

بررسی تأثیر پماد آلفا (فاندرمول) بر بهبود زخم

اپی‌زیاتومی در زنان نخست‌زا

مژده ناوی‌نژاد^۱، زهرا عابدیان^{۲*}، دکتر جواد اصیلی^۳، دکتر حبیب‌الله اسماعیلی^۴، دکتر عطیه وطن‌چی^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه فارماکولوژی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استاد گروه آمار، مرکز تحقیقات نوزادان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۱۲

خلاصه

مقدمه: اپی‌زیاتومی شایع‌ترین مداخله جراحی در زایمان است. پماد آلفا با رگ‌زایی در منطقه آسیب دیده و کاهش التهاب و جلوگیری از گسترش عفونت، اثرات ترمیمی خود را اعمال می‌کند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر پماد آلفا بر بهبود زخم اپی‌زیاتومی انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور در سال ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۷۰ زن نخست‌زا در بیمارستان ام البنین (س) مشهد انجام شد. واحدهای پژوهش (۳۵ نفر مداخله و ۳۵ نفر کنترل) از ۴۸ ساعت بعد از زایمان، روزانه ۱ بار به مدت ۱۰ روز، یک بند انگشت از پماد تجویز شده (آلفا یا دارونما) را پس از شستشوی محل زخم با نرمال سالین و خشک شدن استفاده کردند. بهبود زخم با استفاده از مقیاس ریدا در روزهای اول، پنجم و دهم پس از زایمان ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های من ویتنی، تی تست، کای دو و فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بهبود زخم در روز اول ($p=0/976$)، پنجم ($p=0/9$) و دهم ($p=0/931$) بعد از زایمان بین دو گروه اختلاف معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری: مصرف پماد آلفا تأثیری در بهبودی زخم اپی‌زیاتومی ندارد.

کلمات کلیدی: اپی‌زیاتومی، بهبود زخم، پماد آلفا، زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا عابدیان؛ مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
تلفن: ۰۵۱-۳۷۶۷۱۷۷۱؛ پست الکترونیک: AbedianZ@mums.ac.ir

مقدمه

اپی‌زیاتومی^۱ رایج‌ترین عمل جراحی بعد از بریدن بند ناف است (۱). اپی‌زیاتومی به معنی برش عضلات سطحی و پوست و دیواره واژن می‌باشد و در مرحله دوم زایمان در بافت پرینه داده می‌شود تا خروجی ولو^۲ را در زمان تولد وسیع‌تر کند (۲). شیوع اپی‌زیاتومی در نیجریه ۶۲/۱٪ (۳) و در استرالیا ۸۵٪ گزارش شده است (۴). اگرچه اطلاعات دقیقی از آمار اپی‌زیاتومی در ایران در دسترس نیست، ولی فراوانی آن در مطالعه خواجوی و همکاران (۲۰۰۸) ۹۷/۳٪ و در مطالعه خدارامی (۲۰۱۰) در همدان ۸۰٪ گزارش شده است (۵، ۶). میزان اپی‌زیاتومی در بیمارستان حضرت ام‌البنین (س) مشهد در سال ۱۳۸۴، ۸۸/۳۲٪ گزارش شده است (۷). ضروری است که پرینه هرچه سریع‌تر بهبود یابد، زیرا این ناحیه توسط مادر قابل مشاهده مستقیم نیست و محل برش اپی‌زیاتومی در جایی واقع است که احتمال آلوده شدن زخم به باکتری‌های واژن و رکتوم زیاد است و از نظر دور ماندن هرگونه ترشح، التهاب و عفونت منجر به افزایش عوارض مادری می‌شود، بنابراین تأخیر در ترمیم، احتمال عفونت را افزایش می‌دهد (۸، ۵) و از طرفی عفونت باعث تأخیر در ترمیم می‌شود (۹). تأخیر در ترمیم موجب مشکلات جدی فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌شود که بر مراقبت از نوزاد و سایر اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد و با ترمیم سریع‌تر زخم اپی‌زیاتومی، یکی از اساسی‌ترین موانع حرکت و فعالیت مادر از بین رفته، ناراحتی مادر کاهش می‌یابد و باعث کاهش هزینه‌ها و برگشت زودتر فرد به فعالیت‌های روزمره می‌شود (۱۰). کمترین زمان لازم برای بهبودی مربوط به زخم‌های جراحی با زمان حداقل ۳ روز و متوسط زمانی ۱۱ روز می‌باشد (۱۱). همه زخم‌ها مراحل یکسانی برای التیام دارند. اگرچه تفاوت در طول مدت التیام برای هر مرحله وجود دارد (۱۲). فاکتورهای متعددی از جمله سن، گردش خون و اکسیژن‌رسانی به زخم، وضعیت تغذیه، وضعیت زخم و سلامت عمومی مادر و وضعیت اقتصادی و اجتماعی در روند التیام مؤثرند (۱۳). نتایج مطالعه سرشتی و

همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد که در ۱۲/۵٪ موارد، برش اپی‌زیاتومی دچار عفونت می‌شود (۱۴). از جمله اقداماتی که پس از زایمان به منظور تسریع بهبود زخم انجام می‌شود، رعایت بهداشت پرینه، خشک نگه داشتن محل زخم و همچنین استفاده از درمان‌های مختلف است که به دو صورت روش‌های دارویی و غیر دارویی می‌باشند (۱۵). درمان‌های دارویی علی‌رغم داشتن کارایی بالا، با اثرات نامطلوب زیادی همراه هستند (۱۶). در حال حاضر استفاده از روشی مؤثر، با حداقل اثرات جانبی، در دسترس و قابل پذیرش توسط زنان زایمان کرده مورد توجه محققین است. به همین دلیل امروزه بازگشت به استفاده از گیاهان دارویی مورد توجه بسیاری از محققین قرار دارد.

پماد آلفا (فاندرمول) پمادی ۱۰۰٪ گیاهی می‌باشد و مواد اولیه آن در داخل کشور تولید می‌گردد و به صورت پمادهای ۳۰ گرمی با نام تجاری پماد آلفا تولید می‌شود. این دارو تحت پوشش بیمه بوده و در تمام داروخانه‌ها ارائه می‌شود. ماده مؤثره این پماد لاوسون (۲) - هیدروکسی ۱ - ۴ نفتوکینون) می‌باشد که از گیاه حنا یا لاوسونیا اینرمیس به دست می‌آید (۱۷، ۱۸). ترکیبات این دارو شامل: لاوسون از گیاه حنا (ماده مؤثره)، موم زنبور عسل (پایه دارو)، فلاونوئیدها، اسیدهای چرب غیر اشباع و کورکومین (ماده مؤثر زردچوبه) می‌باشد (۱۹). پماد آلفا باعث تحریک رگ‌زایی در منطقه آسیب دیده، تحریک اپی‌تلیزاسیون (تراکم منطقه آسیب دیده) و افزایش کشش‌پذیری بافت در حال ترمیم می‌شود. همچنین از طریق کاهش التهاب یا تورم و جلوگیری از گسترش عفونت، اثرات ترمیمی خود را اعمال می‌کند (۲۰). انصاری و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با هدف بررسی کارایی و ایمنی پماد موضعی آلفا (حاوی حنای طبیعی) در مقایسه با پماد هیدروکورتیزون ۱٪ در بهبود درماتیت ناشی از رادیوتراپی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته موضعی پستان نشان دادند که استفاده از پماد آلفا برای ۳ هفته ۲ بار در روز مؤثرتر از پماد هیدروکورتیزون ۱٪ می‌باشد (۲۱). در مقاله حیدری و همکاران (۲۰۱۰) تحت عنوان مقایسه مدت زمان ترمیم سوختگی درجه ۲ با روش پماد گیاهی فاندرمول (آلفا) و پماد سولفادایازین

¹episiotomy

²vulva

نقره ۱٪ نشان دادند که پماد فاندربول بر روند ترمیم زخم سوختگی درجه دو از سولفادیازین ۱٪ مؤثرتر است (۲۲). نایاک و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان مشاهده روند بهبود زخم با عصاره الکلی حنا بر روی موش چنین نتیجه‌گیری کردند که حنا با افزایش انقباض زخم، کاهش در دوره اپی‌تلیزاسیون، افزایش قدرت پوست در برابر شکستن، افزایش قابل توجه در وزن گرانوله بافت و افزایش هیدروکسی پرولین، ماده مؤثری در بهبود زخم می‌باشد (۲۳).

