

بررسی تاثیر عصاره میوه سنجد بر میزان درد مفاصل بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد مراجعه کننده به درمانگاه مرکز روماتيسم ايران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۱

۱- حسام الدين آتشي، ۲- مهدي روحاني، ۳- بهزاد مرادي، ۴- حبيب صدر

1- پژوهشگر و پزشک، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران

2- پژوهشگر و پزشک، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

3- متخصص پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

4- متخصص روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

Email1: hero4p@gmail.com

Email2: ixon36@gmail.com

Email3: drmrohano@gmail.com

Email4: hero4pmp@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: درد و محدودیت حرکت مفاصل از عوارض بیماری آرتريت روماتويد است که باعث ناتوانی و از کارافتادگی مبتلایان به این بیماری می شود. در این راستا این مطالعه با هدف بررسی میزان تاثیر عصاره میوه سنجد بر کاهش درد بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد صورت گرفت .

مواد و روش ها: در این کارآزمایی بالینی دوسوکور 96 بیمار آرتريت روماتويد که در سنين 55-36 سال قرار داشتند، انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه مورد و کنترل تقسیم شدند. پس از جمع آوری اطلاعات دموگرافیک، شدت درد آنها با مقیاس اندازه گیری آنالوگ دیداری درد اندازه گیری شد. گروه مورد، دریافت کننده سنجد و گروه کنترل دریافت کننده پلاسبو بود بصورتی که این داروها در دو بسته 30 تایی (بسته A، بسته B) قرار گرفته بود. سپس از بیماران خواسته شد تا کپسول های 500 میلی گرم را به مدت 30 روز، روزانه دو بار بعد غذا مصرف کنند و بعد از یک دوره یک ماهه مجددا ارزیابی صورت گرفت .

یافته ها: میانگین شدت درد در گروه مورد قبل و بعد از مصرف سنجد با $P > 0/05$ است و اختلاف آماری معنی داری را نشان داد. در گروه کنترل قبل و بعد از مصرف دارونما، اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد ($P = 0/99$).

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که مصرف تقریباً 500 میلی گرم عصاره تام میوه سنجد روزانه به مدت 30 روز از شدت درد بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد می کاهد.

کلمات کلیدی: آرتريت روماتويد، درد، عصاره، سنجد

1. مقدمه

بیماری استخوان و مفاصل از جمله بیماری های شایع هم در کشور های پیشرفته و هم در حال توسعه می باشند، به گونه ای که در یک اقدام بین المللی دهه 2000 تا 2010 به عنوان "دهه بیماری های استخوان و مفاصل" نام گذاری شده است (1). بیماری آرتریت روماتوئید (RA)¹ بیماری استخوان، مفاصل و یک بیماری مزمن، التهابی سیستمیک و خود ایمنی با علت ناشناخته می باشد (2 و 3). آرتریت روماتوئید اختلال التهابی و سیستمیک و مزمن است که بسیاری از بافت ها و اندام ها را تحت تاثیر قرار می دهد. این فرایند شامل یک پاسخ التهابی از کپسول اطراف مفاصل (سینوویوم) است که در ادامه به تورم (هیپرپلازی) سلول های سینوویال و مایع سینوویال منجر می شود و بافت لیفی (پالوس) در اطراف سینوویوم توسعه می یابد (4). همچنین می تواند باعث التهاب منتشر در ریه ها، غشای اطراف قلب (پریکارد)، غشای ریه ها (پرده جنب)، سفیده چشم (صلبیه) و همچنین ضایعات ندولر در بافت زیر جلدی که از همه شایع تر است شود. اگرچه علت آرتریت روماتوئید مشخص نیست، خود ایمنی نقش محوری در نظر گرفته شده است (5). این بیماری شامل سلول های غیر طبیعی B و T می باشد، با ارائه آنتی ژن توسط سلول های T از طریق HLA-DR سلول های T کمک کننده خارج می شوند و باعث تولید فاکتور روماتوئید و آنتی بادی های پپتید سیترو لینه می شوند. التهاب توسط محصولات سلول های B یا سلول های T باعث تحریک و ترشح فاکتور نکروز توموری آلفا و سایتوکین های دیگر می شود. این فرایند ممکن است با اثر سیگار تسهیل شود، اما در اپیدمیولوژی تصادفی پیشنهاد می شود که در پیدایش بیماری در افراد مستعد یک فرایند تصادفی ذاتی در پاسخ ایمنی از جمله نوترکیبی ایمونوگلوبولین یا ژن گیرنده سلول های T و جهش ایجاد می شود (6). مفاصل دست و مچ ها شایع ترین محل ابتلای مفصل در بیماری روماتوئید هستند که غالباً ابتلای مفاصل در دست ها متقارن هستند. در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع با تخریب غضروف مفصل و آسیب در بافت مجاور مفصل، ممکن است ظاهر دست ها بد شکل شود. در این مرحله بیمار قادر به انجام کارهایی که نیاز به خم شدن انگشتان باشد مانند نیشگون گرفتن نیست. با پیشرفت بیماری علاوه بر تغییر شکل در انگشتان و مچ دست، فضای مفصلی از بین رفته و حالت بی حرکتی و خشکی ایجاد می شود (7). پوست روی مفاصل بین انگشتی که دچار التهاب است در اثر فشار کفش دردناک می شود. عمده علامت این بیماری، پا درد توام با خشکی است، افت درد همچنان کم و بیش وجود دارد (8).

