفرای بسیار لطیف که در داخل جلد حبس نمی‌شود و حریف است، بوجود می‌آید.				

جدول ۹. نظر جالینوس در اورام گرم

از نظر اخـــــلاط		از نظر اعـــــضـــاء			
یابسه حاده مراریه	بین یابسه حاده مراریه و رطبه دمویه	رطبه سکنه دمویه	در لحم	در لحم رخو	بین جلد و لحم	در جلد
نمله	حمره	فلغمونی	فلغمونی	طاعون (جثالون یا خراج)	حمره	نمله

خارش و خشکی پوست

بعد از بررسی بثورات التهابی به‌عنوان مشخصه اصلی بیماری درماتیت آتوپیک، در این بخش به علامت استاندارد و مشخصه بارز بیماری یعنی خارش خواهیم پرداخت. واژه "حکه" در کتب طب سنتی ایران به خارش اشاره دارد. در کتاب شرح الاسباب و العلامات، سبب خارش در جلد، بخارات حِرّیف حادّ لذّاع و اخلاط حاده قلیل المقدار عنوان شده است، که در زیر جلد حبس شده‌اند. که علت آن انسداد مسام و یا ضعف دافعه پوست است. به‌طوری‌که نمی‌تواند مواد دفعی را از خود دور سازد. اگرخلطی که خارش ایجاد می‌کند رقیق و لطیف باشد، خارشِ ایجاد شده سریعاً بهبود می‌یابد. اما اگر خارش از خلطی غلیظ ایجاد شود، در زمان طولانی تحلیل می رود و دیرتر بهبود می‌یابد(Kermani, 2008). سبب دیگری که در کتاب کامل الصناعه الطبیه به‌عنوان عامل ایجاد کننده خارش و خشکی

www.SID.ir

Archive of SID

پوست ذکر شده است، ترکیب بلغم مالح با دم مراری است که طبیعت از اعضای داخلی به ظاهر جلد دفع می‌کند(Majosi, 2007).

خشکی دیگر علامت بارز درماتیت آتوپیک است که الفاظ متفاوتی در کتاب‌های طب سنتی ایران برای آن استفاده شده است. قشف، تقشر جلد و جفاف معانی نزدیک به هم دارند و همگی از خشکی بیمارگونه پوست حکایت می‌کنند. معنی لفظی قشف و تقشر جلد، خشونت و درشتی پوست و جدا شدن پوسته‌های باریک از آن است و هردو از سودای محترقه ایجاد می‌شوند. در جدول ۱۰ اسباب کلی قشف و تقشر جلد بر اساس کتاب شرح الاسباب و العلامات عنوان شده است. بر اساس این بخش بندی، قشف و تقشر جلد هر دو حاصل خلط سوداوی محترقه هستند، با این تفاوت که از آنجاییکه تقشر جلد حاصل یک خلط حریف حاد لذاع است حتماً به همراه خود خارش دارد. ولی در قشف خارش خصوصیت لاینفک نیست و تنها در صورت حدت حضور خارش قطعی است.

جدول ۱۰. اسباب ایجاد کننده قشف و تقشرجلد

قشف	تقشر جلد
خلط سوداوی که از احتراق رطوبت خلط و رمادیت حاصل از آن ایجاد شده است. چهار راه ایجاد:	سودای محترق که حریف و لذاع است و حتماً خارش هم وجود دارد
خلط خون که حدت یافته و با عفونت حریفه مخلوط شده است	
رطوبتی که متعفن شده است	
صفرای حادالکیفیت لذاع	
سودای شدیدالحرارت که به خاطر احتراق اخلاط ایجاد شده است.	