تلاش جهت بهبود سریع‌تر زخم مادران در رأس مراقبت‌های زایمانی قرار دارد (۲۴). پماد آلفا یک داروی ارزان قیمت و تولید داخل کشور می‌باشد و تأثیر آن بر بهبود سریع‌تر زخم و کاهش عفونت زخم در مقالات مختلف به اثبات رسیده است (۲۱). لذا با توجه به اهمیت ترمیم سریع‌تر بافت پرینه بعد از اپی‌زیاتومی و اهمیت بازگشت سریع‌تر مادر به فعالیت‌های روزمره و با توجه به اینکه بر اساس جستجوی انجام شده در منابع، تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه منتشر نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر پماد آلفا (فاندربول) بر بهبود زخم اپی‌زیاتومی در زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور در سال ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۷۰ زن پرایمی‌پار مراجعه کننده به بیمارستان ام‌البنین (س) جهت انجام زایمان طبیعی انجام شد. با توجه به اینکه مقاله مشابهی در جستجوهای انجام شده یافت نشد، حجم نمونه با توجه به مقاله حیدری و همکاران در دانشگاه بروجن (۱۳۸۹) که با هدف مقایسه مدت زمان ترمیم سوختگی درجه ۲ با روش پماد گیاهی فاندربول (آلفا) و پماد سولفادیازین نقره ۱٪ انجام دادند، محاسبه شد.

با توجه به اینکه مقاله مذکور شبیه‌ترین مقاله به مطالعه حاضر می‌باشد، حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ حداقل ۳۰ نفر در هر گروه به دست آمد که با در نظر گرفتن ۱۵٪ ریزش نمونه، ۳۵ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.

پس از تصویب طرح پژوهشی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و ثبت آن در مرکز ثبت

کارآزمایی‌های بالینی ایران، کرم دارونما توسط داروساز ساخته و پماد آلفا و دارونما کدگذاری (A، B) شدند. پس از کسب رضایت کتبی و کنترل معیارهای ورود و خروج، واحدهای پژوهش به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و دارونما قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: حاملگی ترم، نخست‌زا بودن، سن بین ۱۸-۳۵ سال، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن، شاخص توده بدنی در محدوده طبیعی، عدم وجود زایمان طول کشیده، عدم دستکاری بیش از حد در پرینه در حین زایمان، عدم ابتلاء به بیماری‌های حاد و مزمن و بیوست مزمن، عدم حساسیت به داروهای گیاهی، عدم سابقه ابتلاء به بیماری پوستی فعال، عدم سابقه بیماری‌های مختل کننده بهبود زخم، عدم استفاده از داروهای مختل کننده بهبود زخم، نداشتن عفونت علامت‌دار در واژن و فرج (ترشح عفونی، خارش، سوزش) و نداشتن ضایعات مقعد، فرج و میان‌دوره در هنگام بستری بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: زایمان با دستگاه (فورسیس و وکیوم)، وجود گسترش طول محل برش و تبدیل به پارگی درجه ۳ و ۴ یا وجود پارگی به جز پارگی اپی‌زیاتومی، بستری شدن نوزاد در NICU، خونریزی واژینال غیر طبیعی، تشکیل هماتوم در پرینه، داشتن نزدیکی تا پایان پژوهش، خروج دستی جفت، مدت مرحله اول زایمان بیشتر از ۱۴ ساعت، مدت مرحله دوم زایمان بیشتر از ۲ ساعت، مدت مرحله سوم زایمان بیشتر از یک ساعت، عدم استفاده از پماد به‌طور مرتب و وجود تب نفاسی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات مربوط به مراحل زایمان و اپی‌زیاتومی، فرم ثبت اطلاعات روزانه مربوط به مصرف مسکن، آنتی‌بیوتیک، رعایت نکات بهداشتی و تغذیه بود که به روش روایی محتوا تأیید شد. ابزار ریدا که روایی و پایایی آن توسط پازنده (۱۳۹۱) تأیید شده است جهت ارزیابی بهبود زخم مورد استفاده قرار گرفت (۱۳). ابزار ریدا به بررسی قرمزی، ادم، اکیموز، ترشح و فاصله بین دو لبه زخم می‌پردازد و به هر مورد نمره‌ای بین صفر تا سه می‌دهد که نمره صفر به معنی عدم وجود متغیر و نمره ۳ به معنی حداکثر

