

فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۷

تأثیر پماد ترکیبی بابونه و گل همیشه بهار بر شدت درد اپی‌زیاتومی در زنان نخست‌زا

هما صادقی اول شهر^۱، بهاره دوامی^{۲*}، لیلا امینی^۳، مریم کاشانیان^۴

۱. مربی، کارشناسی ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران.
۳. استادیار، دکترای بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران.
۴. استاد گروه زنان و مامایی، متخصص زنان و زایمان، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۱۱

چکیده

مقدمه: اپی‌زیاتومی یکی از مهم‌ترین دلایل درد پس از زایمان است که باعث محدودیت در حرکت زن و مراقبت مؤثر وی از نوزاد می‌شود. هدف این مطالعه، بررسی تأثیر پماد ترکیبی بابونه و گل همیشه بهار بر شدت درد اپی‌زیاتومی در زنان نخست‌زاست.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی یک‌سوکور، ۹۹ زن واجد شرایط مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران شرکت کردند. از نمونه‌ها رضایت‌نامه کتبی آگاهانه دریافت شد و به‌صورت تصادفی به ۳ گروه «مداخله، دارونما و کنترل» تقسیم شدند. چهار ساعت بعد از زایمان در محل اپی‌زیاتومی افراد گروه مداخله، هر ۸ ساعت یک‌بار به مدت ده روز یک بند انگشت پمادمالی شد. شدت درد قبل از مداخله و ۱، ۵ و ۱۰ روز بعد از زایمان با مقیاس دیداری ده‌درجه‌ای VAS ارزیابی شد. داده‌ها با آزمون کای دو، کروسکال‌والیس و آنالیز واریانس تحلیل شد. سطح معناداری کمتر از ۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله بین ۳ گروه تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت ($p\text{-value}=0/108$). میانگین شدت درد گروه مداخله در روزهای اول، پنجم و دهم بعد از زایمان به ترتیب $3/24 \pm 1/20$ ، $2/33 \pm 1/65$ و $2/33 \pm 1/65$ بود که به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای از دو گروه دیگر پایین‌تر بود ($p\text{-value}=0/001$).

نتیجه‌گیری: استفاده از پماد ترکیبی گل بابونه و همیشه بهار با توجه به خواص ضدالتهابی آن، در تسکین درد زخم اپی‌زیاتومی و کاهش مصرف مسکن از سوی بیمار مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: اپی‌زیاتومی، تسکین درد، طب گیاهی، نخست‌زا، بابونه، گل همیشه بهار.

*نویسنده مسئول: E.mail: Ba.Davami@Gmail.Com

مقدمه

اپی‌زیاتومی یکی از شایع‌ترین مداخلات مامایی است که اولین بار در سال ۱۹۲۰ به‌عنوان روشی برای پیشگیری از آسیب‌های وارده به کف لگن و نیز سر جنین در طی روند زایمان پیشنهاد شد (۱). اپی‌زیاتومی با هدف افزایش اندازه فضای بافت نرم خروجی لگن، جلوگیری از پارگی‌ها، تسهیل و کوتاه‌تر کردن زمان زایمان انجام می‌شود (۲). با کاهش میزان انجام اپی‌زیاتومی معمول در کشورهای توسعه‌یافته، شیوع جهانی انجام اپی‌زیاتومی در زنان نخست‌زا از ۹۲/۳٪ به ۸۰/۰۷٪ کاهش یافته است (۳) اما این میزان در کشورهای در حال توسعه همچنان بالاست؛ به‌طوری‌که بر اساس مطالعات، میزان انجام اپی‌زیاتومی در اردن ۶۰٪، در لبنان ۶۲٪، در امارات ۶۴٪ و در عمان ۶۶٪ است (۴). اگرچه طی چند دهه اخیر، شواهد زیادی مبنی بر رد آثار مفید و محافظتی اپی‌زیاتومی بر عضلات کف لگن و پرینه ارائه شده (۵) و انجام روتین آن بیش از یک دهه است که در کتاب‌های تخصصی مامایی محل بحث و جدل است، هنوز این مداخله در کشور ایران به‌صورت معمول انجام می‌شود (۶)؛ به‌گونه‌ای که خاجوی در سال ۲۰۰۹ در تهران، شیوع اپی‌زیاتومی را ۹۷/۳٪ گزارش کرده و معتقد است شیوع اپی‌زیاتومی در ایران بسیار بیشتر از سایر نقاط دنیا است (۷).