تا اینجا، ضمن توصیف و توضیح سه علامت اصلی بیماری درماتیت آتوپیک، بیماری‌های شناخته شده در طب سنتی ایرانی که دارای این علامات هستند را به تشریح بیان کردیم. در ادامه، برای تطبیق دقیق‌تر بیماری درماتیت آتوپیک با بیملری‌های تعریف شده در طب سنتی ایرانی، به بررسی درجات التهاب و خشکی در بیماری‌های بثوری پرداخته‌ایم. همانطوریکه اگزما در طب نوین بر اساس التهاب به سه گروه حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم بندی می‌شود، در طب سنتی ایران نیز بیماری‌ها را با درجات متفاوتی از التهاب تعریف کرده‌اند. مبتنی بر درجه التهاب (بسیار بالا، بالا تا متوسط و پایین) بیماری‌های شناخته شده طب سنتی ایرانی در جدول ۱۱ جمع‌بندی شده‌اند. در این جدول چکیده‌ای از اسباب و علائم (بثره، التهاب، خارش و خشکی) در بیماری‌های مرتبط با درماتیت آتوپیک ارائه کرده‌ایم، که می‌تواند در تطبیق صحیح این بیماری کمک شایانی درپی داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

آنچه در جدول ۱۲ دیده می‌شود، شمای جامع تطبیقی درماتیت آتوپیک با بیماری های التهابی- بثوری در طب سنتی ایران است. ترتیب ارائه بیماری‌ها بر اساس میزان مشابهت معیارهای ماژور درماتیت آتوپیک با تعاریفی است که در کتاب‌های مرجع این طب عنوان شده است. برای جمع‌بندی آسان‌تر این جدول، نمودار فراوانی معیارهای ماژور درماتیت آتوپیک در علائم این هشت بیماری منطبق بر تعاریف کتاب‌های مختلف در شکل ۲ نشان داده شده است. با توجه به مطالب عرضه شده در جدول ۱۲ و چکیده آن در شکل ۲ می‌توان چنین نتیجه گرفت که بیماری درماتیت آتوپیک در بین بیماری‌های التهابی-بثوری عنوان شده در طب سنتی ایرانی بیشترین مشابهت را با نمله و جاورسیه و کمترین مشابهت را با سعفه و قوبا دارد.

بثورات التهابی[1] همراه با حرقت و سوزش[2] و خارش[3] سه توصیف اصلی بیماری نمله ساده هستند که معادل تعریف درماتیت آتوپیک در طب نوین قرار می‌گیرند. البته لازم به ذکر است علائم بیماری جاورسیه در طب سنتی ایرانی نیز به این تعریف بسیار نزدیک است. چنانچه در برخی کتب جاورسیه را نوعی نمله به‌حساب می‌آورند. سومین بیماری در رتبه بندی شباهت، حصف است که طبق تعریف در اکثر کتب، بثورات خارش‌داری است که از تعریق در هوای گرم ایجاد می‌شود. هر چند به‌نظر می‌رسد چندان به تعریف اصلی درماتیت آتوپیک نزدیک نباشد، اما خارشی که با تعریق ایجاد و تشدید می‌شود در طب نوین جزء تظاهرات بالینی درماتیت آتوپیک به‌شمار می‌رود(Kliegman, et al., 2015). بنابراین می‌توان حصف را در ردیف بیماری‌های تطبیقی با درماتیت آتوپیک قرار داد.

حمره، جرب، جمره و نارفارسی، بیماری‌های شدیداً ملتهبی هستند که گرچه تظاهرات بالینی آنها با بیماری درماتیت آتوپیک متفاوت است اما می‌توان مراحل حاد بیماری درماتیت آتوپیک را در شرایط اضافه‌شدن عفونت باکتریال به این بیماری‌ها نزدیک دانست. حمره نوعی ورم صفراوی پوستی است که التهاب و حرقت بسیار زیادی به همراه دارد. جمره و نارفارسی نیز دو بیماری بسیار ملتهب هستند که مشابه یکدیگر می‌باشند. با این تفاوت که در اسباب ایجاد کننده بیماری، در