سطح آن را بپوشاند. روز اول، پنجم و دهم بعد از زایمان محل اپی زیاتومی واحدهای پژوهش، در وضعیت لیتاتومی توسط پژوهشگر با کمک ابزار ریدا مورد بررسی قرار گرفت. تاریخ و ساعت مراجعات بعدی به مادران داده می شد و شماره تلفن پژوهشگر در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت و توصیه شد تا در صورت بروز مشکل، اول پژوهشگر را در جریان قرار دهند. در روز دهم با اهداء هدیه از واحدهای پژوهش قدردانی شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های من ویتنی، تی مستقل، تست دقیق فیشر و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

تعداد واحدهای پژوهش ۷۰ نفر (۳۵ نفر گروه پماد آلفا و ۳۵ نفر در گروه دارونما) بودند. دو گروه از نظر سن ($p=0/976$)، سن بارداری ($p=0/184$)، شاخص توده بدنی ($p=0/541$)، طول مرحله اول ($p=0/119$) و دوم زایمان ($p=0/409$)، تعداد معاینات واژینال مرحله دوم زایمان ($p=0/205$)، طول برش پوستی از فورشت تا انتهای برش ($p=0/915$)، طول برش مخاط ($p=0/074$)، عمیق ترین ناحیه برش ($p=0/609$)، تعداد بخیه های پوستی ($p=0/106$) و وزن نوزاد ($p=0/777$) اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول ۱).

مقدار متغیر می باشد. پس از جمع امتیازات، طبقه بندی آنها به این صورت است: نمره ۰ به معنی بهبودی کامل، ۱-۵ به معنی بهبودی متوسط و ۶-۱۰ به معنی بهبودی ضعیف و نمره ۱۱-۱۵ به معنی عدم بهبودی است. روش گردآوری داده ها به صورت مشاهده، مصاحبه، معاینه و مطالعه پرونده مددجو بود که با حضور مستقیم پژوهشگر در طول مراحل زایمان انجام شد.

واحد پژوهش و پژوهشگر از نوع داروی موجود در قوطی های کددار مطلع نبودند. پژوهشگر از ابتدای پذیرش واحدهای پژوهش در بخش زایشگاه بر بالین مادر حضور داشت و اطلاعات شخصی، روند پیشرفت زایمان، اطلاعات مربوط به نوزاد، اندازه برش اپی زیاتومی، نوع نخ و تعداد بخیه ها و عمق بخیه ها را ثبت می نمود. ۳ ساعت بعد از اتمام اپی زیاتومی توصیه های لازم برای مراقبت از زخم شامل خشک و تمیز نگه داشتن محل، توصیه های بهداشتی و مصرف مرتب آنتی بیوتیک و مسکن های تجویز شده توسط پزشک، توصیه های مربوط به تغذیه به تمام واحدهای پژوهش آموزش داده شد. قوطی های کددار پماد در اختیار واحدهای پژوهش قرار داده شد. به واحدهای پژوهش آموزش داده شد که از ۴۸ ساعت بعد از زایمان تا ۱۰ روز بعد از زایمان روزانه یک بار، بعد از شستشوی پرینه با سرم شستشو و خشک نمودن پرینه، به میزان یک بند انگشت از پماد توسط واحد پژوهش روی زخم کشیده شود؛ به طوری که تمام

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار، میانه و دامنه میان چارکی برخی متغیرهای واحدهای پژوهش در دو گروه

نام متغیر	گروه	پماد آلفا	دارونما	نتیجه آزمون من ویتنی
سن (سال)		۲۴/۶۵±۴/۸۵	۲۴/۶±۴/۷۹	$p=0/976$
سن بارداری (هفته)		۳۸/۸±۱/۰۲	۳۸/۹±۱/۰۶	$p=0/184$
شاخص توده بدنی		۲۲/۰۱±۲/۰۰۲	۲۱/۷۵±۱/۹۴	$p=0/541$
طول مرحله اول زایمان (دقیقه)		۴۵۱±۱۱۳/۷۴	۴۸۰/۶۰۶±۱۲۷/۶	$p=0/119$
طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)		۶۱±۳۶/۸	۵۴/۱±۳۴/۳	$p=0/409$
تعداد معاینه واژینال در مرحله دوم		۲ (۰/۹۲۳)	۲ (۰/۸۷۷)	$p=0/205$
طول برش پوستی از فورشت تا انتهای برش (سانتی متر)		۴±۰/۹	۴±۰/۷۶	$p=0/915$
طول برش مخاط (سانتی متر)		۴/۷±۰/۹۵۷	۴/۲۸±۱/۰۱	$p=0/074$
عمیق ترین ناحیه برش (سانتی متر)		۲/۵±۰/۶۸۳	۲/۵۲±۰/۶۹۶	$p=0/609$
تعداد بخیه پوستی		۵ (۱/۰۳)	۶ (۰/۸۵)	$p=0/106$
وزن نوزاد (گرم)		۳۱۲۰±۳۴۷/۰۵	۳۱۹۳±۴۱۹/۹۶	$p=0/777$