در این بیماری ستون مهره های پشتی و کمری مبتلا نمی شود، ولیکن مهره اول و دوم گردن که دارای غشاء سینوویوم است مبتلا می شود. در بررسی های رادیولوژیک انجام شده حدود 15% بیماران دچار درجاتی از آسیب مهره های گردن هستند. در مراحل اولیه آن ممکن است درد و خشکی گردن بعد از استراحت به وجود آید. به تدریج این آسیب باعث ایجاد ناراحتی و محدودیت در حرکت گردن در جهت های مختلف گردن شده و در موارد شدیدتر باعث ابتلا و فشار به اعصاب گردنی یا نخاع می شود، که بصورت گزگز، درد و یا ضعف در اندام فوقانی و تحتانی خود را نشان می دهد (9). بطور کلی میزان بروز این بیماری بین 25 و 55 سالگی افزایش می یابد، و پس از آن تا 75 سالگی به یک حالت ثابت می رسد و سپس کاهش می یابد (2). شیوع این بیماری در جوامع مختلف متفاوت و از 0/5 تا 2 درصد و در ایران حدود 0/5 درصد می باشد (10). مطالعات بسیاری نشان دهنده افزایش میزان مرگ و میر و عوارض بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در مقایسه با افراد سالم جامعه می باشد و خطر بروز مرگ و میر به علل عوارض قلبی عروقی با افزایش سن دو برابر می شود (11). میزان شیوع آرتریت روماتوئید در کل جامعه 1 درصد و در زنان نسبت به مردان 2 به 1 تا 4 به 1 است (12). مصرف سیگار باخطر نسبی 1/5 تا 3/5 برابر برای ابتلا به آرتریت روماتوئید همراه است (2). روماتیسم مفصلی عامل اصلی ناتوانی در سراسر جهان است و بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، این اختلال یکی از هر 100 تن را تحت تاثیر قرار می دهد (13). در سال های اخیر، به غیر از درمان های دارویی که عوارض جانبی جدی همراه دارند، درمان های جایگزین مانند ماساژ، موزیک درمانی، یوگا، هیپنوتیزم و داروهای گیاهی کاربرد زیادی داشته است (14). مطالعات اخیر نشان داد که، زیتون روسی یا همان سنجد است که در طب سنتی ایران به عنوان ضد درد و ضد التهاب معرفی

¹ Rheumatoid Arthritis

شده و در درمان بیماری آرتريت روماتوئيد استفاده مي شود (15) اما مطالعات بسيار کمی جهت اثبات اين موضوع صورت گرفته است.

خواص درمانی سنجد

بطور مشابه در طب سنتي از میوه و گل سنجد به عنوان یک داروی مقوی و ضد تب استفاده مي شود. سنجد درختچه یا درختي از خانواده الجینس² از جنس الجینوس³ با نام علمي آنگاستیفولیا الجینوس⁴ مي باشد، که بومي نواحی شمال آسیا و اروپا است. همچنین از آن برای درمان بیماریهای ادراری، اختلالات معده، اسهال حالت تهوع، استفراغ، یرقان، آسم و نفخ استفاده مي شود (16). میوه سنجد دارای 3 قسمت برون بر (پوست قهوه ای رنگ)، میان بر (آردی شکل) و درون بر (هسته چوبی و سفت آن) است. در قسمت میان بر 2 نوع قند گلوکز و فروکتوز، 7 نوع چربی اشباع شده و اشباع نشده وجود دارد. در قسمت درون بر سنجد 17 نوع اسید امینه و مقداری پروتئین وجود دارد که هر یک از این آمینواسید ها خواص دارویی بسیار مفیدی دارند.

درد و محدودیت حرکت مفاصل از عوارض بیماری آرتريت روماتوئيد است که باعث ناتوانی و از کار افتادگی مبتلایان به این بیماری می شود. مطالعات پیشین خواص ضد التهابی سنجد را بر کاهش درد و عملکرد غضروف های آسیب دیده نمایان ساخته است. با توجه به اهمیت موضوع و عدم دسترسی به مطالعات مشابه بر آن شدید تا تاثیر عصاره خوراکی میوه سنجد را بر کاهش درد در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش ها

در این مطالعه کارآزمایی بالینی دو سو کور که در درمانگاه روماتولوژی مرکز روماتیسم ایران در تهران و در سال 1395-1394 انجام شد و جامعه پژوهش بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد مراجعه کننده به درمانگاه های روماتولوژی مرکز روماتیسم ایران هستند که در این مراکز پرونده دارند که در این بین تعداد 96 نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های روماتولوژی مرکز روماتیسم ایران که دارای شرایط ورود به مطالعه را داشته باشند، انتخاب شدند. روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت تصادفی در دسترس است که نمونه ها در دو گروه مورد و کنترل انتخاب شدند و جهت تعیین حجم نمونه از فرمول