1. Erythematous Papules
2. Inflammation
3. Pruritus

www.SID.ir

Archive of SID

نارفارسی صفرا و در جمره سودا غلبه دارد. در توضیح بیماری جرب در جدول ۱۱ ذکر شد که همه انواع جرب عفونی نیستند و معادل گال در نظر گرفته نمی‌شوند. نوع سوم را نوعی نمله به شمار می‌آورند و نوع پنجم مشابه قوبا است. پس می‌توان از برخی انواع جرب به‌عنوان بیماری مشابه درماتیت آتوپیک نام برد. همچنین همان‌گونه که در تشخیص‌های افتراقی درماتیت آتوپیک ذکر شد، گال[1] به علت علائم بالینی بسیار مشابه با درماتیت آتوپیک، در هر کودک مبتلا به بثورات التهابی خارش دار باید بررسی شود (Avicenna, 2004 ،Agili, 2005، Azamkhan, 2007، Kermani, 2008).

سعفه بیماری مختص دوران کودکی است، که به‌صورت بثورات خارش دار همراه با التهاب توصیف شده است. همین موضوع باعث می‌شود در کنار سایر بیماری‌ها برای بررسی تطبیقی مورد مطالعه قرار گیرد. اما بثورات ناشی از بیماری سعفه بیشتر ماهیت التهابی-عفونی دارند، دردناک هستند و در سر ایجاد می‌شوند. این دلایل از شباهت سعفه با درماتیت آتوپیک می‌کاهد (Azamkhan, 2007، Ghorghani, 2011، Razi, 1997)

قوبا در میان بیماری‌های التهابی-بثوری مشابه درماتیت آتوپیک در انتهای طیف قرار می‌گیرد. قوبا بیش از هر علامت دیگری با خشونت جلد و خشکی شناخته می‌شود. ابن سینا قوبای متقشر را نوعی برص سیاه می‌داند که با خشونت جلدی بسیار و خارش همراه است و در آن پوست به‌صورت فلس ماهی درمی‌آید. همچنین درکتاب شرح الاسباب و العلامات و کامل الصناعه ذکر شده است که قوبا به خاطر داشتن اجزای ارضی در قعر و عمق جلد قرار می‌گیرد و پوسته‌هایی چون فلس ماهی از آن جدا می‌شود. در اسباب ایجاد کننده بیماری قوبا به خلط خون فاسد یا رطوبت فاسد شده و یا سودای محترقه اشاره شده است که بر این اساس به نظر می‌رسد ماهیت بیماری بیشتر عفونی در نظر گرفته شده است. اما به دلیل خارش و خشکی جلدی که در تعریف بیماری دیده می‌شود و همچنین ماهیت مزمن بیماری، قوبا از گردونه بیماری‌های تطبیقی با درماتیت آتوپیک خارج نمی‌شود (Avicenna, 2004، Azamkhan, 2007، Kermani, 2008).

در جمع‌بندی نهایی برای تطبیق بیماری درماتیت آتوپیک شاید بتوان گفت بیماری‌های ذکر شده در طیفی از التهاب حاد تا مزمن، مشابه آنچه در اگزما دیده می‌شود قرار می‌گیرند. هر بیماری می‌تواند معادل یکی از مراحل سه‌گانه حاد تحت حاد و مزمن اگزما باشد. از آنجا که مرحله حاد درماتیت آتوپیک بیشتر در نوزادی و کودکی اتفاق می افتد، بیماری‌هایی همچون نمله و جاورسیه به درماتیت آتوپیک در این دوران شبیه‌تر هستند. حمره، جرب، جمره و نارفارسی با درجه التهاب بسیار بالا می‌توانند معادل عفونی شدن بیماری و زخمی شدن ضایعات تلقی شوند. و در انتها شاید بتوان قوبا را معادل مراحل مزمن درماتیت آتوپیک در سنین بزرگسالی دانست.