در مقایسه مجموع نمرات حاصل از ۵ متغیر مقیاس ریدا، در روزهای اول، پنجم و دهم از زایمان تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($p=0/976$ ، $p=0/9$ ، $p=0/931$) (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین نمره ترمیم زخم ریدا در روز اول، پنجم و دهم بعد از زایمان در دو گروه

زمان	گروه	دارونما	
		میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی داری*
نمره ریدا در روز اول	۲/۷۴۲ \pm ۲/۳	۲/۶۲۲ \pm ۱/۹۷	$p=0/976$
نمره ریدا در روز پنجم	۱/۰۴ \pm ۰/۹۸۲	۰/۹۴۲ \pm ۰/۸	$p=0/9$
نمره ریدا در روز دهم	۰/۶۵۷ \pm ۰/۵۴۲	۰/۷ \pm ۰/۵۴۲	$p=0/931$

*آزمون من ویتنی

در بررسی متغیرهای ابزار ریدا از نظر قرمزی، ادم، کبودی و ترشح تفاوت بین گروه‌ها در هیچ کدام از روزهای پژوهش معنادار نبود ($p>0/05$). از نظر متغیر فاصله دو لبه زخم فقط در روز اول بعد از زایمان تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مشاهده شد ($p=0/002$) (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین نمره متغیرهای ترمیم زخم ریدا در روز اول، پنجم و دهم بعد از زایمان در دو گروه

متغیر	روز پیگیری پس از زایمان	دارونما	
		میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی داری*
قرمزی	روز ۱	۰/۹۷۱ \pm ۰/۷	۰/۹۱۴ \pm ۰/۴۳
	روز ۵	۰/۴۲۶ \pm ۰/۲۲۸	۰/۵۹۸ \pm ۰/۳۷۱
	روز ۱۰	۰/۳۵۵ \pm ۰/۱۴۲	۰/۳۵۵ \pm ۰/۱۴۲
ادم	روز ۱	۰/۷۵ \pm ۰/۷۱۴	۰/۷۷۱ \pm ۰/۷۷
	روز ۵	۰/۴۷ \pm ۰/۳۱۴	۰/۴۲۶ \pm ۰/۲۲۸
	روز ۱۰	۰/۳۵۱ \pm ۰/۳۱۴	۰/۲۸۴ \pm ۰/۰۸۵۷
کبودی	روز ۱	۰/۵ \pm ۰/۲۵۷	۰/۵ \pm ۰/۲۸۵
	روز ۵	۰/۱۶۹ \pm ۰/۰۲۸۶	۰/۱۶۹ \pm ۰/۰۲۸۶
	روز ۱۰	.	.
ترشح	روز ۱	۰/۸۵۲ \pm ۰/۴۵۷	۰/۹۱۳ \pm ۰/۶
	روز ۵	۰/۲۸۴ \pm ۰/۰۸۵۷	۰/۵۱۳ \pm ۰/۱۷۱
	روز ۱۰	۰/۲۳۵ \pm ۰/۰۵۷۱	۰/۲۳۵ \pm ۰/۰۵۷۱
فاصله دو زخم	روز ۱	۰/۴۹۷ \pm ۰/۴	۰/۵۰۵ \pm ۰/۲۵۷
	روز ۵	۰/۸۷ \pm ۰/۵۲	۰/۴۹ \pm ۰/۳۳
	روز ۱۰	۰/۵۵۷ \pm ۰/۴۲۸	۰/۵۰۵ \pm ۰/۲۵۷

*آزمون من ویتنی

بحث

تسریع بهبودی زخم اپی‌زیاتومی، یکی از اولویتهایی است که همواره مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. در این راستا در مطالعه حاضر تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره ریدا در هیچ یک از روزهای پژوهش مشاهده نشد.

