

بررسی اثر پماد زردچوبه بر بهبود زخم ناشی از اپی زیاتومی در زنان نخست زا

ناهید گل‌مکانی^۱، الهامه ربیعی مطلق^۲، دکتر فاطمه تارا^۳، دکتر جواد اصیلی^۴، دکتر محمد تقی شاکری^۵

۱- کارشناس ارشد مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲- کارشناس ارشد مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۳- استادیار زنان و زایمان، بیمارستان ام البنین (س)، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۴- استادیار فارماکولوژی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۵- استادیار آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۷/۱۶

تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۶

خلاصه

مقدمه: یکی از مداخلات پزشکی در زایمان، اپی زیاتومی می باشد که برای وسیع ترکردن میان‌دوره به‌کرمی‌رود زردچوبه یکی از قدیمی ترین گیاهان دارویی است که بدلیل دارا بودن کورکومینوئیدها، دارای خاصیت بهبود زخم می باشد. این مطالعه با هدف تعیین اثر پماد زردچوبه بر بهبود زخم ناشی از اپی زیاتومی در خانم های نخست زا انجام گردید.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی دو سو کور که بر ۸۴ زن نخست زای ۱۷ تا ۳۵ ساله واجد شرایط پژوهش که جهت زایمان طبیعی به بیمارستان زنان ام البنین (س) مشهد مراجعه کرده بودند، انجام گردید. پس از زایمان، مادران گروه کنترل پماد زردچوبه و گروه شاهد پماد دارونما را روزی دوبار (۱۲±۲ ساعت) به مدت ده روز استفاده کرده و ارزیابی میزان بهبود اپی زیاتومی در روزهای هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان با استفاده از ابزار ریدا (قرمزی، ادم، کبودی، ترشح از زخم، فاصله دو لبه زخم) انجام شد. داده ها با استفاده از آزمون تی، کای دو و من ویتنی تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: از ۶۳ نفر، ۳۲ نفر در گروه مطالعه و ۳۱ نفر در گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و سایر متغیرهای مداخله گر اختلاف آماری معنی داری نداشتند. مقایسه نمره ریدا در روز هفتم پس از زایمان نشان داد که میانگین نمره در گروه مطالعه (۱/۶۸ ± ۲/۸۴) و در گروه کنترل (۱/۴۵ ± ۴/۳۵) می باشد و تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه وجود دارد (p<۰/۰۰۱). بطور مشابه در بررسی روز دهم پس از زایمان میانگین نمره ریدا در گروه مطالعه (۱/۵۹ ± ۲/۰۹) تقریباً نصف نمره میانگین بهبود زخم در گروه کنترل (۱/۷۷ ± ۴/۱۰) بود و دو گروه اختلاف آماری معنی داری با یکدیگر داشتند (p<۰/۰۰۱). بررسی زخم اپی زیاتومی در روز ۱۴ پس از زایمان نیز نشان داد که هم چنان نمره ریدا در گروه مطالعه کمتر از یک دوم نمره گروه کنترل است و دو گروه از نظر بهبود زخم تفاوت آماری معنی داری را نشان می دهند (p=۰/۰۱۲).

نتیجه گیری: استفاده از پماد زردچوبه سرعت بهبود زخم اپی زیاتومی را افزایش می دهد به عبارت دیگر بهبود برش اپی زیاتومی در گروه مطالعه را تا روز ۱۴ به میزان ۴ روز ارتقا می‌دهد و می‌تواند به‌عنوان ارتقا دهنده بهبود اپی زیاتومی در خانمهای نخست زا پیشنهاد گردد.