در تمامی مراحل این پژوهش تطبیق بیماری، اسباب بیماری‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفته‌اند. شناخت بهتر اسباب ایجاد کننده بیماری‌های مشابه درماتیت آتوپیک در طب سنتی ایران، می‌تواند به پژوهشگران در ارائه راه‌حل‌های درمانی جایگزین، مؤثر و کم‌خطرتر نسبت به درمان‌های مرسوم فعلی (کورتیکواستروئیدهای موضعی، مهار کننده کلسی‌نورین و ...) یاری رساند.

1. Scabies

www.SID.ir

Archive of SID

جدول ۱۱. اسباب و علائم بیماری‌های التهابی-بثوری با توجه به درجه التهاب

		تعریف	سبب
التهاب بسیار بالا	حمره	ورم سرخ با حرقت بسیار زیاد که در پوست ظاهر می‌شود	حمره خالص: صفرای صرف حمره غیرخالص: صفرای مرکب با خون رقیق
	جمره	بثره بزرگ و کم تعداد. خیلی گرم و سوزان. با خارش شدید که خشکریشه سیاه ایجاد می‌کند.	صفرای غلیظ شدیدالحدتِ قوی الردائت مختلط شده با خون حاد
	نارفارسی	بثره پرآب با خارش و سوزش صعب که زود خشکریشه می‌شود.	صفرا مائل به غلظت و سوداویت. شبیه جمره با این تفاوت که در نارفارسی صفراویت غلبه دارد در جمره سوداویت
	جرب	بثور سرخ رنگ در دست و پا و بین انگشتان که به شدت خارش دار است و همراه سوزش می‌باشد. شش نوع جرب تعریف شده است که نوع دوم عفونی، نوع سوم شبیه نمله و نوع پنجم مشابه قوبا است.	خلط دموی حاد حریف که از مخالطت رطوبت فاسده غلیظ شده است.
التهاب بالا تا متوسط	نمله	سه قسم است: ساعیه، جاورسیه و آکله. بثورات صفراوی که اطراف خود اندکی تورم دارد و از جای خود حرکت می‌کند. بسیار خارش دار و سوزننده است و در لمس گرم می‌باشد. فقط جلد را درگیر می‌کند مگر نوع آکله که در گوشت هم فرو می‌رود.	نوع ساعیه: ماده صفراوی رقیق نوع جاورسیه: صفرای غلیظ مخلوط به بلغم نوع آکله: صفرای حاد محترق
	جاورسیه	بثور خرد که حوالی آن اندکی آماس ایجاد شده وسرخ و سوزان است. برخی آن را نوعی نمله می‌دانند.	بلغم و سودایی که به صفرا گرم شده است یا بلغم مائی قلیل الحدت که با صفرا مخلوط شده است.
	حصف	بثره بسیار کوچک سرخ و سوزنده که در تابستان با تعریق زیاد ایجاد می‌شود.	رطوبات رقیقه صفراویه که با خون مختلط شده است و به سبب انسداد مسام زیر جلد جمع می‌شود.
التهاب پایین	سعفه	بثور زخمی شونده که ابتدا بثور مستحکم خفیف پراکنده در چند نقطه در سطح بدن هستند، که بیشتر در اطفال رخ می‌دهند. دو نوع رطبه و یابس دارد. رطبه بیشتر در سر همراه با زردآب است. با خارش و سوزش و درد همراه است. گاهی در اندامها ایجاد می‌شود که شیرینه نامیده دارد و سوزش آن از سعفه بیشتر است.	خلطی حاد آمیخته از صفرا و بلغم سعفه رطبه ایجاد می‌کند. خلط سوداوی که به رطوبتی حاد آمیخته شده باشد، سعفه یابس را به وجود می‌آورد.
	قوبا	خشونتی در جلد. ابتدا بثور کوچک با خارش بسیار ایجاد می‌شود که بعد خاریدن پوسته‌های کوچکی از آن شبیه فلس ماهی جدا می‌شود. به تدریج سرایت می‌کند و پهن می‌گردد. سه نوع دموی، رطبی و سوداوی دارد. اغلب مقدمه جذام است.	نوع دموی: از فساد خون و مخالطت رطوبت فاسد ایجاد می‌شود که سرخ رنگ است. نوع رطبی: از فساد رطوبت و سخونت و عفونت ایجاد می‌شود و سفید مخلوط با سرخی یا زردی است. نوع سوداوی: از خلط سوداوی هنگام احتراق اخلاط و استحاله آنها به سودا ایجاد می‌شود و اغبر تیره است (خاکی تیره).