متأسفانه تاکنون پژوهشی بر روی تأثیر پماد آلفا بر روی بهبود زخم اپی‌زیاتومی انجام نشده است، لذا نتایج مطالعه

حاضر با مطالعاتی که پماد آلفا در ترمیم دیگر زخم‌ها از جمله سوختگی به‌کار گرفته شده بود، مقایسه می‌شود. حسینی و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود تحت عنوان "مقایسه بین پماد آلفا و پماد سولفادiazین نقره در درمان سوختگی‌های درجه ۳ آلوده به عفونت‌های سودومونایی" بیشترین استفاده از پماد آلفا را در انواع مشکلات پوستی، جوش، سوختگی و سوختگی پاها گزارش کردند. همچنین بیان کردند که پماد آلفا باعث متوقف شدن

۱٪ گزارش کرده و بیان کردند که پماد آلفا باعث کاهش خارش و ترشح و درد می‌شود. اسیدچرب موجود در پماد آلفا ضد التهاب می‌باشد (۲۱). در مطالعه حاضر متغیرهای مربوط به واکنش یا حساسیت پوستی (خارش، قرمزی، سوزش و لکه لکه شدن پوست) بررسی شد و در هیچ یک از نمونه‌ها هیچ موردی از علائم حساسیت مشاهده نشد و در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. نتایج مطالعات فوق با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد که از علل احتمالی آن می‌توان به متفاوت بودن زخم اپی‌زیاتومی با زخم‌های مطالعه شده، استفاده از نخ‌های کات کوت کرومیک برای ترمیم زخم و اثر احتمالی پماد آلفا بر جذب نخ‌ها، عمیق بودن زخم اپی‌زیاتومی نسبت به دیگر زخم‌ها و محل قرارگیری زخم اپی‌زیاتومی اشاره کرد.

در مطالعه مقایسه‌ای رستگار لاری و همکار (۲۰۰۲) که بین پماد آلفا و پماد سولفادیازین نقره ۱٪ در ترمیم زخم‌های سوختگی با ضخامت نسبی بر روی موش صحرائی انجام دادند، پماد فاندرومول مؤثرتر از پماد سولفادیازین نقره ۱٪ نبود و میزان مرگومیر و فعالیت‌های باکتریایی و ترمیم زخم بین دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت (۲۸) که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. شریعتی و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه خود بر روی اثر پماد آلفا بر زخم‌های سوختگی موش‌های قطع عصب شده و موش‌های با عصب سالم نشان دادند که پماد آلفا زخم‌های سوختگی در موش‌های قطع عصب شده را نیز مانند زخم‌های عصب‌دار بهبود می‌دهد و اثر پماد آلفا قابل مقایسه با پماد سولفادیازین نقره می‌باشد (۲۰) که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر (که پماد آلفا تأثیری بر بهبود زخم نداشت) همخوانی داشت. در مطالعه محسنی‌کیا و همکاران (۲۰۱۵) تحت عنوان مقایسه پماد آلفا و گیاه عجوه (هواچوبه) بر روی بهبودی زخم‌های ایجاد شده در اثر حرارت یا تروما، گیاه عجوه و پماد آلفا نتیجه یکسانی در بهبود زخم داشتند (۲۶) که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

اگرچه میانگین نمره ترمیم زخم اپی‌زیاتومی با توجه به اعداد مورد قبول در جدول ریدا، هم در گروه دارو و هم

