

تأثیر پماد روغن نارگیل بر علائم هموروئید در زنان باردار:

کارآزمایی بالینی تصادفی

الهه جسمانی^۱، سمیرا ابراهیمزاده ذگمی^{۲*}، معصومه کردی^۳، دکتر حسن
رخشنده^{۴،۵}، سیدرضا مظلوم^۶، دکتر نیره قمیان^۷

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دکتری بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مرکز تحقیقات فارماکولوژیک گیاهان دارویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. استادیار گروه فارماکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۶. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۷. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۰۸

خلاصه

مقدمه: هموروئید، از شایع‌ترین مشکلات دوران بارداری می‌باشد. توصیه‌های اصلاح سبک زندگی با عدم تبعیت بیماران همراه است. خواص درمانی احتمالی روغن نارگیل بر هموروئید مطرح شده، اما شواهد علمی آن گزارش نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر پماد روغن نارگیل بر علائم هموروئید در زنان باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۹۸-۱۳۹۷ بر روی ۶۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت مشهد انجام شد. واحدهای پژوهش به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در گروه مداخله پماد روغن نارگیل ۲ هفته و روزی ۲ بار، یک اپلیکاتور استفاده گردید، ضمن اینکه به این گروه توصیه‌های اصلاح سبک زندگی داده شد. گروه کنترل فقط توصیه‌های اصلاح سبک زندگی را بر اساس دستورالعمل کشوری دریافت کردند. سنجش بهبود علائم هموروئید در روزهای اول، هفتم و چهاردهم با استفاده از مقیاس دیداری (درد، بیرون‌زدگی، خارش و نمره کل علائم هموروئید) صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های من‌ویتنی، تی مستقل و فریدمن انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره درد، بیرون‌زدگی، خارش و نمره کلی علائم هموروئید در گروه پماد روغن نارگیل با کاهش قابل توجهی در مقایسه با گروه کنترل همراه بود ($p < 0/05$). در بررسی درون‌گروهی، در گروه پماد روغن نارگیل، نمره درد بر حسب روز سنجش، تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/001$)، اما در گروه کنترل این تفاوت معنی‌دار نبود ($p = 0/050$).

نتیجه‌گیری: پماد روغن نارگیل بر بهبود علائم هموروئید مؤثر است، لذا استفاده از آن در زنان باردار مبتلا به هموروئید درجه ۱ و ۲ پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: بارداری، روغن نارگیل، هموروئید

* نویسنده مسئول مکاتبات: سمیرا ابراهیمزاده ذگمی؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

EbrahimzadehZS@mums.ac.ir؛ پست الکترونیک: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱

مقدمه

هموروئید^۱ به وریدهای متسع شده کانال مقعدی گفته می‌شود که یکی از مشکلات شایع و ناراحت‌کننده دوران بارداری است (۱-۳). هموروئیدها دارای چهار درجه: ۱- بزرگ شدن بالشتک‌های هموروئیدی به همراه خونریزی، ۲- بیرون‌زدگی با بازگشت خودبه‌خود، ۳- بیرون‌زدگی همراه با دخالت انگشت برای بازگشت و ۴- بیرون‌زدگی غیرقابل برگشت می‌باشند (۴).

اگرچه شیوع هموروئید در بارداری به‌طور دقیق مشخص نیست، اما حدود یک سوم زنان باردار از هموروئید شکایت دارند (۳، ۵). بر اساس مطالعات، هموروئید در سه ماهه دوم و سوم بارداری، بیشترین شیوع را دارد و میزان آن بین ۳۸-۷۹٪ گزارش شده است (۸-۶). شیوع هموروئید علامت‌دار در زنان باردار بیشتر از زنان غیرباردار می‌باشد (۳). آمار دقیقی از شیوع آن در کشور ایران یافت نشد.

تغییرات فیزیولوژیک مربوط به بارداری، تمام سیستم‌های بدن مادر از جمله دستگاه گوارش را تحت تأثیر قرار می‌دهد که می‌تواند زمینه‌ساز بروز یا تشدید هموروئید باشد (۹، ۱۰). هموروئیدها عموماً بدون علامت بوده، اما زمانی که دچار پرولاپس یا ترومبوز می‌شوند، می‌توانند علامت‌دار شوند (۱۱-۱۳). علائم این بیماری شامل: خونریزی، خارش، درد، خروج ترشحات موکوسی از مقعد، برآمدگی یا بیرون‌زدگی در هنگام دفع و لمس توده‌ای حساس در کانال مقعدی است (۱، ۶، ۱۴). تشخیص بیماری هموروئید بر اساس شرح‌حال و معاینه بالینی گذاشته می‌شود (۳، ۴).