کلمات کلیدی: اپی زیاتومی، زردچوبه، بهبودی، نخست زا

* نویسنده مسؤول: ناهید گل‌مکانی

آدرس: مشهد، چهارراه دکتر، دانشکده پرستاری و مامائی مشهد،

دانشگاه علوم پزشکی مشهد golmakanin@mums.ac.ir

تلفن: ۴۴۴۶۰۳۰ (۵۱۱) +۹۸



مقدمه

یکی از مداخلات پزشکی در زایمان، اپی زیاتومی^۱ می باشد که برای وسیع تر کردن میاندوره به کار می رود (۱). اپی زیاتومی به معنی برش پودندا^۲ و پریئوتومی^۳ به معنی برش میاندوره است؛ با وجود این بطور رایج از واژه اپی زیاتومی مترادف با پریئوتومی استفاده می شود (۲). شیوع اپی زیاتومی دامنه جغرافیایی وسیعی از ۸٪ در هلند تا ۲۰٪ در انگلستان و ۵۰٪ در ایالات متحده و ۹۹٪ در برخی از کشورهای اروپای شرقی دارد (۳). کلوسنر و همکاران معتقدند اگرچه اپی زیاتومی دیگر به عنوان یک عمل روتین توصیه نمی شود، اما همچنان تقریباً ۴۰٪ زایمانها انجام می گردد (۴). در ایران آمار دقیقی از میزان اپی زیاتومی در دسترس نمی باشد، اما با توجه به میزان بالای مولید احتمالاً اپی زیاتومی در ایران نیز از فراوانی بالایی برخوردار است. به طوری که در سال ۱۳۸۴ میزان اپی زیاتومی در زنان نخست‌زا بر اساس مدارک موجود در بیمارستان زنان ام‌البین (س) شهر مشهد ۸۸/۳۲ درصد (۱۷۶۹ نفر) بوده است (۵). اپی زیاتومی نیز مانند هر برش دیگر جراحی خطرانی را در بردارد که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد: درد و ناراحتی میاندوره، خونریزی، عفونت، آبسه، هماتوم، صدمه به اسفنکتر مقعد و مخاط مقعد، باز شدن زخم و گسترش پارگی (۴، ۶-۸). با آنکه اغلب این عوارض تهدیدکننده حیات نیستند، اما این مشکلات تعداد زیادی از زنان را تحت تاثیر قرار می دهند (۹). عفونت زخم میاندوره اگرچه نادر است، معمولاً در روز ۳ یا ۴ بعد از زایمان ایجاد می شود (۴). شوک سپتیک مخاطره آمیز با وجود نادر بودن ممکن است هنوز در اثر آلودگی زخم اپی زیاتومی رخ دهد (۱۰). از آنجا که اپی زیاتومی دارای آثار فیزیولوژیک، روانشناختی و اقتصادی-اجتماعی بر زنان

است، لذا نه تنها تصمیم به انجام آن بلکه چگونگی انجام این تکنیک و کیفیت مراقبت بعدی از آن نیز دارای اهمیت می باشد (۱۱). از اینرو به حداقل رساندن آسیب میاندوره باید در رأس مراقبت های زایمانی قرار گیرد و داشتن درک روشن از نحوه اداره آسیب وارد شده به میاندوره یک نیاز ضروری برای هر فرد شاغل در امور مامایی است (۱۲). اقدامات فراوانی برای کاهش درد میاندوره و تسریع بهبود زخم پیشنهاد شده است که از جمله آنها می توان: رعایت بهداشت میاندوره و شستشوی مرتب ناحیه فرج، خشک نگه داشتن محل زخم، استفاده از نمک و ساون در آب شستشو، استفاده از گرمای خشک بوسیله تاباندن اشعه لامپ مادون قرمز، حمام نشیمن سرد و گرم، انجام ورزش کجل، استفاده از پدهای عصاره گیاهانی نظیر اسطوخودوس، بابونه، هماور، همیشه بهار و... را نام برد (۳، ۴، ۱۳-۱۷). گرچه اثرات این درمان ها در کاهش درد یا افزایش بهبود زخم تا به امروز بوسیله یافته های پژوهشی کارآزمایی های بالینی بطور قطع تایید نشده (۱۶) و هنوز تحقیقات اندکی در مراقبت از این زخم بسیار شایع انجام شده است (۱۸).

نگاهی به گذشته نشان می دهد که داروهای گیاهی که مهمترین قسمت طب سنتی را تشکیل می دهند، پیشینه ای برابر عمر بشر دارند (۱۹). طب سنتی ایران تاریخی بیش از ۳۰۰۰ سال دارد و قبل از طب مدون در بین مردم مرسوم بوده و با عقاید و باور مردم عجین شده است (۲۰). یکی از قدیمی ترین گیاهان دارویی زردچوبه^۴ است (۲۱). زرد چوبه گیاهی علفی، پایا و از خانواده زنجبیل^۵ است (۲۲). ریزوم زردچوبه شامل ۵٪ کرکومینوئید^۶ است که سردرسته آنها کرکومین^۷ می باشد (۲۳). در عصاره ی خام ریزوم زردچوبه تقریباً ۶۰-۷۰٪ کورکومین وجود دارد (۲۴) که خواص متعددی را برای آن ذکر کرده اند از جمله خواص ضد التهابی، ضد باکتریایی، ضد ویروسی و دارای عملکرد

4- Turmeric, Curcuma

5- Zingiberaceae

6-Curcuminoid

7-Curcumin (Diferuloylmethan)