رشد باکتری‌ها می‌شود و عفونت زخم در گروه استفاده کننده از پماد آلفا کمتر بود (۲۵). باقری یزدی و همکاران (۲۰۰۱) به بررسی تأثیر پماد آلفا بر التیام سوختگی‌های درجه دو عفونی در موش صحرائی پرداختند و دریافتند که پماد فاندرومول در تأمین قدرت کشش‌پذیری بافت در حال ترمیم و همچنین رگ‌زایی در محل زخم سوختگی مؤثر بوده و باعث تسریع در روند التیام زخم می‌گردد. آنها نتیجه‌گیری کردند که سرعت و کیفیت التیام زخم در گروه فاندرومول بیشتر و بهتر از گروه کنترل می‌باشد (۲۷). خاکساری و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود مؤثر بودن پماد آلفا را بر بهبود زخم سوختگی موش صحرائی تأیید کردند. از یافته‌های مطالعه خاکساری، شیوع کمتر اسکار هیپرتروفیک در زخم سوختگی بهبود یافته در گروه درمان شده با پماد آلفا در مقایسه با گروه‌های دیگر بود. بهبود سریع‌تر زخم در این گروه به دلیل اثرات ضد میکروبی لاوسون و اثرات ترمیمی لاوسون بیان شد. هرچه عفونت و التهاب در محل زخم کمتر باشد، ترمیم زخم سریع‌تر صورت می‌گیرد (۱۷). در مطالعه کبیر سلیمانی و همکاران (۲۰۰۸) نیز که جهت بررسی تأثیر پماد گیاهی آلفا بر روند اپی‌تلیالی شدن بستر زخم سوختگی درجه سه موش صحرائی انجام شد، مدت زمان بهبودی در دو گروه پماد آلفا و سولفادیازین نقره ۱٪ نسبت به گروه کنترل کوتاه‌تر بود و از نظر آماری اختلاف معنی‌داری را نشان داد. این محققین در نتیجه‌گیری پایانی چنین بیان کردند که پماد آلفا باعث افزایش گردش خون منطقه‌ای، تحریک رگ‌زایی در منطقه آسیب دیده، تحریک اپی‌تلیزاسیون و افزایش قدرت کشش‌پذیری بافت در حال ترمیم می‌شود و زخم را به سمت بسته شدن پیش می‌برد (۱۹). حیدری و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود تحت عنوان مقایسه مدت زمان ترمیم سوختگی درجه ۲ در دو روش پانسمان با پماد آلفا و پماد سولفادیازین نقره ۱٪ چنین نتیجه‌گیری کردند که پماد آلفا در ترمیم زخم‌های سوختگی مؤثرتر از پماد سولفادیازین نقره ۱٪ می‌باشد (۲۲). انصاری و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود پماد آلفا را در بهبود درمانیت ناشی از اشعه مؤثرتر از پماد هیدروکورتیزون

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی با دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد که در سایت کارآزمایی بالینی با کد IRCT2015100524371N1 با شماره 1394.582 در کمیته اخلاق به ثبت رسیده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکر و قدردانی می‌شود.

در گروه دارونما در حد قابل قبول بود، اما اثر مثبتی بر تسریع بهبودی زخم پماد آلفا در روزهای مورد مطالعه مشاهده نشد. همچنین هیچ‌گونه مورد عفونت و حساسیت به دارو در بین نمونه‌ها مشاهده نشد. همچنین از نظر متغیر فاصله دو لبه زخم در هر سه روز تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مشاهده نشد و پماد آلفا تأثیری بر نزدیکی لبه‌های زخم نداشت.

نتیجه‌گیری

مصرف پماد آلفا تأثیری در بهبودی زخم اپی‌زیاتومی ندارد.

منابع

1. Khadivzadeh T, Molkizadeh M, Rakhshandeh H, Khajedaloui M. The impact of lavender cream on episiotomy pain and wound healing in primiparous women. *J Mashhad Sch Nurs Midwifery* 2009; 9(1):19-24. (Persian).
2. Myles M, Ruth B, Linda B. Myles textbook for midwives. 16th ed. London: Churchill Livingstone; 2011. P. 458-63.
3. Izuka E, Dim C, Chigbu C, Obiora-Izuka C. Prevalence and predictors of episiotomy among women at first birth in Enugu, south east Nigeria. *Ann Med Health Scie Res* 2014; 4(6):928-32.
4. Trinh AT, Khambalia A, Ampt A, Morris JM, Roberts CL. Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam. *Bull World Health Organ* 2013; 91(5):350-6.
5. Eghdampour F, Jahdie F, Kheyrikhah M, Taghizadeh M, Naghizadeh S, Haghani H. The effect of aloe vera ointment in wound healing of episiotomy among primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(35):25-31. (Persian).
6. Masoumi Z, Keramat A, Hajiaghache R. Systematic review on effect of herbal medicine on pain after perineal episiotomy and cesarean cutting. *J Med Plants* 2011; 4(40):1-16.
7. Gholozar S, Namjouian F, Latifi SM, Mirahi A. Evaluating the effect of oral bromelain (pineapple) on episiotomy wound healing in primiparous women. *Fez J Kashan Univ Med Sci* 2011; 15(2):84-90.
8. Sehhati Shaffaie F, Rashidi Fakari F, Javadzadeh Y, Ghojazadeh M. Effect of the phenytoin cream on episiotomy healing in primipara women. *Shahid Sadoughi Univ J* 2012; 20(2):152-8. (Persian).
9. Estaj Z, Toufeghean T, Najjar L. Techniques and principles of care: according to the latest headlines course of care principles and techniques of the supreme council for planning emergency medical course. 1st ed. Tehran: Andesh Rafeei; 2008. P. 75-6. (Persian).
10. Azhari S, Aradmehr M, Rakhshandeh H, Tara F, Shakeri MT. The effects of chamomile cream on wound healing of episiotomy in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(93):6-26. (Persian).
11. Avijgan M. Aloe Vera gel as an effective and cheap option for treatment in chronic bed sores. *J Guilan Univ Med Sci* 2004; 13(50):45-51. (Persian).
12. Menke NB, Ward KR, Witten TM, Bonchev DG, Diegelmann RF. Impaired wound healing. *Clin Dermatol* 2007; 25(1):19-25.
13. Pazandeh F, Savadzadeh S, Mojab F, Alavi Majd H. Effects of chamomile essence on episiotomy healing in primiparous women. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008; 8(4):364-70. (Persian).
14. Sereshti M, Gholamalishahi I, Moghadas M, Deris F. Comparison of perineal repair techniques of continuous and standard interrupted suturing in normal vaginal delivery. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2011; 12(4):51-7. (Persian).
15. Golozar S, Abbaspour Z, Namjuyan F. Evaluating the effect of oral bromelain (Pineapple) on pain after episiotomy in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 14(6):54-61. (Persian).
16. Golezar S. Ananas comosus effect on perineal pain and wound healing after episiotomy: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Iran Red Crescent Med J* 2016; 18(3):e21019.
17. Shahabodin ME, Amir MP, Amir AA, Rasaie MJ, Parastouee K. Evaluating protective effect of grape seed suspension on glucose, insulin and serum total antioxidant levels after alloxan injection in rat. *Fez J Kashan Univ Med Sci* 2008; 12(2):28-33. (Persian).