در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته است که جهت تعیین اعتبار علمی آن مراحل تعیین روایی و پایایی آن قبل از شروع کار انجام شده بود.

$$n = \frac{(S_1^2 + S_2^2)(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

به منظور جمع آوری داده ها، بیماران واجد شرایط مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی

مرکز روماتیسم ایران که حاضر به شرکت در مطالعه شدند به طور تصادفی و دو سو کور به صورت یک در میان توسط منشی طرح به دو گروه دریافت کننده سنجد و پلاسبو تقسیم شدند. بصورتی که این داروها در دو بسته 30 تایی (بسته A، بسته B) قرار گرفته بود و به طور یک در میان از بسته های A و B به بیماران داده می شد. هر بیمار قبل از ورود به مطالعه از نحوه انجام مطالعه آگاه و پس از امضای موافقت نامه وارد مطالعه شد. در ابتدای ورود به پژوهش پرسشنامه ای دموگرافیک و مقیاس سنجش دیداری درد به افراد مبتلا به بیماری آرتريت روماتوئيد داده شد و از آن ها درخواست شد تا آن را بر اساس میزان درد خود در طی 2 هفته ی گذشته تکمیل نمایند. سپس از افراد مورد مطالعه خواسته شد که به مدت 30 روز هر 12 ساعت یکبار بعد از غذا، کپسول 500 میلی گرمی از داروها را مصرف نمایند و 30 روز بعد از شروع درمان

² Elaeagnaceae

³ Elaeagnus

⁴ Elaeagnus angustifolia

جهت پیگیری و بررسی درد بعد از مصرف داروها با بیماران توسط مددجویان مشاوره تلفنی انجام شد تا مجدداً میزان درد افراد از طریق مقیاس خطی دیداری سنجیده شود و با پاسخ قبل از مصرف داروها مقایسه گردد.

ضمناً این مطالعه، در سامانه مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به شماره IRCT20180421039375N1 ثبت شده است.

معیار های ورود به مطالعه:

1. حداقل از 6 ماه قبل دارای تشخیص ابتلا به ارتريت روماتويد توسط پزشک می باشند.
2. دارای پرونده پزشکی در درمانگاه مرکز روماتیسم ایران می باشند.
3. افراد در محدوده سنی 25 تا 65 سال
4. درنواحی دردناک و مفاصل، جراحی، زخم باز و شکستگی نداشتند.
5. جهت شرکت در پژوهش رضایت داشته باشند.
6. عدم استفاده از سایر روش های درمانی نظیر آب درمانی، گرمادرمانی، طب سوزنی

معیار های خروج از مطالعه:

1. عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش. بیمارانی که همکاری خوبی نداشتند و داروها را درست مصرف نکرده بودند یا پیگیری منظمی نداشتند.
2. به دلیل درد زیاد درخواست مسکن دارویی و یا تزریق داخل مفصلی کردند.

اطلاعات جمع آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه 16 و آمار توصیفی و تحلیلی که نوع آزمونهای مورد استفاده کای دو و من ویتنی می باشد؛ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

بررسی نتایج تحقیق نشان می دهد بیشترین درصد افراد در گروه مورد (45/8%) و در گروه شاهد (43/8%) طول مدت ابتلای 1-5 ساله داشته اند که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر مدت ابتلا به بیماری مشاهده نشد ($P=0/94$). جدول 1 فراوانی بیماران ارتريت روماتويد بر حسب مدت ابتلا به بیماری را نشان می دهد. بیشترین درصد بیماران گروه مورد (41/7%) در گروه سنی 36-45 سال و در گروه شاهد (51/2%) نیز در همین گروه سنی قرار دارد. بیشترین جنس واحد های پژوهش در گروه مورد زنان (72/9%) و در گروه شاهد (64/6%) مربوط به زنان می باشد. در گروه مورد بیشترین درصد بیماران (70/8%) و در گروه شاهد (66/7%) متاهل بوده و با تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر تاهل مشاهده نشد ($P=0/97$) در حالی که در گروه مورد 41/7% و در گروه شاهد 43/8% دارای تحصیلات دانشگاهی می باشند که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر میزان تحصیلات مشاهده نشد ($P=0/98$). بیشترین درصد افراد گروه مورد (52/1%) و در گروه شاهد (52/1%) خانه دار می باشند که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر وضعیت شغلی مشاهده نشد ($P=0/58$) (جدول 2). بیشترین درصد شروع بیماری در گروه مورد (50/6%) بصورت تدریجی و گروه شاهد (56/2%) ناگهانی می باشد که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر چگونگی شروع بیماری مشاهده نشد ($P=0/1$) (جدول 3). بیشترین درصد خشکی صبحگاهی در گروه مورد 41/7% و در گروه شاهد 39/6% به مدت 1-2 ساعت می باشد که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر مدت زمان خشکی صبحگاهی مشاهده نشد ($P=0/93$) (جدول 4). بیشترین درصد نوع مفصل درگیر شده در گروه مورد 45/8% و شاهد 50% و درگیری در هر دو مفصل کوچک و بزرگ بوده است که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر بیشترین درگیری مفصل مشاهده نشد ($P=0/72$) (جدول 5). بیشترین تعداد مفاصل درگیر در گروه مورد (35/4%) و در گروه شاهد (41/7%) مربوط به تعداد بیش از ده مفصل کوچک و بزرگ می باشد که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر تعداد مفاصل درگیر مشاهده نشد ($P=0/89$) (جدول 6). بیشترین درصد در گروه مورد قبل از مصرف (39/5%) مربوط به درد زیاد با نمره 6-7 و در گروه شاهد 41/6% هم مربوط به درد زیاد با نمره 6-7 می باشد. کمترین درصد درد گروه مورد و شاهد قبل از مصرف (0%) مربوط