1- Episiotomy

2- Pudenda

3- Prineotomy

بهبود زخم است (۲۵،۲۴). فاکتور رشد تغییر شکل دهنده بتا ($TGF\beta$)^۱ میزان ظهور فیبرونکتین و کلاژن و در نتیجه میزان تشکیل بافت گرانوله را افزایش می دهد و کورکومین موجود در عصاره الکی زردچوبه سبب تنظیم میزان $TGF\beta$ و نیتریک اکسید در بافت صدمه دیده گشته و باعث تنظیم بهتر تشکیل بافت گرانوله و هدایت فاکتورهای رشد در زخم می گردد (۲۶). با توجه به اهمیت کاهش عوارض ناشی از صدمات میاندوراه در زایمان های طبیعی و از آنجا که در فرهنگ ایران گیاه زردچوبه گیاهی شناخته شده، در دسترس و اغلب مورد پذیرش عموم است و با توجه به اینکه تاکنون مطالعات انسانی کامل و اساسی برای بررسی خواص بهبود زخم زردچوبه درمدل های انسانی انجام نشده، این مطالعه با هدف تعیین اثر پماد زردچوبه بر بهبود زخم ناشی از اپی زیاتومی در زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان زنان ام البنین (س) شهر مشهد در سال ۱۳۸۶ انجام شده است.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور می باشد که روی ۸۴ زن نخست زای واجد شرایط که جهت زایمان طبیعی به بیمارستان زنان ام البنین (س) مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه پایلوت (جهت بدست آوردن میانگین و انحراف معیار جمعیت مورد پژوهش) و سپس با استفاده از فرمول اختلاف میانگین انجام شد. ریزوم های زردچوبه با نام علمی *Curcuma longa L.* از بازار گیاهان دارویی مشهد خریداری و پس از اثبات هویت آن توسط هرباریوم دانشکده داروسازی مشهد توسط آسیاب خرد گردید. سپس با استفاده از حلال اتانول ۹۰٪ عصاره گیری به روش پرکولاسیون انجام شد (۲۳). عصاره هیدروالکی به دست آمده توسط دستگاه تبخیر

رتاری^۲ و در فشار کاهش یافته و دمای ۵۵-۶۰ درجه سانتیگراد تا حد خشک شدن تغلیظ گردید. درصد استحصال عصاره هیدروالکی ۹۰٪ از ریشه های گیاه (وزنی/وزنی ۵٪) تعیین گردید. برای تهیه پماد استریل ابتدا تیوپ های فلزی خالی ۳۰ گرمی و وازلین توسط روش حرارت خشک و با کمک دستگاه آون^۳ به مدت ۱/۵ ساعت در دمای ۱۸۰ درجه سانتی گراد استریل گردید. بعد از کاهش دمای وازلین در حالت مذاب و قبل از سفت شدن، عصاره تغلیظ شده به آن افزوده شده (وزنی/وزنی ۵٪) و به سرعت و در شرایط آسپتیک اقدام به پر کردن تیوپ های استریل و بستن انتهای آنها گردید. دارونما با استفاده از پایه وازلین و چند قطره از عصاره هیدرو الکی تغلیظ نشده ریزوم زردچوبه به- شکل پماد استریل و در تیوپ های سر بسته هم شکل و هم رنگ بایسته های دارو تهیه شد. سپس تیوپ های یکسان دارو و دارونما توسط استاد مشاور داروساز بدون اطلاع پژوهشگر کدگذاری شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل نخست زای بودن، سن حاملگی بین ۳۷-۴۲ هفته کامل، داشتن جنین زنده و تک قلو، عدم استفاده از داروی خاص^۴ و عدم سابقه بیماری های مختل کننده بهبود زخم مانند بیماریهای مزمن سیستمیک، قلبی، کلیوی، ریوی، اختلال انعقادی، نقص ایمنی، اختلال بافت همبند، دیابت، کم خونی، بیماریهای روانی، هموفیلی و سوء تغذیه بود.

مهمترین معیارهای خروج از مطالعه شامل: سابقه جراحی ترمیمی روی مهبل و میاندوراه، عدم تطابق سرجنین با لگن مادر در معاینه لگنی، اختلال در پیشرفت زایمان^۵، خروج دستی جفت، افزایش درجه اپی زیاتومی،

2 - Rotary evaporator

3 - Oven

۴- داروهای گلوکوکورتیکوئید - ضد انعقاد - شیمی درمانی - سرکوب کننده ایمنی - پرتو درمانی

5 - مرحله اول زایمان بیشتر از ۲۰ ساعت و طولانی شدن مرحله دوم بیشتر از ۲ ساعت (زایمان طولانی) و یا میزان پیشرفت اتساع دهانه رحم بیشتر مساوی ۵ سانتیمتر در ساعت یا مدت لیبر کمتر از ۳ ساعت (زایمان سریع).