18. Heidari M, Shahbazi S. Comparing the effect of dressing with silver sulfadiazine 1% or fundermol herbal ointments on pain management in patients with second-degree burn. *Med Surg Nurs J* 2014; 2(1-2):51-6. (Persian).
19. Kabirsalmany M, Hoseiny A, Khoshbaten A, Rezazadeh M. The effect of fandermol ointment on epitheliation of III degree burn's ulcer in rat. *Med J Cell* 2008; 1:34-5. (Persian).
20. Shariati M, Khaksari M, Jursereee G, Jafari H. The effect of denervation on the response of burn wounds to herbal fundermol ointment in rat. *Koomesh* 2000; 2(1):5-15. (Persian).
21. Ansari M, Dehsara F, Mosalaei A, Omidvari S, Ahmadloo N, Mohammadianpanah M. Efficacy of topical alpha ointment (containing natural henna) compared to topical hydrocortisone (1%) in the healing of radiation-induced dermatitis in patients with breast cancer: a randomized controlled clinical trial. *Iran J Med Sci* 2013; 38(4):293.
22. Daryabeigi R, Heidari M, Hosseini SA, Omranifar M. Comparison of healing time of the 2nd degree burn wounds with two dressing methods of fundermol herbal ointment and 1% silver sulfadiazine cream. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010; 15(3):97-110.
23. Nayak BS, Isitor G, Davis EM, Pillai GK. The evidence based wound healing activity of *Lawsonia inermis* Linn. *Phytother Res* 2007; 21(9):827-31.
24. S, Abbaspour MR, Aminfar S. The effect of local gentamicin solution on episiotomy healing: a randomized controlled clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 16(88):21-8. (Persian).
25. Hosseini SV, Tanideh N, Kohanteb J, Ghodrati Z, Mehrabani D, Yarmohammadi H. Comparison between Alpha and silver sulfadiazine ointments in treatment of *Pseudomonas* infections in 3rd degree burns. *Int J Surg* 2007; 5(1):23-6.
26. Mohsenikia M, Nuraei H, Karimi F, Jamalnia N, Esfahani SA, Rafiee S, et al. Comparing effects of *Arnebia euchroma* and Alpha ointment on wound healing process. *Thrita* 2015; 4(1):e25781.
27. Bagheri Yazdi H, Hosseini A, Khoshbaten A, Baiat M. Assessment morphometry effects fundermol ointment for healing infections in II degree burns for Rat. *Res Med* 2001; 25(1):9-16. (Persian).
28. Lari AR, Alaghebandan R. Silver sulphadiazine and fundermol in the topical treatment of burn wounds: an experimental comparative study in pats. *Arch Iran Med* 2002; 5(3):170-4.