انجام اپی‌زیاتومی می‌تواند سبب بروز عوارض کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت پس از زایمان شود (۸) که ازجمله آن‌ها می‌توان به مواردی چون درد و ناراحتی پرینه، التهاب، تورم، باز شدن بخیه‌ها (۹)، خون‌ریزی، عفونت، آبه، هماتوم، صدمه به اسفنکتر و مخاط مقعد، و گسترش پارگی اشاره کرد (۱۰). زودرس‌ترین عارضه اپی‌زیاتومی، درد پرینه است که شیوع آن در یک، ده، چهل و نود روز پس از زایمان به‌ترتیب ۹۶/۴٪، ۶۳٪، ۲۵٪ و ۱۲٪ گزارش شده است (۷). درد پرینه ناشی از اپی‌زیاتومی، یکی از مهم‌ترین دلایل درد پس از زایمان است که شدت آن طی روز اول پس از زایمان بیشتر است و باعث محدودیت در حرکت، اشکال در دفع ادرار و اجابت مزاج زن و اختلال در مراقبت مؤثر وی از

نوزاد می‌شود (۱۱). بروز درد در دوران پس از زایمان و در هنگام فعالیت‌های روزمره باعث دشواری مراقبت از کودک و اختلال در دل‌بستگی بین مادر و کودک می‌شود (۱۲)، (۱۳). به‌علاوه، این درد باعث دشواری در شیردهی و در نتیجه کاهش اعتماد به نفس و توانایی خودمراقبتی مادر نیز می‌شود (۱۲). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد افزایش مهارت در ترمیم پرینه پس از زایمان، کاهش زمان ترمیم اپی‌زیاتومی و تسکین مؤثر و کارآمد درد، میزان شیردهی موفق پس از زایمان را افزایش می‌دهد (۱۴). درد محل اپی‌زیاتومی همچنین در روند خواب مادر نیز اختلال کمبود استراحت و اضطراب متعاقب آن را ایجاد می‌کند که می‌تواند در روند ترمیم زخم تأثیر بگذارد (۱۲، ۱۵). طبق تحقیقات، ۹۰٪ زنان تا ۷۲ ساعت بعد از زایمان از درد شدید و ۳۷٪ آنان از درد متوسط تا شدید رنج می‌برند که باعث می‌شود آنان از طیفی از مسکن‌ها همچون داروهای مسکن خوراکی، شیاف‌های ضدالتهابی و کیسه یخ استفاده کنند (۱۶).

درد ناشی از اپی‌زیاتومی و پارگی‌های پرینه با داروهای خوراکی ازجمله داروهای غیراستروئیدی، مخدرهای وریدی، بی‌حسی اپیدورال و افشانه‌های بی‌حس‌کننده موضعی تسکین می‌یابد. سایر اقدامات برای کاهش درد شامل استفاده از لگن آب گرم یا سرد، استفاده از امواج مافوق صوت، ورزش درمانی، ماساژ، طب سوزنی، انحراف حواس، هیپنوتیزم و تن‌آرامی است (۱۷). امروزه شناسایی روش‌های کم‌هزینه، مؤثر، مناسب، در دسترس و درعین‌حال قابل‌پذیرش از سوی زنان زایمان‌کرده برای تسکین درد اپی‌زیاتومی مورد توجه محققان است (۱۸). شواهد نشان می‌دهد استفاده از طب مکمل در میان زنان سنین باروری به‌طور فزاینده‌ای در کشورهای صنعتی در حال افزایش است و محبوبیت فراوانی دارد. علت مقبولیت آن عوامل متعددی شامل پذیرش بهتر فرهنگی، تطابق بهتر با بدن آدم و حداقل عوارض جانبی است (۱۹، ۲۰).

داروهایی که آثار ضدالتهابی، ضدباکتریایی و فعالیت آنتی‌اکسیدانی دارند گزینه‌های مناسبی برای ترمیم زخم و

در نتیجه کاهش درد محسوب می‌شوند (۲۱). یکی از این گیاهان که به علت خواص ضد میکروبی و ضد درد آن مدتی است مورد توجه محققان قرار گرفته، اسطوخودوس است. نتایج مطالعه و کیلیان و همکاران نشان داد استفاده از ترکیب اسانس روغنی لاوندر با پایه روغن زیتون (۵ تا ۱۰ قطره در پنج لیتر) به صورت حمام نشسته دو بار در روز به مدت ۵ روز می‌تواند میزان قرمزی و التهاب زخم اپی‌زیاتومی را کاهش دهد (۲۲).

گیاه صبر زرد نیز از قدیم‌الایام به دلیل خواص التیام‌دهندگی، ضد التهاب، ضد درد و ضد باکتری آن در امر طبابت مورد توجه بوده است و نتایج برخی مطالعات حاکی از تأثیر مثبت آن بر التیام زخم اپی‌زیاتومی است (۲۳).

در همین راستا، گیاه همیشه بهار (*Calendula officinalis* L.) از خانواده کاسنی و یکی از معروف‌ترین و پرکاربردترین گیاهان دارویی است که خواص التیام زخم، ضد التهاب، ضد باکتری، تحریک ایمنی، ضد تورم، ضد ایدز و غیره دارد (۲۴). از این گیاه به طور موضعی برای درمان زخم‌های جزئی، سوختگی و دیگر مشکلات پوستی استفاده می‌شود. در طب سنتی از گل همیشه بهار برای درمان تب و سرطان استفاده می‌شد که احتمالاً به دلیل خاصیت ضد التهابی و آنتی‌اکسیدانی آن بوده است (۲۵). فلاونوئیدها و ساپونین‌های موجود در گل همیشه بهار از آزاد شدن آنزیم‌های مضر و هیستامین که سبب حساسیت و تورم می‌شود جلوگیری می‌کند و سرخی و درد را بهبود می‌دهد و با کاهش نفوذپذیری مویرگ‌ها، مانع ترشح پلازما به داخل بافت‌ها می‌شود. در یک مطالعه تجربی، عصاره اتانولی گل‌های این گیاه در کاهش زخم‌های حرارتی مؤثر بود (۲۶). بابونه نیز از جمله گیاهانی است که آثار ضد التهابی، ضد باکتری و فعالیت آنتی‌اکسیدانی دارد و حاوی ۱۲۲ نوع ترکیب شیمیایی شامل آلفا‌بیزابولول^۱، بیزابولول اکساید^۲، اسپیرواتر^۳،