www.SID.ir

Archive of SID

جدول ۱۴- الف. شمای جامع تطبیقی درماتیت آتوپیک با بیماری‌های التهابی- بثوری در طب سنتی ایران

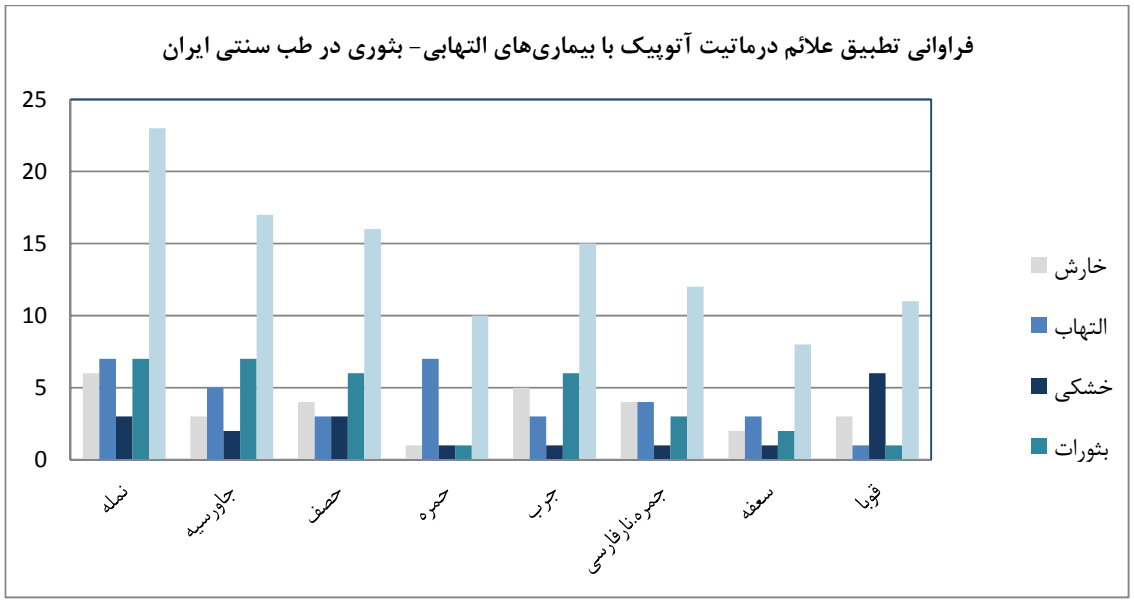
	نمله		جاورسیه		حصف		حمره	
	شباهت	تفاوت	شباهت	تفاوت	شباهت	تفاوت	شباهت	تفاوت
القانون فی الطب	بثره التهابی. خارش دار. خشکی جلد		بثورات فقط جلد سوزان خشکی جلد.		بثورات.	تعریق فصل گرم. استحمام کم.	ورم صفراوی. التهاب/ سرخی/ با فشار انگشت سرخی آن برود	
ذخیره خوارزمشاهی	بثره. خارش. سوزش.		بثره سوزان.		بثره کوچک. سوزان.	تابستان. تعریق زیاد.	ورم در جلد/ حارت و التهاب	همراه درد
کامل الصناعه	ورم صفراوی خارش. التهاب.		التهاب.		بثره کوچک. خشونت پوست. خارش. سوزش.	تابستان برخورد با هوا و آب سرد.	سرخی در جلد با التهاب فراوان.	ضربان و وجع (درد)
شرح الاسباب	بثره التهابی.		بثره با لذع شدید.		بثور کوچک. خشونت جلد. خارش.	...	حرقت و التهاب	درد و کشیدگی
طب اکبری	بثره. خارش. التهاب.		بثره کاورس مانند.		بثور. خارش. خشونت جلد.	...	در پوست. سوزان و ملتهب	همراه درد
خلاصه الحکمه و خلاصه تجارب	بثره. خارش. سوزش. خشکی		بثره. سوزش. خارش.		بثور سوزان و ملتهب.	...	آماس در پوست التهاب	
اکسیر اعظم	بثره. خارش. سوزش. خشکی		بثره. سوزش		بثور کوچک. خارش.	...	ورم سرخ و شدید الحرقت.	با تب و تشنگی