1 - Transforming growth factor- β

عدم استفاده پماد به طور مرتب و طبق دستور^۱ تعیین شد. پس از اخذ مجوز کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش مبتنی بر هدف انتخاب و پس از کسب رضایت نامه کتبی با تخصیص تصادفی نفر اول و سپس بصورت یک در میان در فاز فعال مرحله اول زایمان در یکی از دو گروه دارو یا دارونما قرار می‌گرفتند. مراقبت های قبل از زایمان، انجام زایمان و ترمیم اپی زیاتومی توسط کمک پژوهشگر انجام شده و مادر در بخش مامایی توسط پژوهشگر آموزش های لازم در مورد نحوه مراقبت از میاندوراه و بخیه ها، بهداشت فردی، تغذیه و میزان فعالیت فیزیکی را دریافت می‌کرد. سپس یک بسته پماد کد گذاری شده به مادر تحویل و نحوه استفاده از پماد آموزش داده می‌شد. بدین صورت که پس از شستن کامل دست ها و ناحیه میاندوراه و خشک کردن آن با دستمال تمیز، پماد را به اندازه یک بند انگشت روی ناحیه بخیه ها بطوریکه روی آن را ببوشاند قرار داده و پس از ۲-۱ دقیقه از یک نوار بهداشتی تمیز استفاده کند و این کار را روزی دو بار (۱۲±۲ ساعت) تا ده روز ادامه دهد. وضعیت بهبود اپی زیاتومی با استفاده از مقیاس^۲ REEDA (۲۷) در وضعیت لیتوتومی در روزهای ۷، ۱۰، و ۱۴ پس از زایمان بررسی شده و شدت درد در دو وضعیت خوابیده و نشسته با استفاده از ابزار دیداری درد سنجش گردید. در مراجعه روز چهاردهم وزن و قد مادران برای مقایسه شاخص توده بدنی در دو گروه اندازه گیری می‌شد. در صورت بروز هرگونه عارضه (مانند بروز حساسیت به پماد) بدنبال مصرف دارو مداخله قطع گشته و عوارض ثبت می‌شد و در نهایت گزارش می‌گردید. پیگیری روند بهبود اپی زیاتومی در مادران در طی ۱۴ روز بر اساس معیار عینی سنجش زخم ریدا طراحی گردید. این ابزار دارای ۵ معیار قرمزی، ادم، کبودی، ترشح و فاصله بین دو لبه زخم می

باشد که به هر کدام نمره ای بین صفر تا سه تعلق می‌گیرد: صفر به معنای عدم وجود متغیر و سه بالاترین نمره ای است که به حضور متغیر مورد نظر داده می‌شود. پس از جمع آوری اطلاعات، کد گذاری و داده ها با استفاده از نرم افزار ۱۱ SPSS و آزمونهای آماری کای دو، فیشر، تی تست و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل و پردازش قرار گرفتند. در تمام موارد ضریب اطمینان ۹۵٪ و $\alpha = 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

در طول مطالعه ۱۷ نفر بدلیل دارا بودن یکی از معیارهای حذف از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۶۳ نفر پژوهش رابه پایان رساندند (۳۲ نفر در گروه مطالعه و ۳۱ نفر در گروه کنترل). دو گروه از نظر مشخصات فردی مانند: سن، تحصیلات، اشتغال، تحصیلات همسر، کفایت درآمد خانواده، شاخص توده بدنی در ۱۴ روز بعد از زایمان و مشخصات بارداری مانند مراقبت های دوران بارداری، میانگین سن بارداری و طول جسم میاندوراه و سایر متغیر های مداخله گر در طی زایمان مانند طول و عمق برش اپی زیاتومی و طول مراحل زایمانی اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($p > 0.05$). تنها تعداد افراد استفاده کننده از اکسی توسین در مرحله اول و دوم زایمان و دوز مصرفی آن در دو گروه تفاوت آماری معنی دار داشت که با استفاده از آزمون^۳ GLM از نوع متغیر تکرار شونده^۴ اثر این مداخله گر حذف گردید.

بررسی اپی زیاتومی از نظر قرمزی محل زخم در روزهای هفتم و چهاردهم نشان داد که در روزهای هفتم و چهاردهم پس از زایمان دو گروه تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر دارند ($p = 0.029$ و $p = 0.046$). بررسی میزان ادم ناحیه اپی زیاتومی در روزهای دهم و چهاردهم نشان می‌دهد که نمره ادم زخم در گروه

1- کمتر از هفت روز یا کمتر از ۱۴ مرتبه از پماد استفاده کرده باشد.

2 - Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation

3-General Linear Model
4-Repeated Measurement

چهاردهم نمره دریافتی در گروه کنترل بیش از ۳/۵ برابر گروه مطالعه است و دو گروه تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر دارند ($p=0/000$ و $p=0/007$ ، جدول ۱).