کامازولن^۴ و فلاونوئید^۵ است. تاکنون از بابونه به صورت موضعی در درمان التهاب‌های پوستی، بواسیر، زخم‌های پا، ادرار سوختگی اطفال و ترک خوردگی نوک پستان استفاده می‌شد و در کاهش درد و افزایش ترمیم بافت آسیب دیده نقش مؤثری داشت (۲۱، ۲۷). بی‌خطر بودن گل همیشه بهار و بابونه از سوی سازمان غذا و دارو (FDA) به رسمیت شناخته شده و استفاده بالینی آن‌ها ایمن است (۲۸). از آنجاکه تاکنون آثار ترکیبی این دو گیاه بر شدت درد اپی‌زیاتومی بررسی نشده بود، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر پماد ترکیبی بابونه و گل همیشه بهار بر شدت درد اپی‌زیاتومی در زنان نخست‌زا انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی یک سوکور است که از بهمن‌ماه ۱۳۹۴ تا خردادماه ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران انجام شد. نمونه‌های پژوهش شامل ۹۹ زن نخست‌زای واجد شرایط بود که جهت زایمان طبیعی به بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران مراجعه کرده بودند. ماما‌های عامل زایمان، ۶ مامای ثابت اتاق زایمان بودند که پژوهشگر آنان را از قبل با اهداف طرح و نحوه انجام کار آشنا کرده بود.

پژوهشگر پس از کسب مجوز کتبی از کمیته اخلاق و دیگر مجوزهای مورد نیاز از دانشگاه، مسئولان بیمارستان و پزشک عامل زایمان، نمونه‌گیری را آغاز کرد. از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد. سپس نمونه‌ها با توجه به معیارهای ورود به مطالعه به روش در دسترس و با استفاده از تخصیص تصادفی و قبل از زایمان وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۱۸ تا ۳۵ سال و سن بارداری ۳۷ تا ۴۲ هفته، عدم حساسیت به داروی خاص، عدم اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان، عدم ابتلا به دیابت، رکتوسل و سیستوسل شدید یا توده در واژن، فقدان پارگی کیسه آب بیش از ۱۸ ساعت، تک‌قلو بودن جنین، نمایش سفالیک، نداشتن سابقه جراحی یا ضایعات قابل مشاهده در

⁴ chamazulene

⁵ Flavonoid

¹ Alpha-bisabolol

² Bisabolol Oxide

³ spyroether

پرینه، فقدان التهاب پرینه و واژن در بدو ورود به مطالعه، نداشتن شاخص توده بدنی بیش از ۳۰، اپی‌زیاتومی میانی - طرفی، و بی‌حسی با ۵ سی‌سی لیدوکائین ۲٪ قبل از ایجاد برش و قبل از ترمیم محل اپی‌زیاتومی بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل خون‌ریزی غیرطبیعی پس از زایمان، تشکیل هماتوم، انجام عمل کورتاژ در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان، عدم استفاده از پماد به‌طور مرتب (عدم مصرف بیش از ۲ بار متوالی یا ۳ بار متناوب)، وجود تب نفاسی، اقدام به مقاربت تا پایان مطالعه، بروز عفونت در محل اپی‌زیاتومی و شروع مصرف آنتی‌بیوتیک در طی دوره مداخله، و نیاز به بخیه زدن مجدد محل اپی‌زیاتومی بود.

نمونه‌ها که شامل ۹۹ زن نخست‌باردار واجد معیارهای پژوهش بودند به روش در دسترس انتخاب شدند و به روش تخصیص تصادفی به ۳ گروه ۳۳ نفره مداخله (پماد ترکیبی بابونه و گل همیشه‌بهار)، دارونما و کنترل تقسیم شدند. بدین‌صورت که با استفاده از جدول اعداد تصادفی، از بین اعداد ۱ تا ۹۹، سی‌وسه عدد غیرتکراری اول برای گروه مداخله، سی‌وسه عدد غیرتکراری بعدی برای گروه دارونما و بقیه اعداد نیز به گروه کنترل اختصاص یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک شامل سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، وضعیت بیمه درمانی، وزن و قد و شاخص توده بدنی، وضعیت اشتغال، و سطح تحصیلات همسر و پرسش‌نامه عوامل مامایی و نوزادی شامل سن حاملگی بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی و سونوگرافی سه‌ماهه اول بارداری، طول برش پرینه، طول مراحل زایمان، دور سر و وزن نوزاد بود. روایی پرسش‌نامه به‌وسیله ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران تأیید شد. پژوهشگر این فرم را پس از زایمان از طریق مصاحبه و با رجوع به پرونده مادران تکمیل کرد.