هموروئید با عوارضی مانند: محدود شدن فعالیت‌های شخص آنمی و ترومبوز وریدی پری‌آنال همراه می‌باشد (۱۴-۱۶). خارش و بیرون‌زدگی نیز سبب ایجاد حس ناخوشایند، ناتوانی در حفظ بهداشت و نگرانی افراد از ماهیت توده می‌شود (۴). با توجه به عوارض جدی این بیماری بر سلامت مادر، لازم است راهکارهایی در جهت شناسایی و درمان زودهنگام آن ارائه شود (۱۷).

درمان هموروئید معمولاً بر اساس شدت علائم صورت می‌گیرد. ابتدا اقدامات محافظه‌کارانه از جمله: اصلاح

سبک زندگی، استفاده از نرم‌کننده‌های مدفوع، ضددردهای موضعی و کمپرس گرم توصیه شده و در صورت عدم پاسخ به اقدامات، تجویز داروهای آنتی‌هموروئید و در نهایت روش‌های تهاجمی و جراحی ضرورت پیدا می‌کند (۱۸، ۱۹). مصرف ملین‌های توصیه شده با عوارضی چون احتباس سدیم و اختلال جذب ویتامین‌های محلول در چربی، هیپوپروترومبینمی^۲ و خونریزی در مادر و اسهال در نوزاد همراه بوده، همچنین عدم تبعیت بیماران از توصیه‌های بهداشتی نیز مطرح می‌باشد (۲۴-۲۰). داروهای آنتی‌هموروئید در دسته دارویی C قرار دارند و در حال حاضر هیچ‌گونه اطلاعاتی از ایمنی آنها در دوران بارداری در دست نیست؛ همچنان‌که مصرف بیش از یک هفته آنها می‌تواند با عارضه‌های درماتیت تماسی و نازک شدن مخاط ناحیه آنال همراه باشد (۲۵، ۲۶). در حال حاضر در دستورالعمل کشوری مادران باردار و شیرده برای درمان هموروئید، توصیه به اصلاح سبک زندگی شده است (۲۷). امروزه استفاده از شیوه‌های درمانی غیرتهاجمی، ارزان و ایمن، یک اولویت در درمان مشکلات گوارشی دوران بارداری است. به‌علاوه، علاقه عمومی به درمان‌های طبیعی به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (۲۸، ۲۹). یکی از این مواد طبیعی و گیاهی، روغن نارگیل است. روغن نارگیل به سبب برخورداری از مقادیر بالای لوریک اسید^۳ و مونولورین^۴، دارای اثر مهارری روی پاسخ‌های التهابی حاد و مزمن بوده و تولید یا آزادسازی واسطه‌های التهابی را مهار می‌کند. همچنین با مهار مسیر لیپوآکسیژناز و مهار تولید یا آزادسازی پروستاگلندین‌ها از سیستم اعصاب مرکزی، به‌طور مؤثری سبب تسکین درد و خارش می‌شود (۳۰). خاصیت ترمیم بافت‌های آسیب دیده و بهبود جریان خون موضعی را به مقادیر بالای آلفاتوکوفرول در آن نسبت می‌دهند (۳۱، ۳۲). وجود اسیدهای چرب فراوان با زنجیره متوسط، سبب خاصیت ضدالتهابی آن می‌شود (۳۰، ۳۳). مقادیر بالای ترکیبات آنتی‌اکسیدان در این ماده می‌تواند به‌طور مؤثر سبب از سرگیری فعالیت اندوتلیوم عروق آسیب‌دیده و بهبود قدرت دیواره