جدول ۱۴- ب. ادامه شمای جامع تطبیقی درماتیت آتوپیک با بیماری‌های التهابی- بثوری در طب سنتی ایران

	جرب		جمره/نارفارسی		سعفه		قوبا	
	شباهت	تفاوت	شباهت	تفاوت	شباهت	تفاوت	شباهت	تفاوت
القانون فی الطب	بثور		بثره خارش‌دار	اکال. منفط نارفارسی	بثور زخم شونده	اکاله	خارش. خشونت جلد	فلسی شدن. از مقدمات جذام است. برص اسود متقشر
ذخیره خوارزمشاهی			خارش. سوزش.	خورنده پوست (جمره)	درد. سوزش. خارش.	در سر	خراشیده شدن جلد	
کامل الصناعه	بثور صغار خارش	در دستان و بین انگشتان		جدری (جمره)		حزاز	خشونت جلد	قعر عضو قرار دارد پوسته فلس مانند
شرح الاسباب	بثور کوچک سرخ با خارش	بین انگشتان	حرقت جلد.	خطوط طاووسی نارفارسی	بثور خفیف پراکنده	در سر خشکریشه	خشونت جلد	در قعر جلد. پوسته فلس مانند
طب اکبری	بثور سرخ خرد با خارش شدید	. بین انگشتان و ران‌ها	التهاب. خارش.	در عمق گوشت فرو می‌رود جمره			خشونت جلد. خارش	پوسته فلس مانند. زردآب.
خلاصه الحکمه و خلاصه تجارب	بثورات خارش‌دار	بین انگشتان		پوست را گود می‌کند (جمره)	در اطفال. خارش. سوزش.	زردآب.	خشونت جلد. خارش. سوزان	
اکسیر اعظم	بثور صغار خارش. سوزش							

www.SID.ir

Archive of SID



شکل ۲. فراوانی انطباق علائم درماتیت آتوپیک با هشت بیماری بثوری ذکر شده در کتب طب سنتی ایران