برای ارزیابی درد برش اپی‌زیاتومی از مقیاس دیداری درد (VAS) استفاده شد. این ابزار خط‌کشی درجه‌بندی‌شده به طول ۱۰ سانتی‌متر است که نمره ۱ تا ۳ آن نشان‌دهنده درد

خفیف، نمره ۴ تا ۶ آن نشان‌دهنده درد متوسط، و نمره ۷ تا ۱۰ آن معرف درد شدید است. بسیاری از پژوهشگران از جمله Hill این مقیاس را استاندارد کرده‌اند و پایایی آن در سطح جهانی به اثبات رسیده است (۲۹).

پژوهشگر شدت درد مادران را با استفاده از این خط‌کش، بلافاصله قبل از مداخله، روز اول، پنجم و دهم بعد از زایمان با مصاحبه حضوری با مادر در فرم مربوط ثبت کرد.

جهت بررسی میزان مصرف داروی مسکن، چارتی که شامل نام و تعداد مصرف روزانه مسکن بود در اختیار مادران گذاشته شد تا در صورت استفاده نوع و تعداد آن را ثبت کنند. پژوهشگر قبل از زایمان بر بالین مادران حاضر شد و پس از زایمان و خروج جفت و پرده‌ها به‌وسیله عامل زایمان، پرینه را از لحاظ وسعت برش و پارگی‌های اضافی بررسی کرد. در صورت وجود پارگی‌های اضافی فرد از مطالعه حذف می‌شد. پژوهشگر حدود ۴ ساعت پس از زایمان و پس از ترمیم پرینه به‌وسیله ماما و تحت نظر گرفتن مادران از نظر خون‌ریزی یا هماتوم و پس از توضیح در مورد پژوهش به مادران و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از آنان، فرم مشخصات دموگرافیک و اطلاعات مادر و نوزاد را تکمیل کرد. سپس، ابتدا شدت درد با استفاده از خط‌کش ده‌درجه‌ای درد (VAS) تعیین و ثبت شد. در هریک از دو گروه پماد ترکیبی و دارونما، ابتدا محل پرینه و دست‌های زنان به مدت ۲ دقیقه با بتادین شست‌وشو شد و پس از خشک کردن محل، پژوهشگر برای اولین بار برای آموزش، یک بند انگشت (۲۰ میلی‌گرم) از پماد مذکور را با دستکش یک‌بارمصرف در محل زخم مالید (به‌گونه‌ای که کاملاً سطح زخم را پوشاند). پژوهشگر از مادر خواست تا هر ۸ ساعت یک بند انگشت از پماد را به همان شکلی که آموزش دیده بود روی زخم خود بمالد و یک تا دو دقیقه بعد، با یک نوار بهداشتی تمیز آن را بپوشاند. افراد گروه دارونما از یک پماد با رنگ‌وبوی مشابه پماد ترکیبی با پایه وازلین استفاده کردند. واحدهای پژوهش از نوع پماد مصرفی آگاه نبودند و مطالعه به‌صورت یک‌سوکور انجام شد. گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول بیمارستان

(شست‌وشو با بتادین) را دریافت کردند. پژوهشگر اطلاعات لازم و نکات ضروری در خصوص نحوهٔ مراقبت از پرینه و بخیه‌ها، بهداشت فردی، نحوهٔ تکمیل فرم ثبت اطلاعات روزانه (فرم استفاده از مسکن و فرم استفاده از پماد) و اقدامات لازم در قبل، حین و بعد از مصرف پماد را به‌صورت چهره‌به‌چهره به مادران آموزش داد و پمفلت آموزشی به همراه پماد مصرفی را در اختیار آنان قرار داد. همچنین از مادران خواست روز پنجم و دهم پس از زایمان جهت معاینهٔ پرینه، مراحل بعدی ارزیابی شدت درد، ارائهٔ فرم‌های تکمیل‌شده و دریافت مجدد پماد به درمانگاه زنان بیمارستان مراجعه کنند. به کلیهٔ نمونه‌ها به‌منظور یادآوری و اطلاع از شماره تماس پژوهشگر، کارتی داده شد که روی آن کد گروه و تاریخ مراجعه‌های مجدد و محل مراجعهٔ مادر ثبت شده بود. در هنگام ترخیص از مادر خواسته شد در صورت بروز هرگونه مشکل یا عارضه‌ای ازجمله حساسیت، عفونت یا شواهد دیگر، با پژوهشگر تماس بگیرد تا بررسی و در صورت لزوم اقدام شود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۰ و آزمون‌های توصیفی مانند میانگین، میانه، انحراف معیار، کای دو، دقیق فیشر، آنالیز واریانس و آزمون‌های غیر توصیفی چون کروسکال‌والیس و فریدمن تجزیه و تحلیل شد. میزان P کمتر از ۵٪ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