به درد بی درد با نمره 0-1 بوده است، که با توجه به سطح معنی داری تفاوت قابل توجهی قبل از درمان بین دو گروه بیماران وجود ندارد. بیشترین درصد در گروه مورد بعد از مصرف سنجد مربوط به نمره 2-3 با کمی درد (4/60%) و در گروه شاهد بعد مصرف پلاسبو با درد زیاد با نمره 6-7 (6/41%) می باشد که با توجه به اینکه سطح معنی داری کمتر از 0/05 است اختلاف معنی داری بین بیمارانی که در دو گروه شاهد و مورد قرار گرفته اند مشاهده می شود. جدول 7 توزیع فراوانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بر حسب سابقه ابتلا در خانواده به تفکیک دو گروه مورد و شاهد را نشان میدهد. در جدول 8 و 9 نیز توزیع فراوانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بر حسب شدت درد قبل و بعد از مصرف سنجد و پلاسبو به تفکیک در دو گروه مورد و شاهد را نشان میدهد. جدول 10 نیز میانگین بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بر حسب شدت درد و مقایسه دو گروه قبل و بعد مصرف سنجد و پلاسبو به تفکیک در دو گروه مورد و شاهد را نشان میدهد.

طبق اطلاعات فوق میزان درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بعد مصرف سنجد نسبت به قبل، بطور قابل توجهی در گروه مورد کاهش یافته است. در حالی که در گروه شاهد میزان درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بعد مصرف پلاسبو تغییری نکرده است.

1- بحث و نتیجه گیری

بررسی نتایج تحقیق نشان می دهد بیشترین درصد افراد در گروه مورد (8/45%) و در گروه شاهد (8/43%) طول مدت ابتلای 5-1 ساله داشته اند که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر مدت ابتلا به بیماری مشاهده نشد ($P=0/94$).

محمزاده (1384) در پژوهش خود بیشترین درصد مدت ابتلا به بیماری را در گروه زیر 10 سال می داند (17). پناهی و همکاران در سال 2016 مطالعه ای کارآزمایی بالینی مداخله ای تصادفی دو سو کور با عنوان بررسی تاثیر عصاره سنجد در بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو انجام داده اند. نتایج این پژوهش حاضر حاکی از اثرات مفید عصاره سنجد آبی است که باعث کاهش معنادار علائم استئوآرتریت در مقایسه با ایبوپروفن می باشد (18). نیک نیاز و همکاران در سال 2014 مطالعه ای کارآزمایی بالینی در تبریز با عنوان تاثیر پودر میوه و هسته سنجد بر زنان مبتلا به استئوآرتریت زانو انجام دادند. بعد از 8 هفته مصرف پودر هسته سنجد، اثرات مثبتی در بهبود درد و سفتی و عملکرد فیزیکی در زنان با استئوآرتریت نشان داد (19). پناهی و همکاران در سال 1386 مطالعه ای کارآزمایی بالینی مداخله ای تصادفی دوسوکور با عنوان بررسی تاثیر عصاره سنجد در بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو انجام دادند. این مطالعه نشان داد که عصاره سنجد به عنوان یک درمان جدید گیاهی در درمان بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو کارایی بهتری از استامینوفن و پلاسبو دارد (18). واعظی و همکاران در سال 1390 مطالعه ای تجربی با عنوان بررسی تاثیر مقادیر مختلف عصاره آبی سنجد با و بدون مرفین بر میزان ضد دردی در موش سوری انجام دادند. میزان درد در گروه های مورد آزمایش مورد قضاوت آماری قرار گرفت. به نظر می رسد که استفاده از عصاره میوه سنجد می تواند به همراه مرفین سبب افزایش اثرات ضد دردی آن گردد (20). صوفی آبادی و همکاران به بررسی اثر تسکین درد گیاه سنجد در 35 سر موش صحرایی نر پرداختند. آنها نتیجه گرفتند اثر ضد دردی گیاه به دو طریق مرکزی و محیطی اعمال می گردد. برگ سنجد حاوی مواد موثره تریپنویید و فلاونویید است و بخشی از اثر ضد دردی این گیاه ناشی از اثر ضد التهابی مواد فوق الذکر می باشد (21).