مطالعه کمتر از نصف نمره گروه کنترل است (۰/۵) در برابر ۱/۱۳ و ۰/۳۱ در برابر ۰/۷) و دو گروه دارای تفاوت آماری معنی دار می باشند ($p=0/002$ و $p=0/025$). بررسی ترشح از زخم نشان می دهد که در روز دهم و

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات مقیاس ریدا در بهبود اپی زیاتومی در روزهای هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان در زنان نخست زای مصرف کننده پماد زردچوبه و پلاسبوردی بیمارستان زنان ام البنین (س) مشهد، ۱۳۸۶

آزمون آماری	کنترل		مطالعه		گروه نمره ریدا
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
t- test $t = 3/807$ $p = 0/000$, $df = 61$	۳۱	$4/35 \pm 1/45$	۳۲	$2/84 \pm 1/68$	روز هفتم
t- test $t = 4/704$ $p = 0/000$, $df = 61$	۳۱	$4/10 \pm 1/77$	۳۲	$2/09 \pm 1/59$	روز دهم
Mann-whitney $p = 0/012$, $Z = 2/502$	۳۱	$2/36 \pm 2/21$	۳۲	$0/9 \pm 1/42$	روز چهاردهم

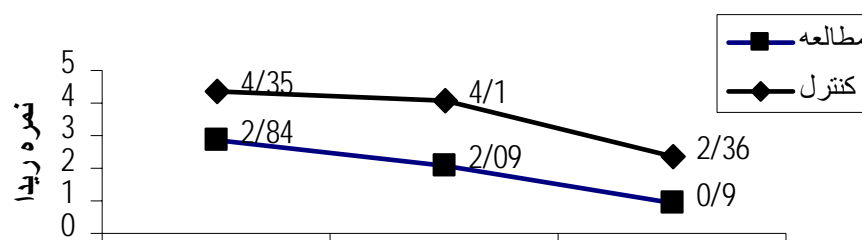
اپی زیاتومی ۴ روز پس از اتمام درمان نیز نشان داد که همچنان نمره ریدا در گروه مطالعه کمتر از نیمی از نمره گروه کنترل است و دو گروه از نظر بهبود زخم تفاوت آماری معنی داری را نشان می دهند ($p=0/012$). با کنترل متغیر اکسی توسین نیز نتیجه بدست آمده در مورد نمرات ریدا مجددا تایید گردید ($p<0/003$). (نمودار ۱)

مقایسه مجموع نمرات حاصل از ۵ متغیر مقیاس ریدا نشان داد که نمره ریدا در روز هفتم پس از زایمان در گروه مطالعه ($2/84 \pm 1/68$) و در گروه کنترل ($4/35 \pm 1/45$) می باشد و تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه وجود دارد ($p<0/001$ ، جدول ۲).

بطور مشابه بررسی روز دهم پس از زایمان نشان داد که میانگین نمره ریدا در گروه مطالعه ($2/09 \pm 1/59$) تقریباً نصف نمره میانگین بهبود زخم در گروه کنترل ($4/10 \pm 1/77$) است و دو گروه اختلاف آماری معنی داری با یکدیگر دارند ($p<0/001$). بررسی زخم

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات قرمزی، ادم، ترشح از زخم و فاصله دو لبه زخم و کبودی در اپی زیاتومی بر اساس مقیاس ریدا در روز هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان در زنان نخست زای مصرف کننده پماد زردچوبه و دارونما در بیمارستان زنان ام البنین (س) شهر مشهد، ۱۳۸۶