طبق جدول شمارهٔ ۱ دو گروه از نظر سن مادر، سن حاملگی، شاخص تودهٔ بدنی و برخی اطلاعات مامایی و نوزادی تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۱۸ نفر (۵۴/۵٪) از نمونه‌های گروه مداخله، ۱۴ نفر (۴۲/۴٪) از نمونه‌های گروه دارونما و ۱۱ نفر (۳۳/۳٪) از نمونه‌های گروه کنترل، دیپلم داشتند. از لحاظ وضعیت اشتغال، ۳۳ نفر (۱۰۰٪) در گروه دارونما، ۳۱ نفر (۹۳/۹٪) در گروه مداخله و ۳۲ نفر (۹۷٪) در گروه کنترل، خانه‌دار بودند. وضعیت اقتصادی ۲۷ نفر (۸۱/۸٪) در گروه مداخله، ۲۶ نفر (۷۸/۸٪) در گروه دارونما و ۲۰ نفر (۶۰/۶٪) در گروه کنترل در سطح متوسط بود. سطح تحصیلات همسر

۲۰ نفر (۶۰/۶٪) در گروه مداخله و ۱۶ نفر (۴۸/۵٪) در هر یک از دو گروه دارونما و کنترل، دیپلم بود و تمام همسران گروه دارونما، ۳۰ نفر (۹۰/۹٪) از همسران گروه مداخله و ۳۱ نفر (۹۳/۹٪) از همسران گروه کنترل، شغل آزاد داشتند. بر اساس آزمون دقیق فیشر بین ۳ گروه از لحاظ متغیرهای فوق تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت.

طبق جدول شمارهٔ ۲ میانگین شدت درد اپی‌زیاتومی در روزهای اول، پنجم و دهم بعد از مداخله در گروه مداخله کمتر از دو گروه دیگر بود و اختلاف میانگین درد در ۳ گروه معنی‌دار بود ($p=0/001$).

جدول شمارهٔ ۳ نمایانگر میانگین تعداد مسکن مصرفی در ۳ گروه مداخله، دارونما و کنترل در روز اول، پنجم و دهم بعد از مداخله است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین مصرف مسکن در گروه مداخله کمتر از دو گروه دیگر است اما این اختلاف از نظر آماری تنها در روز پنجم معنی‌دار بود.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد سه گروه مداخله، دارونما و کنترل از نظر شدت درد پایهٔ اپی‌زیاتومی قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری با هم نداشتند. درحالی‌که در روز پنجم و دهم پس از مداخله تفاوت بین ۳ گروه از نظر شدت درد معنی‌دار بود. یکی از ترکیبات فراوان بابونه و گل همیشه‌بهار فلاونوئید است (۲۶). فلاونوئیدها ترکیبات پلی‌فنلی طبیعی در گیاهان هستند که خواص ضد درد و ضدالتهاب دارند (۳۰) و این آثار را از طریق جلوگیری از آزاد شدن آنزیم‌های مضر و هیستامین که سبب حساسیت و تورم می‌شود اعمال می‌کنند. همچنین فلاونوئیدها می‌توانند به‌واسطهٔ مکانیسم‌های مختلفی ازجمله اثر بر روی گیرنده‌های گابا آمینوبوتریک‌اسید^۱ و مهار آنزیم‌های درگیر در مغز، درد را به‌صورت مرکزی نیز کنترل کنند (۳۱). به نظر می‌رسد بابونه به‌دلیل خاصیت ضدالتهابی و ضدتورمی خود که ناشی از اسانس ازولین، کامازولن و آلفایزابلول است، باعث کاهش درد می‌شود (۲۷، ۲۹).

¹ Gamma Amino Butyric Acid

کامل به مدت ۱ تا دو دقیقه آب‌کشی کردند. شدت درد و احساس سوزش در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه شاهد بود ($p \leq 0.01$) (۳۵).

نتیجه‌گیری

پماد ترکیبی گل بابونه و همیشه‌بهار بر کاهش شدت درد ناشی از اپی‌زیاتومی تأثیر مثبت دارد. لذا با توجه به ارزان و در دسترس بودن این پماد گیاهی و روش ساده تهیه آن از یک‌سو و تأثیر آن بر کاهش شدت درد زخم اپی‌زیاتومی از سوی دیگر، استفاده از آن می‌تواند مفید باشد و به کاهش مصرف مسکن‌های شیمیایی کمک کند.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، انجام آن تنها در یک مرکز درمانی و در یک بازه زمانی چهارماهه بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار و ارزش نتایج و قابلیت تعمیم آن، مطالعات بزرگ‌تر با حجم نمونه بیشتر در مراکز درمانی بیشتر انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد تحقیقاتی IRCT۲۰۱۵۱۰۲۶۲۴۷۱۲ N۱ است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شد. بدین‌وسیله از آن معاونت، استادان و داوران و مسئولان محترم بیمارستان شهید اکبرآبادی و مادران عزیز و همه دوستانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

فلاونوئیدها و ساپونین‌های موجود در گل همیشه‌بهار نیز با مکانیسم مشابه به تسکین درد کمک می‌کنند (۳۲).

نتایج مطالعه جهدی و همکاران در زمینه «تأثیر پماد گل همیشه‌بهار بر شدت درد پرینه بعد از اپی‌زیاتومی در زنان نخست‌زا» نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره درد پنج روز بعد از مداخله در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0.001$) (۳۳) که مؤید نتایج پژوهش حاضر است.