References

- Agili M (2005) [Kholasat al hekmat]. edition. Qom, Esmaeilian Publication. (Persian)
- Agrawal D, Lavanya M, Sathyanarayana B, Swaroop M and Manas J (2015) Evaluation of clinical diagnostic criteria of atopic dermatitis and serum ige levels in patients with chronic eczema. International Journal of Health Sciences and Research. 6 (1) 84-9.
- Antaki D (2000) [Tazkere olol al bab]. edition. Beirut, Alaalami Publication. (Arabic)
- Arellano F, Wentworth C, Arana A, Fernández C and Paul C (2007) Risk of lymphoma following exposure to calcineurin inhibitors and topical steroids in patients with atopic dermatitis. Journal Of Investigative Dermatology. 127 (4) 808-16.
- Arzani M (2006) [Tebbe akbari]. edition. Qom, Jalaleddin Publications. (Persian)
- Avicenna H (2004) [The Cannon Of Medicine]. edition. Beirut, Alaalami Publication (Arabic)
- Azamkhan M (2007) [Exir-e azam]. edition. Tehran, Almaei Publication. (Persian)
- Bahaodolle B (2001) [Kholase al tajarob]. edition. Tehran, Iran University of Medicine Publication (Persian)
- Beltrani V (1999) The clinical spectrum of atopic dermatitis. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 104 (3) 87-98.
- Bolognia J, Jorizzo J and Schaffer J (2012) Bolognia textbook of dermatology. edition. London, Mosby Elsevier.
- Bos J, Leent E and Smitt J (1998) The millennium criteria for the diagnosis of atopic dermatitis. Experimental Dermatology. 7 (4) 132-8.
- Chaghmini M (2010) [Mofarrah al gholob]. edition. Lahor, Motabaat al Eslamiyat Publication (Persian)
- Fisher D (1995) Adverse effects of topical corticosteroid use. Western Journal Of Medicine. 162 (2) 123.

www.SID.ir

Archive of SID

- n application of the United Kingdom Working Party diagnostic criteria for atopic dermatitis in Scottish infants. Journal Of Investigative Dermatology. 117 (6) 1526-30.
- Galenus A (1982) [Galenus book ela galvagan fi ai taty le shafa al amraz]. edition. Cairo, international Egyptian Book Organization (Arabic)
- Ghorghani S (2011) [Zakhireh KHarazm SHahi]. edition. Qom, Ehya Teb Tabiyi (Persian)
- Hanifin J (2009) Evolving concepts of pathogenesis in atopic dermatitis and other eczem. Journal Of Investigative Dermatology. 129 (2) 320-2.
- Hathaway M and Warner J (1983) Compliance problems in the dietary management of eczema. Archives Of Disease In Childhood. 58 (6) 463-4.
- Horii K, Simon S, Liu D and Sharma V (2007) Atopic dermatitis in children in the United States, 1997-2004: visit trends, patient and provider characteristics, and prescribing patterns. Pediatrics. 120 (3) 527-34.
- Illi S, von Mutius E, Lau S, Nickel R, Gruber C, Niggemann B and Wahn U (2004) The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthm. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 113 (5) 925-31.
- - Imokawa G, Abe A, Jin K, Higaki Y, Kawashima M and Hidano A (1991) Decreased level of ceramides in stratum corneum of atopic dermatitis: An etiologic factor in atopic dry skin? Journal Of Investigative Dermatology. 96 (4) 523-6.
- Jordaan H and Visser W (2011) The diagnosis and management of atopic dermatitis. Professional Nursing Today. 15 (6) 16-23.
- Kamer B, Pasowska R, Dólka E, Blomberg A and Rotsztejn H (2013) Prevalence of atopic aermatitis in infants during the first ssix months of life: Authors' observations. Postep Derm Alergol. 30 (5) 277-81.
- Kelleher M, Dunn-Galvin A, Hourihane J, Murray D, Campbell L, McLean W and Irvine A (2015) Skin barrier dysfunction measured by transepidermal water loss at 2 days and 2 months predates and predicts atopic dermatitis at 1 year. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 135 (4) 930-5.
- Kermani N (2008) [Sharh al-asbab va al-alamat]. edition. Qom, Jalaleddin Publications (Arabic)
- Kezic S, Kemperman P M, Koster E S, de Jongh C M, Thio H B, Campbell L E, Irvine A D, McLean W H, Puppels G J and Caspers P J (2008) Loss-of-function mutations in the filaggrin gene lead to reduced level of natural moisturizing factor in the stratum corneum. Journal Of Investigative Dermatology. 128 (8) 2117-9.
- Kim K (2013) Overview of atopic dermatitis. Asia Pacific Allergy. 3 (2) 79.
- Kliegman B, Stanton J, Geme N and Schor R (2015) Nelson textbook of pediatrics. edition. Newyork, Elsevier Health Sciences.
- Krakowski A, Eichenfield L and Dohil M (2008) Management of atopic dermatitis in the pediatric population. Pediatrics. 122 (4) 812-24.
- Leung D (2013) New insights into atopic dermatitis: Role of skin barrier and immune dysregulation. Allergology Internationa. 62 (2) 151-61.
- Leung D, Boguniewicz M, Howell M, Nomura L and Hamid Q (2004) New insights into atopic dermatitis. The Journal of Clinical Investigation. 113 (5) 651-7.
- - Majosi A (2007) [Kamel al sanaat al tebbiyat]. edition. Qom, Jalaleddin Publication. (Arabic)