متغیر	گروه	مطالعه		کنترل		آزمون آماری من ویتنی
		انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	
قرمزی	روز ۷	۱/۰۶ ± ۰/۸۰	۳۲	۱/۵۲ ± ۰/۷۶	۳۱	$p = ۰/۰۲۹, Z = ۰/۶۶۳$
	روز ۱۰	۰/۸۱ ± ۰/۸۲	۳۲	۱/۰۶ ± ۰/۶۸	۳۱	$p = ۰/۱۲۸, Z = ۱/۵۲۳$
	روز ۱۴	۰/۲۱ ± ۰/۴۹	۳۲	۰/۵۶ ± ۰/۷۵	۳۱	$p = ۰/۰۴۶, Z = ۱/۹۹۸$
ادم	روز ۷	۰/۸۴ ± ۰/۷۲	۳۲	۱/۱۶ ± ۰/۷۳	۳۱	$p = ۰/۰۹۹, Z = ۱/۶۴۸$
	روز ۱۰	۰/۵ ± ۰/۵۶	۳۲	۱/۱۳ ± ۰/۸۰	۳۱	$p = ۰/۰۰۲, Z = ۳/۱۶۱$
	روز ۱۴	۰/۳۱ ± ۰/۶۶	۳۲	۰/۷ ± ۰/۷۷	۳۱	$p = ۰/۰۲۵, Z = ۲/۲۳۹$
ترشح	روز ۷	۰/۳۱ ± ۰/۶۴	۳۲	۰/۶۵ ± ۰/۷۹	۳۱	$p = ۰/۰۵۷, Z = ۱/۹۰۶$
	روز ۱۰	۰/۲۸ ± ۰/۵۸	۳۲	۱/۰۳ ± ۰/۹۸	۳۱	$p < ۰/۰۰۱, Z = ۳/۴۸۵$
	روز ۱۴	۰/۲۱ ± ۰/۴۹	۳۲	۰/۸۵ ± ۱/۰۲	۳۱	$p = ۰/۰۰۷, Z = ۲/۶۹۱$
فاصله دو لبه زخم	روز ۷	۰/۷۲ ± ۰/۶۳	۳۲	۱/۰۳ ± ۰/۶۵	۳۱	$p = ۰/۰۶۰, Z = ۱/۸۸۱$
	روز ۱۰	۰/۵۹ ± ۰/۶۱	۳۲	۰/۸۷ ± ۰/۶۱	۳۱	$p = ۰/۰۷۵, Z = ۱/۷۸۳$
	روز ۱۴	۰/۲۸ ± ۰/۵۲	۳۲	۰/۳۳ ± ۰/۵۵	۳۱	$p = ۰/۶۵۵, Z = ۰/۴۴۶$
کبودی	روز ۷	۰	۳۲	۰	۳۱	$Z=۰, p=۱/۰$
	روز ۱۰	۰	۳۲	۰	۳۱	$Z=۰, p=۱/۰$
	روز ۱۴	۰	۳۲	۰	۳۱	$Z=۰, p=۱/۰$



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمرات مقیاس ریدا در بهبود زخم اپی زیاتومی در روزهای هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان در در زنان نخست زای مصرف کننده پماد زردچوبه و پلاسبورد در بیمارستان زنان ام البنین (س) شهر مشهد، ۱۳۸۶

بحث

بررسی معیارهای ابزار ریدا در اپی زیاتومی نشان می دهد که نمره ی قرمزی، ادم و ترشح از زخم حداقل در دو نوبت از ویزیت ها در گروه مطالعه کمتر از گروه کنترل است و این اختلاف معنی دار می باشد ($p < 0/05$) (جدول ۲). فاصله بین دو لبه زخم اگرچه در گروه مطالعه کمتر می باشد اما تفاوت آماری معنی داری را نشان نمی دهد، در حالی که بررسی طول بازماندگی زخم در روز دهم نشان می دهد که در گروه مطالعه طول قسمت بازمانده کمتر از گروه کنترل است و این تفاوت معنی دار می باشد ($p = 0/011$). مقایسه نمره ریدا در روزهای هفتم و چهاردهم نشان می دهد که سرعت بهبود زخم در گروه مطالعه تا روز هفتم تقریباً ۲ برابر گروه کنترل است. به عبارت دیگر سرعت بهبود زخم در گروه نمره ریدا در گروه کنترل در روز ۱۴ بسیار نزدیک به نمره گروه درمان شده با پماد زردچوبه در روز ۱۰ است. به عبارت دیگر پماد زردچوبه بهبود زخم اپی زیاتومی در گروه مطالعه را تا روز ۱۴ به میزان ۴ روز تسریع می کند (نمودار ۱). این یافته هم سو با مطالعه سیدهو و همکاران است (۲۸). آنها در مطالعه خود در مدل حیوانی نشان دادند که زخم های درمان شده با کورکومین سریع تر از زخم های حیوانات درمان نشده بسته شدند. از مقایسه تصاویر زخم ها معلوم شد که اندازه ناحیه زخم در گروه کنترل در روز ۹ همان است که در گروه درمان شده در روز ۷ بدست آمده بود، یعنی درمان با کورکومین جمع شدگی زخم را به میزان ۲ روز ارتقاء داده بود. در مطالعه مانی و همکاران بر روی آثار درمان با کورکومین موضعی بر روی بهبود زخم های پوستی مختل شده با دگزامتازون، نشان داده شد که کورکومین به صورت چشم گیری بهبود زخم را با یا بدون درمان با دگزامتازون افزایش می دهد که این

امر بوسیله کاهش در طول و عرض دهانه زخم در مقایسه با گروه کنترل مشخص شد (۲۹).

درمان با کورکومین همچنین مدت زمان ترمیم زخم را کاهش می دهد، جایگزینی کلاژن را بهبود می بخشد فیبروبلاست ها و تراکم عروقی را در زخم افزایش داده و سبب بهبود زخم می گردد. همچنین نشان داده شده است که کورکومین اثرات مفیدی روی مواد پیش عروقی در بهبود زخم بوسیله القاء فاکتور رشد تغییر شکل دهنده بتا دارد که شامل عروق سازی و نیز اجتماع ماتریکس خارج سلولی می شود، که این مسئله در طی فاز باز آرای ترمیم زخم ادامه می یابد (۳۰).