آزمون‌های آماری مطالعه پازنده و همکاران با عنوان «بررسی تأثیر آروماتراپی با اسانس بابونه بر درد اپی‌زیاتومی» نشان داد میانگین درد در گروه مداخله و کنترل در روز هفتم به ترتیب $2/20 \pm 0/79$ و $2/30 \pm 0/82$ و در روز چهاردهم به ترتیب $0/48 \pm 0/59$ و $0/73 \pm 0/66$ بود. گرچه اسانس بابونه در این پژوهش باعث کاهش شدت درد شده بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. درحالی‌که در مطالعه حاضر تفاوت میانگین شدت درد در گروه مداخله، دارونما و کنترل در روزهای اول، پنجم و هفتم بعد از مداخله معنی‌دار بود ($p = 0/001$) (۲۱).

شاید بتوان یکی از دلایل مؤثر نبودن تأثیر بابونه در مطالعه پازنده در مقایسه با مطالعات مشابه را استفاده از اسانس بابونه به روش آروماتراپی دانست؛ چراکه این روش بر غلظت و دوز ماده مؤثره و مدت و سطح تماس دارو تأثیر مستقیم دارد.

در همین راستا، نتایج کارآزمایی بالینی سه‌سوکور اظه‌ری و همکاران با عنوان «بررسی تأثیر استفاده از کرم بابونه بر ترمیم زخم اپی‌زیاتومی» روی ۹۸ زن نخست‌زا نشان داد میانگین بهبود زخم در گروه مداخله (استفاده از کرم بابونه دو بار در روز به مدت ده روز) در روز پنجم $1/9$ ، در روز دهم 1 و روز چهاردهم $0/56$ بود که در مقایسه با کرم دارونما، تفاوت آماری آن معنی‌دار بود. ($p = 0/001$) (۳۴).

در مطالعه صهبا و همکاران بیماران مبتلا به آفت راجعه دهانی، ۳۰ قطره دهان‌شویه بابونه را در حدود ۱۰۰ میلی‌لیتر آب ریختند و دهان خود را سه بار در روز تا بهبود

جدول شماره (۱) مقایسه میانگین برخی ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی در ۳ گروه

گروه‌ها	متغیر	مداخله	دارونما	کنترل	سطح معنی‌داری
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
سن (سال)		۲۴/۲۴ $\pm$ ۳/۵۳	۲۳/۴۵ $\pm$ ۳/۵۴	۲۳/۹۷ $\pm$ ۳/۷۷	*۰/۶۶۸
شاخص توده بدنی		۲۶/۸۲ $\pm$ ۲/۰۱	۲۶/۷۳ $\pm$ ۲/۵۲	۲۶/۴۳ $\pm$ ۲/۶۷	*۰/۷۸۶
سن حاملگی (هفته)		۳۸/۷۹ $\pm$ ۱/۱۴	۳۸/۴۴ $\pm$ ۱/۰۴	۳۹/۰۹ $\pm$ ۱/۰۴	*۵۳٪
طول اپی‌زیاتومی (سانتی‌متر)		۲/۹۵ $\pm$ ۰/۴۲	۲/۸۱ $\pm$ ۰/۵۲	۳/۳۰ $\pm$ ۰/۷۶	***۰/۲۲۴
تعداد بخیه‌های سطحی		۵/۴۸ $\pm$ ۰/۹۸	۵/۳۸ $\pm$ ۱/۰۰	۵/۷۹ $\pm$ ۱/۲۱	***۰/۱۷۹
طول مرحله اول زایمان (ساعت)		۶/۳۴ $\pm$ ۱/۳۴	۵/۸۸ $\pm$ ۱/۱۲	۵/۹۴ $\pm$ ۱/۱۵	*۰/۲۴۴
طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)		۴۹/۳۹ $\pm$ ۷/۰۴	۴۹/۲۴ $\pm$ ۹/۲۸	۴۶/۰۶ $\pm$ ۱۱/۵۱	*۰/۲۷۵
طول مرحله سوم زایمان (دقیقه)		۱۱/۹۱ $\pm$ ۳/۱۶	۱۲/۲۷ $\pm$ ۳/۷۷	۱۲/۴۲ $\pm$ ۳/۷۷	*۰/۸۳۵
دور سر نوزاد (سانتی‌متر)		۳۴/۳۰ $\pm$ ۱/۲۴	۳۴/۰۰ $\pm$ ۱/۴۱	۳۴/۶۱ $\pm$ ۱/۵۰	*۰/۲۱۳
وزن نوزاد (گرم)		۳۱۴۶/۰۶ $\pm$ ۳۷۸/۶۶	۳۰۹۰/۹۱ $\pm$ ۳۵۳/۶۵	۳۲۳۶/۶۷ $\pm$ ۳۶۴/۴۵	*۰/۲۶۸

* آزمون آنالیز واریانس

** آزمون کروسکال‌والیس

جدول شماره ۲) میانگین و انحراف معیار شدت درد و مصرف مسکن برحسب زمان بررسی در ۳ گروه