بیشترین درصد بیماران گروه مورد (7/41%) در گروه سنی 45-36 سال و در گروه شاهد (2/51%) نیز در همین گروه سنی قرار دارد. هاریسون در سال 2012 و مالاهاز و همکاران نیز در سال 2012 زمان شروع مکرر آرتریت روماتوئید

را بین سنین 50-40 سالگی بیان کردند (2و5). سوچی یاما و همکاران در سال 2010 شروع در سن زیر 15 سالگی را غیر معمول دانستند و از آن به بعد بروز آرتريت روماتوئید با بالا رفتن سن تا 80 سالگی افزایش می یابد (22). الامانوس و همکاران در سال 2006 در پژوهش خود بیان کردند در ارتباط خطر توسعه این بیماری به نظر می رسد برای زنان بین 40-50 سال سن، و برای مردان تا حدودی بالاتر می باشد که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر سن مشاهده نشد (23) ($p=0/63$).

بیشترین جنس واحد های پژوهش در گروه مورد زنان (9/72%) و در گروه شاهد (6/64%) مربوط به زنان می باشد. سوچی یاما و همکاران در پژوهش خود در سال 2010 می نویسد زنان سه تا پنج بار بیشتر از مردان تحت تاثیر قرار می گیرند (22). اسملترز و همکاران در سال 2010 یافتند که حدود 1% از جمعیت جهان را آرتريت روماتوئید تشکیل می دهد و مبتلایان در زنان را سه برابر بیشتر از مردان می داند و شیوع آن را در زنان نسبت به مردان 2 به 1 تا 4 به 1 عنوان می کند. در این پژوهش تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر جنسیت مشاهده نشد ($P=0/37$) (12).

در گروه مورد بیشترین در صد بیماران (8/70%) و در گروه شاهد (7/66%) متاهل بوده و با تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر تاهل مشاهده نشد ($P=0/97$). در حالی که در گروه مورد 7/41% و در گروه شاهد 8/43% دارای تحصیلات دانشگاهی می باشند که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر میزان تحصیلات مشاهده نشد ($P=0/98$). بر اساس پژوهشی که توسط محمدزاده و همکاران در سال 1384 انجام شد و بررسی حرکت درمانی را بر درد و دامنه حرکتی بیماران آرتريت روماتوئید سنجیده بود نیز از نظر تحصیلات تفاوت آماری مشاهده نکرد (17).

بیشترین درصد افراد گروه مورد (1/52%) و در گروه شاهد (1/52%) خانه دار می باشند که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر وضعیت شغلی مشاهده نشد ($P=0/58$). استملرز و همکاران معتقدند در نتیجه تغییرات ناشی از بیماری ناتوان کننده آرتريت روماتوئید ایفای نقش این مبتلایان در خارج از منزل و در خانه به سبب مشکلات جسمی و روانی می تواند به خطر افتاده و این به نوبه خود خانواده فرد را نیز تحت تاثیر قرار می دهد (12). ترکلس و همکاران (2010) بیان می کند که سینیویت می تواند بافت ها با حرکت کمتر را درگیر کند و با فرسایش سطح مفصل به از دست دادن عملکرد منجر شود (25).

بیشترین درصد شروع بیماری در گروه مورد (6/50%) بصورت تدریجی و گروه شاهد (2/56%) ناگهانی می باشد که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر چگونگی شروع بیماری مشاهده نشد ($P=0/1$). هاریسون (2012) می نویسد: شروع بیماری آرتريت روماتوئید با بصورت حاد است یا تدریجی (2).

بیشترین درصد خشکی صبحگاهی در گروه مورد 7/41% و در گروه شاهد 6/39% به مدت 2-1 ساعت می باشد که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر مدت زمان خشکی صبحگاهی مشاهده نشد ($P=0/93$). هاریسون (2012) معتقد است که بیماران اغلب از خشکی مفاصل در آغاز صبح شکایت دارند که بیش از 1 ساعت طول می کشد و با فعالیت بدنی بهبود می یابد (2).

بیشترین تعداد مفاصل درگیر در گروه مورد (4/35%) و در گروه شاهد (7/41%) مربوط به تعداد بیش از ده مفصل کوچک و بزرگ می باشد که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر تعداد مفاصل درگیر مشاهده نشد ($P=0/89$). ماجیتیا (2007) درباره تعداد مفاصل درگیر می نویسد: معمولاً با گذشت زمان آرتريت روماتوئید بر روی چند مفصل (پلی آرتريت) تاثیر می گذارد (26). همچنین هاریسون در این باره می نویسد: الگوی آغازین درگیری مفصل می تواند تک مفصلی، کم مفصلی (2 مفصل)، و یا چند مفصلی (بیش از 5 مفصل) و معمولاً با توزیعی متقارن باشد (2). بیشترین درصد نوع مفصل درگیر شده در گروه مورد 8/45% و شاهد 50% و درگیری در هر دو مفصل کوچک و بزرگ بوده است که تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر بیشترین درگیری مفصل مشاهده نشد ($P=0/72$).