گاپینات و همکاران در مطالعه خود با هدف بررسی فرآیند ترمیم زخم پوستی توسط کورکومین همراه با کلاژن نشان دادند که مهاجرت سلولهای التهابی همراه با ظهور بالای فیبروبلاست و کلاژن در گروه درمان با کورکومین نشانگر یک روند نرمال ولی سریع تر بهبود زخم است (۳۱) که این یافته نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر می باشد. در این مطالعه بررسی درد ناحیه اپی زیاتومی بر اساس مقیاس دیداری درد در دو حالت نشسته و خوابیده انجام شد و بر اساس این ابزار مادران خود به درد ناحیه اپی زیاتومی بین صفر (بی درد) و ده (بیشترین درد قابل تصور) نمره می دادند. بررسی شدت درد مادران در ۱۲ ساعت اول، روز هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان نشان داد که بر اساس آزمون های آماری دو گروه از لحاظ شدت درد اختلاف آماری معنی داری با یکدیگر ندارند. خواص درمانی زردچوبه مانند خاصیت ضد التهابی، به فعالیت کورکومین موجود در آن در مهار اسیدآراشیدونیک، مهار سنتز پروستاگلاندینها، مهارسیکلوآکسیژناز و مهار لیپوآکسیژناز و پایدارسازی غشای لیزوزوم نسبت داده می شود (۲۴). باید توجه داشت که خاصیت مهارتی کورکومین وابسته به دوز بوده و اثر آن روی سلولهای مختلف فرق می کند (۳۲)، بطوری که هانگ و همکاران گزارش کردند که کورکومین با غلظت ۱۰۰ میکرومول غالباً بطور کامل تشکیل متابولیت های

یکسان و انتخاب تصادفی افراد این مسائل تا حدودی کنترل گردند.

نتیجه گیری

پژوهشگران پیشنهاد می کنند که با توجه به اثرات پماد زردچوبه در افزایش سرعت بهبود اپی زیاتومی همچنین با توجه به اینکه در هیچ یک از مادران عارضه جانبی از مصرف پماد گزارش نشده است و میزان رضایت از درمان در مادران از سطح بالایی برخوردار است این دارو به عنوان ارتقا دهنده بهبود اپی زیاتومی در خانم های نخست را استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد جهت تامین هزینه طرح و کادر محترم بیمارستان زنان ام البنین(س) و مرکز تحقیقات سلامت زنان مشهد و نیز بیماران عزیز و کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، قدردانی می شود.

وابسته به سیکلواکسیژناز در اپیدرم موش را مهار می کند و مطالعه و در غلظت ۵۰ میکرومول فعالیت سیکلواکسیژناز در حد ۲۵ درصد مهار می شود (۳۲). به نظر می رسد که کورکومین سنتز پروستاگلاندین های مهم را از طریق مهار آنزیم سیکلواکسیژناز مهار می کند (۲۳) و در مقایسه اثر داروی ضد التهاب غیر استروئیدی ایبوپروفن ده مرتبه قوی تر از کورکومین می باشد. لذا خاصیت ضد دردی کورکومین زردچوبه وابسته به دوز می باشد و احتمالاً در استفاده موضعی از پماد ۵ درصد زردچوبه سطح بی دردی حاصل نمی شود. آزمون من ویتنی در مورد رضایت از درمان در مادران را نشان داد که میانگین نمره رضایت مادران بر مبنای صفر تا ۱۰ (صفر به معنای عدم رضایت و ۱۰ رضایت کامل) در هر دو گروه ۹ بود.

از محدودیت های این پژوهش عدم امکان بررسی دقیق وضعیت بهبود زخم اپی زیاتومی از طریق انجام بیوپسی روی برش های تمیز بخیه در انسان می باشد. همچنین عدم امکان کنترل کامل وضعیت تغذیه، سطح بهداشت افراد و میزان تحرک فیزیکی در هر فرد که مؤثر بر بهبود زخم هستند از محدودیت های این پژوهش است. گرچه سعی گردید با ارائه آموزش های

منابع

1. Moshkbid Haghghi M, Hoseini Z, Ebrahimi A, Haghani H. A study of effect of diclofenac supp. on perineal pain after delivery. Iranian J Nurs Midwifery 2000;13(26):21-5.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22th ed. New York: McGraw-Hill; 2005:409-41.
3. Drife J, Magowon B. Clinical obstetrics and gynecology. New York: Saunders; 2004:403.
4. Klossner NJ. Introductory maternity nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:252-8.
5. Navabi Rigi SH, Abedian Z, Poorjavad M, Smaeli H. Comparing the effect of cooling jell pads and ice pack, after episiotomy on the intensity of perineal pain. Tabibe_Shargh J 2007;9(1):27-36.
6. Golmakani N, Refaie Saeidi SH, Mazlum R, Soltani B. Evaluation of the perineal trauma level in primiparous women with routine and selective episiotomy. The Iranian J Obstet Gynecol Infert 2008;11(1):39-46.
7. Scott JR, Gibbs HS, Karlan BI, Haney AF. Danforth's Obstetric and gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin; 2003:21-43.
8. Olds SB, London ML, Wielandladewig P, Pavidson RM. Maternal- newborn nursing women's health care. 7th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentic Hall; 2004:733.