متغیر \ زمان	قبل از مداخله			۱ روز بعد از مداخله			۵ روز بعد از مداخله			۱۰ روز بعد از مداخله		
	انحراف معیار $\pm$ میانگین			انحراف معیار $\pm$ میانگین			انحراف معیار $\pm$ میانگین			انحراف معیار $\pm$ میانگین		
شدت درد	گروه مداخله	گروه دارونما	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه دارونما	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه دارونما	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه دارونما	گروه کنترل
	۵/۱۵ $\pm$ ۱/۸۷	۵/۷۶ $\pm$ ۲/۳۷	۶/۱۸ $\pm$ ۱/۵۹	۳/۲۴ $\pm$ ۱/۲۰	۵/۲۱ $\pm$ ۲/۲۹	۵/۹۷ $\pm$ ۲/۰۱	۲/۳۳ $\pm$ ۱/۶۵	۳/۷۳ $\pm$ ۱/۸۶	۴/۷۹ $\pm$ ۱/۹۵	۰/۹۴ $\pm$ ۰/۹۷	۲/۱۸ $\pm$ ۱/۴۲	۲/۶۴ $\pm$ ۱/۲۹
نتایج آزمون آنالیز واریانس	P=۰/۱۰۸			P=۰/۰۰۱			P=۰/۰۰۱			P=۰/۰۰۱		
مصرف مسکن	قبل از مداخله			۱ روز بعد از مداخله			۵ روز بعد از مداخله			۱۰ روز بعد از مداخله		
	انحراف معیار $\pm$ میانگین			انحراف معیار $\pm$ میانگین			انحراف معیار $\pm$ میانگین			انحراف معیار $\pm$ میانگین		
	گروه مداخله	گروه دارونما	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه دارونما	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه دارونما	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه دارونما	گروه کنترل
	.	.	.	۱/۶۴ $\pm$ ۱/۴۵	۱/۸۵ $\pm$ ۱/۲۲	۲/۳۱ $\pm$ ۱/۱۱	۰/۹۴ $\pm$ ۱/۲۹	۱/۶۱ $\pm$ ۱/۱۹	۱/۳۹ $\pm$ ۱/۲۲	۰/۰۹ $\pm$ ۰/۲۹	۰/۰۹ $\pm$ ۰/۲۹	۰/۱۸ $\pm$ ۰/۳۹
نتایج آزمون فریدمن	P=۰/۹۹۷			P=۰/۹۹۷			P=۱۴%			P=۰/۶۹۷		

References:

1. Jovanovic N, Kocijancic D, Terzic M. Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary? *Open Medicine*. 2011;6(6):685-90.
2. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2000(2):CD000081.
3. Ho J, Pattanittum P, Japaraj P, Turner T, Swadpanich U, Crowther A. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010; 111(1):13-8.
4. Al-Ghammari K, Al-Riyami Z, Al-Moqbali M, Al-Marjabi F, Al-Mahrouqi B, Al-Khatri A, Al-Khasawneh EM. Predictors of routine episiotomy in primigravida women in Oman. *Applied Nursing Research*. 2016; 29:131-5.
5. Lappen JR, Gossett DR. Changes in episiotomy practice: evidence-based medicine in action. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*. 2010; 5(3):301-9.
6. Khani S, Zare K, Ramezannezhad SE. The Frequency of Episiotomy and Its Related Factors. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 24(74):45-52. [Persian]
7. Kajoye Shirazie C, Davaty A, Zayere F. Episiotomy rates and its complication. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2009;3(2):1-4. [Persian].
8. Simpson KR, Creehan PA. Association of women's health, obstetric, and neonatal nurses. *Perinatal nursing*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott 2001: 454.
9. Fyनेface-Ogan S, Mato CN, Enyindah CE. Postpartum perineal pain in primiparous women: a comparison of two local anaesthetic agents. *Nigerian journal of medicine*. 2006; 15(1):77-80.
10. Golozar S, Namjouian F, Latifi SM, Mirahi A. Evaluating the effect of oral bromelain (pineapple) on episiotomy wound healing in primiparus women. *Feyz*. 2011; 15(2). 84-90.[Persian]
11. Albers LL, Borders N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *The Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007; 52(3):246-53.
12. Boyle M. Wound healing in midwifery. Radcliffe publishing; 2006.
13. Ricci SS, Kyle T. Maternity and pediatric nursing. Lippincott Williams & Wilkins; 2009; 448.
14. Rajan L. The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding. *Midwifery*. 1994;10(2):87-103
15. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *American journal of*