² Hypoprothrombinemia

³ Lauric acid

⁴ Monolaurin

¹ Hemorrhoids

و عملکرد آنها شود (۳۴). در طب سنتی نیز خواص درمانی احتمالی این گیاه در درمان هموروئید مطرح شده، اما تاکنون شواهد علمی مبتنی بر این مسئله گزارش نشده است (۳۵). استفاده از روغن نارگیل در دوران بارداری ایمن است و عارضه‌ای ندارد (۳۶، ۳۷). با توجه به خواص روغن نارگیل و عدم گزارش مطالعه‌ای در زمینه تأثیر این روغن بر علائم هموروئید و همچنین شیوع بالای این مشکل در جمعیت زنان باردار، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر پماد روغن نارگیل بر علائم هموروئید در زنان باردار صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی موازی دوگروهه از بهمن ماه سال ۱۳۹۷ تا تیر ماه سال ۱۳۹۸ بر روی ۶۰ زن باردار ۱۵-۴۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن بارداری ۳۶-۱۴ هفته، بارداری تک‌قلوبی، تأیید تشخیص هموروئید درجه ۱ یا ۲ توسط پزشک زن مرکز و پژوهشگر، عدم استفاده از داروهای آنتی‌هموروئید در حال حاضر، وجود علائم هموروئید حداقل به مدت ۷ روز، عدم سابقه سرطان کولورکتال در فرد یا اقوام درجه یک آنها، عدم ابتلاء به سایر بیماری‌های کولورکتال، عدم ابتلاء به بیماری‌های طبی سیستمیک، عدم وجود مشکلات مامایی، عدم وجود مشکلات روان‌پزشکی، عدم رخداد حادثه ناگوار در ۳ ماهه گذشته، عدم مصرف مواد مخدر یا سایر دخانیات، عدم ابتلاء به افسردگی، اضطراب و یا استرس شدید بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش، بروز هرگونه واکنش حساسیتی احتمالی به روغن نارگیل، ختم بارداری به هر دلیلی در طول روند مطالعه، ۳ نوبت متناوب یا ۲ نوبت متوالی عدم مصرف دارو، عدم بهبودی هیچ یک از علائم هموروئید ظرف مدت یک‌هفته در گروه مداخله و بروز مشکلات مامایی در طی درمان بود. پس از اخذ مجوز کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه (IR.MUMS.NURSE.REC.1397.064)، پژوهشگر با ارائه معرفی‌نامه رسمی جهت نمونه‌گیری در مراکز خدمات جامع سلامت مستقر شد. پس از تکمیل کار در ۲۰ نفر

از واحدهای پژوهش به‌عنوان مطالعه راهنما (۱۰ نفر در هر گروه)، حجم نمونه با فرمول مقایسه میانگین و ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۲۸ نفر در هر گروه برآورد شد (بر اساس شاخص درد که بیشترین برآورد حجم نمونه را داشت، در گروه کنترل $2/5 \pm 18/9$ و در گروه مداخله $3/2 \pm 17/1$) و با در نظر گرفتن ۱۰٪ اضافه برای پیش‌بینی موارد حذف احتمالی، ۳۱ نفر در هر گروه محاسبه شد.

در این پژوهش پماد روغن نارگیل ۵۰٪ در آزمایشگاه دانشکده داروسازی مشهد توسط استاد مشاور داروساز تهیه شد؛ به‌گونه‌ای که روغن نارگیل خریداری شده از شرکت دارویی کیمیاگر طوس به نسبت ۵۰٪ در پایه پماد وازلین خریداری شده از شرکت دارویی فارابی به‌وسیله دستگاه میکسچر آزمایشگاهی در درجه حرارت ۴۰ درجه مخلوط گردید و پس از یکنواخت شدن مخلوط در داخل تیوپ‌های آلومینیومی ۳۰ گرمی ریخته شد و پس از سرد شدن تیوپ پلمپ گردید، ضمن اینکه تمامی تیوپ‌ها و مواد اولیه قبل از شروع فرمولاسیون اتوکلاو شده و با رعایت تمیزترین شرایط، زیر هود لامینار (هود استریل) تهیه شدند.

پژوهشگر پس از معرفی خود به واحدهای پژوهش و کسب رضایت کتبی از آنها و همچنین خاطر نشان کردن محرمانه ماندن اطلاعات آنها، در بدو ورود فرم انتخاب واحد پژوهش را تکمیل می‌کرد. نمونه‌گیری به‌صورت آسان و با تخصیص تصادفی طبقه‌بندی شده از لحاظ سن بارداری در طبقه‌های ۲۰-۱۴، ۲۴-۲۱، ۲۸-۲۵، ۳۲-۲۹ و ۳۶-۳۳ هفته به‌وسیله سایت Randomization صورت گرفت و افراد به دو گروه همگن از نظر سن بارداری تقسیم شدند؛ بدین‌صورت که در هر کدام از طبقه‌های پنج‌گانه سن بارداری، افراد وارد شده به مطالعه به‌صورت جداگانه و تصادفی به دو گروه تخصیص یافتند. حجم نمونه در طبقه‌های مختلف سن بارداری یکسان نبود، اما در هر طبقه سن بارداری، افراد به‌طور مساوی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. در صورتی که فردی از علائم خارش، درد، خونریزی یا بیرون‌زدگی در ناحیه مقعد شکایت داشت، معاینه بالینی توسط پژوهشگر و پزشک مرکز انجام می‌-

شد و در صورت تشخیص هموروئید درجه ۱ یا ۲، به‌عنوان نمونه انتخاب می‌شدند.