نتایج این پژوهش نشان داد که عصاره میوه سنجد موجب کاهش درد در افراد مورد پژوهش گردیده است. با توجه به جایگاه سنجد در غذاهای ایرانی و تاثیر شگرف این گیاه دارویی بر درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئیدی به دلیل خواص ضد دردی و ضد التهابی، بجاست آموزش درباره خواص دارویی آن پررنگ تر گردد. اطلاع رسانی در مورد سنجد و اثر درمانی آن بر درد های التهابی می تواند توسط رسانه های گروهی، مراکز درمانی و بیمارستان ها صورت گیرد. مدیریت آرتریت روماتوئید با کنترل علائم درد و عدم تحرک از طریق استفاده از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و مسکن می باشد. اغلب این دارو ها به دلیل اثرات جانبی و استفاده طولانی مدت و یا ترجیح شخصی توسط مردم رد می شود. متخصصین روماتولوژیست در مدیریت درمان ترکیبی از ضد درد های معمولی همراه با استراتژی های غیر دارویی، از قبیل تغییر رژیم غذایی، ورزش و استفاده از درمان های طبیعی را پیشنهاد کرده اند. تحقیقات نشان می دهد که افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید پاسخ مثبت به درمان حرارتی و درمان های آرام بخش می دهد. عصاره سنجد درمان ترکیبی از گرما و آرامش را ایجاد می کند و علاوه بر این اثرات ضد التهابی هم دارد.

تشکر و قدردانی

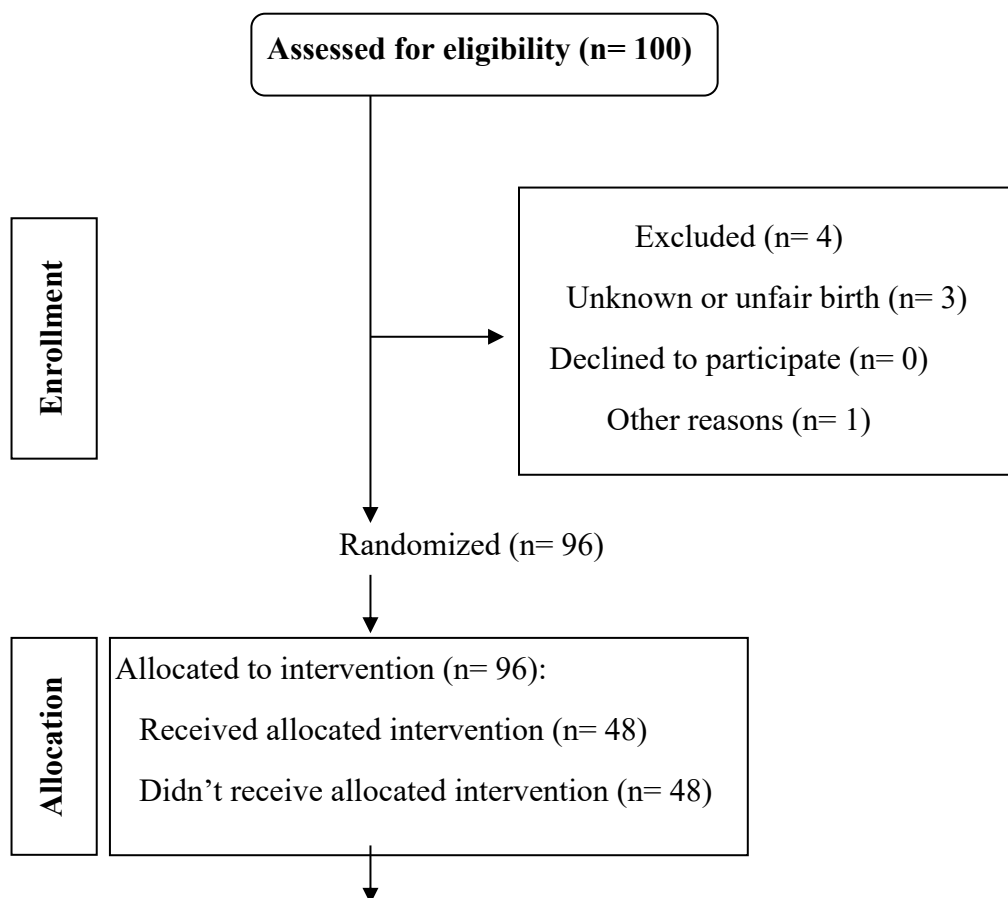
مولفین خود را ملزم می دانند تا از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران که بخشی از حمایت مالی انجام تحقیق را بر عهده داشتند؛ دانشکده پرستاری و مامایی و تمامی اساتید و همکارانی که ما را در انجام مطالعه و نگارش مقاله یاری دادند، تشکر و قدردانی نمایند.