- obstetrics and gynecology. 2004;191(4):1199-204
16. East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*. 2012; 28(1):93-7.
 17. Abedzadeh M, Sadat Z, Saberi F. Effect of lidocaine gel in pain relieving after episiotomy. *J Babol Univ Med Sci*. 2009; 11(2): 43-48. [Persian]
 18. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant PR, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(5): CD006304.
 19. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Midwives' support for complementary and alternative medicine: a literature review. *Women and Birth*. 2012; 25(1):4-12.
 20. Kamboj VP. Herbal medicine. *Current science*. 2000; 78(1):35-9.
 21. Pazandeh F, Savadzadeh SH. Effect chamomile essential oil on healing episiotomy in nulliparous women. *J Ardebil Univ Med Sci*. 2010;8(4):364-70. [Persian]
 22. Vakilian K, Atarha M, Bekhradi R, Gheble F, Hatami Z, Seraj A. Effect of lavender essential oil in care of episiotomy ulcer after childbirth. *Journal of Shahr-e-Kord University of Medical Sciences*. 2008; 10(3):63-69.[Persian]
 23. Eghdampoor F, Jahdi F, Kheirkhah M, Taghizadeh M, Naghizadeh S, Haghani H. Evaluation of the effect of Aloe vera ointment on episiotomy healing in primipara women. *Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility : IJOGI*. 2013; 15(35) : 25-31
 24. Azzaz NA, Hassan EA, El-Emarey FA. Physiological, anatomical, and biochemical studies on pot marigold (*Calendula officinalis* L.) plants. In 8th African Crop Science Society Conference, El-Minia, Egypt, 27-31 October 2007 : 1727-1738.
 25. Meenatchisundaram S, Parameswar G, Subbraj T, Suganya T, Michael A. Note on Pharmacological Activities of *Calendula officinalis* L. *Ethnobotanical Leaflets*. 2009; (1): 51-4.
 26. Chandran PK, Kuttan R. Effect of *Calendula officinalis* flower extract on acute phase proteins, antioxidant defense mechanism and granuloma formation during thermal burns. *Journal of clinical biochemistry and nutrition*. 2008; 43(2):58-64.
 27. Jarrahi M, Khorasani M, Taherian A, Meladi H, Safakhah HA. Effect of topical chamomile oil extracts the shear cutaneous wound healing in rats. *J Med Plants Semnan*. 2008; 1(8): 94-9. [Persian]
 28. Dingell J. "Cosponsors - H.R.3580 - 110th Congress (2007-2008): Food and Drug

- Administration Amendments Act of 2007.
29. Samadi S, Khadivzadeh T, Emami A, Moosavi NS, Tafaghodi M, Behnam HR. The effect of *Hypericum perforatum* on the wound healing and scar of cesarean. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2010; 16(1):113-7.
 30. Jahdi F, Sheikhan F, Haghani H. The effect of cooling gel pad on the intensity of perineal pain following episiotomy. Arak Medical University Journal. 2010;13(3):76-83. [Persian]
 31. Riaz M, Zia-Ul-Haq M, Jaafar HZ. Common mullein, pharmacological and chemical aspects. *Revista brasileira de farmacognosia*. 2013; 23(6):948-59.
 32. Modarres M, Mermohammadali M, Eshreeh Z, Mehran A. Comparison of the effect of mefenamic acid and capsule chamomill on primary dysmenorrhea. *J Babol Univ Med Sci*. 2011;13(3):50-8. [Persian]
 33. Heidari MR, Asadipour A, Ghayoor M. Evaluation of analgesic and ulcerogenic effect of methanolic extract of *matricaria chamomilla*. *J Ghazvin Univ Med Sci*. 2002; 20: 15-23. [Persian]
 34. Azhari S, Aradmehr M, Rakhshandeh H, Tara F, Shakeri MT. The effects of chamomile cream on wound healing of episiotomy in primiparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014;17(93):16-26. [Persian]
 35. Sahba S, Mohammadalipour S. Evaluation of the effects of chamomill mouthrinse on recurrent aphthous stomatitis. *Journal of Dentistry of Tehran University of Medical Sciences*. 2005;2(4):147-51.

Investigating the Effect of Chamomile-Marigold Ointment on Episiotomy Pain in Nulliparous Women

Sadeghi Aval Shahr H¹, Davami B^{*2}, Amini L³, Kashanian M⁴

1. Lecturer, MSc. in Midwifery, Department of Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. MSc. Candidate in Midwifery, Department of Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, PhD in Reproductive Health, Department of Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Professor, Obstetrician and Gynecologist, Department of Gynecology & Midwifery, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 08 December, 2017 ;Accepted: 02 July, 2018

Abstract

Introduction Episiotomy is one of the most important causes of postpartum pain, limiting the mothers' movement and ability to care the infant. This study aimed to investigate the effect of Chamomile-Marigold ointment on episiotomy pain in nulliparous women.

Methods: This single-blind randomized clinical trial was conducted on 99 eligible women who referred to Shahid Akbarabadi Hospital in Tehran. After obtaining written informed consents, the participants were randomly assigned to intervention, placebo and control groups. 4 hours after delivery, the participants in the intervention group had to rub the ointment (in the size of knuckle) on the stitches and repeat it every 8 hours for ten days. The severity of episiotomy pain was evaluated before the intervention and on the 1st, 5th and 10th days after delivery using a 10-point Visual Analogue Scale (VAS). The data were analysed using Chi-square, ANOVA and Kruskal-Wallis tests at significance level of <0.05.

Results: There was no statistically significant difference among the three groups before the intervention (p-value = 0.108). The mean pain intensity in the first, fifth and tenth days after delivery in the intervention group was 3.24 ± 1.20 , 2.33 ± 1.65 and 1.33 ± 2.65 , respectively, which was significantly lower than those in the two other groups (P-value = 0.001).

Conclusion: Given its anti-inflammatory effects, Chamomile-Marigold ointment can be used to relieve episiotomy pain and patients' need for analgesics.

Keywords: episiotomy, pain relief, herbal medicine, primigravida, Chamomile, Marigold.

*Corresponding author: E.mail: Ba.Davami@Gmail.Com