www.SID.ir

Archive of SID

- Patrizi A, Pileri A, Bellini F, Raone B, Neri I and Ricci G (2011) Atopic dermatitis and the atopic march: What is new? Journal Of Allergy. 2011 1-5.
- Pugliarello S, Cozzi A, Gisondi P and Girolomoni G (2011) Phenotypes of atopic dermatitis. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 9 (1) 12-20.
- Razi M (1997) [Man la yahzoro al tabib]. edition. Ciro, Dar rekabi Publication (Arabic)
- Thomsen.S (2014) Atopic dermatitis: Natural history, diagnosis, and treatmen. ISRN Allergy. 2014 1-7.
- Van Bever H, Samuel S and Lee B (2008) Halting the allergic march. The World Allergy Organization journal. 1 (4) 57.
- Walker M (2014) Atopy and the Gastrointestinal Tract A Review Of A Common Association In Unexplained Gastrointestinal Disease. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology. 8 (3) 289-99.
- Williams H (2005) Atopic dermatitis. The New England Journal of Medicine. 352 (22) 2314-24.
- Yadav A and Naidu R (2015) Clinical manifestation and sensitization of allergic children from malaysia. Asia Pacific Allergy. 5 (2) 78-83.

www.SID.ir

Archive of SID

Comparative investigation of atopic dermatitis with inflammatory skin rashes in traditional Iranian medicine references

Shirin Abbasi [1], SeyedMohammad Shams[2], Mohammad Kamalinejad[3*]

1. PhD Student, Faculty of Traditional Medicine, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

2. PhD in Biomedical Engineering, Biomedical Engineering Department, Faculty of Engineering, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran

3.*MSc, Lecturer, School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract:

Background and Aim:

Atopic Dermatitis (AD) or innate eczema is the most common chronic relapsing inflammatory skin diseases in infantile and childhood, which is rarely continued into adulthood. Family or personal history of atopy (e.g. asthma, allergic rhinitis or food sensitivity) is very common in children suffered from AD.

Materials and Methods:

Although the role of inflammatory processes in AD is well recognized, the exact pathogenesis of it is not fully understood. Therefore, comparison between AD and diseases described in traditional Iranian medicine (TIM) as a holistic medicine may open new horizons to the deeper comprehension and therapeutic approaches. In this study, we try to draw an analogy between AD and inflammatory skin rashes described in traditional Iranian medicine references. The lack of information of lesion's location, being chronic or recurrent and family or personal history of allergy in traditional Iranian medicine references led us to solely use the clinical manifestation. Hence, according to the major symptoms of AD, inflammatory rashes, pruritus, and xerosis are defined as the clinical manifestation of AD in this study. At the first step, we compare the symptoms and causes of inflammation skin rashes in traditional medicine and clinical manifestation with pathogenesis of AD in modern medicine. In the second step, we extract the similarities and differences between AD and inflammatory skin rashes described in TIM.

Conclusion:

The results reveal that, *Namleh* and *Javarsiyeh* have the most common symptoms to AD, among all diseases described in traditional Iranian medicine.

Key words:

Dermatitis, Atopic; Inflammation; Medicine, Traditional

www.SID.ir