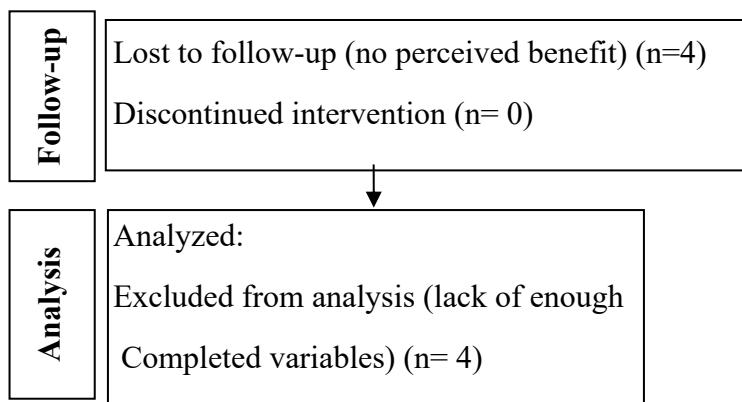
منابع

1. Keshtkaran, Z, Ghodsbin, F, Solouki, S, Razeghi M, Zare N. he Impact of Self Care Education on Quality of Life of Those Clients Suffering from Osteoarthritis in Rehabilitation Centers of Shiraz University of Medical Science (Iran). J Babol University Med Sci. 2010;12(1):65-70.
2. Malani PN. Harrison's principles of internal medicine. JAMA. 2012;308(17):1813-4.
3. Mota LMHd, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol Engl Ed. 2011;51(3):207-19.
4. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis & Rheumatol. 2010;62(9):2569-81.
5. Malahias M, Gardner H, Hindocha S, Juma A, Khan W. Suppl 1: The Future of Rheumatoid Arthritis and Hand Surgery-Combining Evolutionary Pharmacology and Surgical Technique. Open Orthop J. 2012;6:88.
6. Fattahi MJ, Mirshafiey A. Prostaglandins and rheumatoid arthritis. Arthritis. 2012;2012.
7. Isgren A, Forslind K, Erlandsson M, Axelsson C, Andersson S, Lund A, et al., editors. High survivin levels predict poor clinical response to infliximab treatment in patients with rheumatoid arthritis. Seminars in arthritis and rheumatism; 2012: Elsevier.
8. Tanaka E, Urata Y. Risk of hepatitis B reactivation in patients treated with tumor necrosis factor- α inhibitors. Hepatology Res. 2012;42(4):333-9.

9. Tony H-P, Burmester G, Schulze-Koops H, Grunke M, Henes J, Kötter I, et al. Safety and clinical outcomes of rituximab therapy in patients with different autoimmune diseases: experience from a national registry (GRAID). *Arthritis Res & Ther.* 2011;13(3):R75.
10. Alishiri GH. [Rheumatoid Arthritis and Patients]. Tehran: Rasanetakhassosi Publications; 2013. P. 18-21. (Persian)
11. Liang KP, Myasoedova E, Crowson CS, Davis JM, Roger VL, Karon BL, et al. Increased prevalence of diastolic dysfunction in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(9):1665-70.
12. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K, Townsend MC, Gould B. Brunner and Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing 10th edition: Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2008.
13. Beheshti A. [Translation of sisil (rheumatology diseases)]. Thomas Andreoli. Tehran: Arjmand Publications; 2016. P. 118-121. (Persian)
14. Jenabi E, Hajiloo Mohajeran M, Torkamani M. The effect of reflexology on relieving the labor pain. *Iranian J Obstet, Gynecol and Infertil.* 2012;14(8):34-8.
15. Jiang F, Xie J, Dan J, Liu J, Wang H. Selection of optimal ultrasonic extraction process of *Elaeagnus angustifolia* L. by uniform design. *Zhong yao cai= Zhongyao Cai= Zhong Yao Cai.* 2001;24(12):891-2.
16. Gürbüz I, Üstün O, Yesilada E, Sezik E, Kutsal O. Anti-ulcerogenic activity of some plants used as folk remedy in Turkey. *J Ethnopharmacol.* 2003;88(1):93-7.
17. Mohammadzadeh S. Effects of exercise in water (hydrotherapy) on pain relief and extended range of motion in rheumatoid arthritis patients. *Med Sci J Islamic Azad Uni-Tehran Med Bra.* 2007;17(3):147-52.
18. Panahi Y, Alishiri GH, Bayat N, Hosseini SM, Sahebkar A. Efficacy of *Elaeagnus Angustifolia* extract in the treatment of knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *EXCLI journal.* 2016;15:203.
19. Nikniaz Z, Ostadrahimi A, Mahdavi R, asghar Ebrahimi A, Nikniaz L. Effects of *Elaeagnus angustifolia* L. supplementation on serum levels of inflammatory cytokines and matrix metalloproteinases in females with knee osteoarthritis. *Complement Ther Med.* 2014;22(5):864-9.
20. Vaez G, Tavasoli Z, Ranjbar-Bahadori S. Study on the different dosages of *Elaeagnus angustifolia* aqueous extract with and without morphine on the antinociceptive rate in mice. *Res in Med.* 2011;35(1):27-33.
21. SOUFIABADI M, ESMAEILI MH, HAGH DYH, GHEYBI N. The effect of *Elaeagnus angustifolia* L. leaves extract on pain of male rats. *Yakhteh.* 2008;10:23-29.
22. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, Tsuji G, Nakazawa T, Morinobu A, et al. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(01):70-81.

23. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA, editors. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. *Seminars in arthritis and rheumatism*; 2006: Elsevier.
25. Therkluson T. Ginger compress therapy for adults with osteoarthritis. *J Adv Nurs*. 2010;66(10):2225-33.
26. Majithia V, Geraci SA. Rheumatoid arthritis: diagnosis and management. *Am J Med*. 2007;120(11):936-9.





CONSORT Flow Diagram

جدول 1. توزیع فراوانی بیماران آرتريت روماتوئيد بر حسب مدت ابتلا به بيماری به تفکیک دو گروه مورد و شاهد در سال 94-95

نتیجه آزمون	مورد	شاهد	زمان بيماری
P = 0/94 Df = 4	11	10	زیر یکسال
	%22/9	%20/8	درصد
	22	21	1-5 سال
	%45/8	%43/8	درصد
	9	11	10-6 سال
	%18/8	%22/9	درصد
	4	5	11-20 سال
	%8/3	%10/4	درصد
	2	1	بالای 21 سال
%4/2	%2/1	درصد	

جدول 2. توزیع فراوانی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد بر حسب سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت شغل به تفکیک در دو گروه مورد و شاهد در سال 1394-1395

نتیجه آزمون	مورد	شاهد	محدوده	توزیع فراوانی بر حسب	نتیجه آزمون	مورد	شاهد	محدوده	توزیع فراوانی بر حسب
P = 0/58 Df = 4	6	8	کارمند	شغل	P = 0/63 Df = 3	5	6	25-35	سن
	12/5	16/7	درصد			10/4	12/5	درصد	
	25	25	خانه دار			20	25	36-45	

	%35/4	%35/4	درصد
	20	19	زیر 2 ساعت
	%41/7	%39/6	درصد

جدول 5. توزیع فراوانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بر حسب نوع مفاصل درگیر به تفکیک در دو گروه مورد و شاهد در سال 1394-1395

نتیجه آزمون	مورد	شاهد	نوع مفصل
P = 0/72 Df = 2	16	17	مفصل کوچک
	%33/3	%35/4	درصد
	10	7	مفصل بزرگ
	%20/8	%14/6	درصد
	22	24	هر دو مفصل
	%45/8	%50	درصد

جدول 6. توزیع فراوانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بر حسب تعداد مفاصل درگیر به تفکیک در دو گروه مورد و شاهد در سال 1394-1395

نتیجه آزمون	مورد	شاهد	تعداد مفصل درگیر
P = 0/89 Df = 4	5	6	یک مفصل بزرگ
	%10/4	%12/5	درصد
	8	5	2 تا 10 مفصل بزرگ
	16/7	%10/4	درصد
	11	10	یک تا 3 مفصل کوچک
	%22/9	%20/8	درصد
	7	7	4 تا 10 مفصل کوچک
	%14/6	%14/6	درصد
	17	20	بیشتر از 10 مفصل کوچک و بزرگ
	%35/4	%41/7	درصد

جدول 7. توزیع فراوانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بر حسب سابقه ابتلا در خانواده به تفکیک دو گروه مورد و شاهد سال 1394-1395

نتیجه آزمون	مورد	شاهد	سابقه بیماری
P = 0/2	27	33	بلی

Df = 1	%56/2	%67/8	درصد
	21	15	خیر
	%43/8	%31/2	درصد

جدول 8. توزیع فراوانی بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید بر حسب شدت درد قبل مصرف سنجد و پلاسبو به تفکیک در دو گروه مورد و شاهد و مقایسه دو گروه در سال 1394-1395

نتیجه آزمون	تعداد در گروه شاهد (%)	تعداد در گروه مورد (%)	میزان درد
P = 0/99 Df = 3	(31/2) 15	(31/2) 15	4-5
	(41/6) 20	(39/5) 19	6-7
	(20/8) 10	(22/9) 11	8-9
	(6/25) 3	(6/25) 3	10
	(0/88) 4/2	(0/89) 4/04	میانگین (±sd)

جدول 9. توزیع فراوانی بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید بر حسب شدت درد بعد مصرف سنجد و پلاسبو به تفکیک در دو گروه مورد و شاهد و مقایسه دو گروه در سال 1394-1395

نتیجه آزمون	تعداد در گروه شاهد (%)	تعداد در گروه مورد (%)	میزان درد
P<0/05 Df = 5	(0) 0	(25) 12	0-1
	(0) 0	(60/4) 29	2-3
	(33/3) 15	(14/5) 7	4-5
	(41/6) 20	(0) 0	6-7
	(22/9) 11	(0) 0	8-9
	(4/1) 2	(0) 0	10
	(0/85) 4	(0/62) 1/9	میانگین (±sd)

جدول 10. میانگین بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید بر حسب شدت درد و مقایسه دو گروه قبل و بعد مصرف سنجد و پلاسبو به تفکیک در دو گروه مورد و شاهد در سال 1394-1395

		میانگین
مورد	بعد	1/9
	قبل	4/04
شاهد	بعد	4
	قبل	4/02