9. Upton A, Roberts CL, Ryan M, Faulkner M, Reynolds M, Raynes-Greenow C. A randomized trial, conducted by midwives, of perineal repairs comparing a polyglycolic suture material and chromic catgut. *Midwifery* 2002;18:223-9.
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. *Williams obstetrics*. 22th ed. New York: McGraw-Hill; 2005:711-24.
11. Karacam Z, Eroglu K. Effect of episiotomy on bonding and mother's health. *J Adv Nurs* 2003;43(4):384-94.
12. Cardozo L, Drife J, Kean L, Kilby M, Kitchener H, Ledger W. *Obstetrics and gynecology: an evidence based text for MRCOG*. London: Arnold; 2004:427.
13. Murray S., McKinney E., Gorrie T. *Foundation of maternal -new born nursing*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2002:408.
14. Decherney AH, Nathan L. *Current obstetric and gynecology: diagnosis & treatment*. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2002:213-22.
15. Varney H, Kriebs JM, Geogor CL. *Varney's midwifery*. 4th ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2004:1060-280.
16. Fraser DM, Coope MA. *Myles text book for midwives*. 14th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2003:632.
17. Adele P. *Maternal & child health nursing: care of the child-bearing & child bearing family*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:612.
18. Tay SK, Soong SL, Choo BM. Is routine procaine spirit application necessary in the care of episiotomy wound?. *Singapore Med J* 1999;40(9).
19. Ziai A, Mesgarpoor B. *Medicinal plant, evidence-based-contraindication and drug interaction*. Tehran: Teimourzadeh Medical Publication; 2005:92.
20. Naseri M. *Development of traditional medicine and WHO Guideline*. Daneshvar Pezeshki J 2004;11(52):53-68.
21. Zargari A. *Medicinal plant*. 5th ed. Tehran: Tehran University; 1995:163.
22. Evans WC. *Trease and evans, pharmacogenosy*. 15th ed. New York: W.B. Saunders; 202:418.
23. Kohli K, Ali J, Ansari M, Raheman Z. *Curcumin: a natural antiinflammatory agent*. *Indian J Pharmacology* 2005;37 (3):141-7.
24. Kundu S, Biswas TK, Das P, Kumar S. *Turmeric (curcuma longa) rhizome paste and honey show similar wound healing potential: a preclinical study in rabbits*. *Lower Extremity Wounds* 2005;4(4):205-13.
25. Houghton G P, Raman A. *Laboratory handbook for the fractionation of natural extracts*. London: Chapman & Hall; 1998:27-8.
26. Maheshwari RK, Singh AK, Gaddipati J, Srimal R. C. *Multiple biological activities of curcumin: short review*. *Life Sci* 2006;78:2081.
27. Fleming VEM, Hagen S, Niven C. *Does perineal suturing make a difference?*. *Suns Trial Biol* 2003 July;110:684-9.
28. Sidhu GS, Mani H, Gaddipati JP, Singh AK. *Curcumin enhances wound healing in streptozotocin induced diabetic rats and genetically diabetic mice*. *Wound Rep Reg* 1999;7:362-374
29. Mani H, Sidhu GS, Kumari R, Gaddipati JP. *Curcumin differentially regulates TGF-beta1, its receptors and nitric oxide synthase during impaired wound healing*. *Biofactors* 2002;16(1-2):29-43.
30. Thanqazh RL, Sharma A, Maheshwari Rk. *Beneficial role of curcumin in skin deases*. *Adv Exp Med Bio* 2007;595:343-57.
31. Gopinath D, Rafiuddin Ahmad M, Gomathi K, Chitra K, Sehgal PK, Jayakumar R. *Dermal wound healing processes with curcumin incorporated collagen films*. *Biomaterials* 2004;25:1911-17. Available at: www.sciencedirect.com.



32. Hong J, Bose M, Ju J, Ryu H, Chen X, Sang SH. Modulation of arachidonic acid metabolism by curcumin and related β -diketone derivatives: effects on cytosolic phospholipase A2; cyclo oxygenase And 5-lipoxygenase. *Carcinogenesis* 2004;25(9):1671-9.