ابزار مطالعه شامل: پرسشنامه اطلاعات مربوط به مشخصات فردی، بارداری، تغذیه و فعالیت فیزیکی، چک‌لیست روزانه نحوه مصرف دارو و عوارض احتمالی، مقیاس دیداری علائم هموروئید و فرم مشاهده و ثبت درجه هموروئید بود. پس از تکمیل پرسشنامه فوق، پماد روغن نارگیل در اختیار گروه مداخله قرار می‌گرفت و به مادران توضیح داده می‌شد که به مدت ۲ هفته و روزی ۲ بار (صبح و شب) به‌میزان یک اپلیکاتور پر از آن را به‌صورت مقعدی استفاده نمایند، ضمن اینکه به این گروه توضیحات اصلاح سبک زندگی بر اساس دستورالعمل کشوری داده شد. به گروه کنترل نیز بر اساس دستورالعمل کشوری، توضیحات اصلاح سبک زندگی داده شد و پمفلت آن در اختیار هر دو گروه قرار گرفت. این توضیحات در زمینه افزایش دریافت مایعات، رعایت تنوع و تعادل در رژیم غذایی، افزایش مصرف سهم میوه‌جات، سبزیجات، غلات و ملین‌های طبیعی و همچنین داشتن فعالیت بدنی متناسب بود. مادران از نظر علائم هموروئید در روزهای اول، هفتم و چهاردهم مورد بررسی قرار می‌گرفتند. در گروه کنترل در صورت عدم بهبودی در علائم هموروئید شامل: خونریزی، درد یا خارش طی مدت مطالعه و یا در صورت تشدید علائم با پیشرفت سن بارداری، به سبب رعایت مسائل اخلاقی این افراد به پزشک مرکز ارجاع می‌شدند تا در صورت نیاز، درمان دارویی برایشان آغاز گردد. در صورت مشاهده بهبودی در علائم، توصیه به ادامه رعایت توصیه‌های اصلاح سبک زندگی می‌شد.

سنجش بهبود علائم هموروئید توسط مقیاس دیداری و به‌صورت خود گزارش‌دهی روزانه بیماران صورت می‌گرفت که روایی آن توسط فریرا و همکاران (۲۰۱۱) تأیید شده است (۳۸). پایایی مقیاس دیداری علائم هموروئید توسط فان و همکاران (۲۰۱۲) با روش آزمون مجدد و با ضریب همبستگی ۰/۸۳ مورد تأیید قرار گرفته است (۳۹). در مطالعه حاضر نیز به روش بازآزمون بر روی ۱۰ نفر بررسی و با ضریب ۰/۹۵ تأیید شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری

SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت مقایسه میانگین نمره علائم هموروئید از آزمون تی مستقل (توزیع نرمال) و من‌ویتنی (عدم توزیع نرمال) و جهت مقایسه درون‌گروهی در مراحل قبل، ۷ روز و ۱۴ روز بعد از مداخله از آزمون فریدمن (عدم توزیع نرمال) استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در ابتدا ۶۲ زن باردار مبتلا به هموروئید درجه ۱ یا ۲ که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند، وارد مطالعه شدند که از این تعداد، ۱ نفر به‌دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری در گروه کنترل و ۱ نفر به‌دلیل ختم بارداری در طی مطالعه در گروه مداخله، از مطالعه خارج شدند و در نهایت داده‌های مربوط به ۶۰ نفر (۳۰ نفر در هر گروه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین سن بیماران در گروه پماد روغن نارگیل $29/5 \pm 5/5$ و در گروه کنترل $28/6 \pm 5/4$ سال بود که بر اساس آزمون تی مستقل، دو گروه از نظر سن اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p=0/495$). دو گروه از نظر سایر مشخصات فردی مانند: سطح تحصیلات، شغل، سطح درآمد ماهیانه، شاخص توده بدنی، میزان مصرف مایعات، سهم مصرفی گروه‌های غذایی، مصرف منظم مکمل آهن، وضعیت انجام فعالیت‌های روزمره، مدت زمان اجابت مزاج و نوع توالیت مورد استفاده اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند و از این نظر همگن بودند ($p>0/05$). همچنین دو گروه از نظر مشخصات بارداری و زایمان و سایر متغیرهای مداخله‌گر مانند: سن بارداری، تعداد بارداری، تعداد زایمان و نوع زایمان قبلی، سابقه قبلی هموروئید و تعداد دفعات نزدیکی در هفته همگن بودند ($p>0/05$). در مرحله قبل از مداخله (روز اول)، میانگین نمره درد، بیرون‌زدگی، خارش، خونریزی و نمره کلی علائم هموروئید زنان باردار مورد مطالعه در دو گروه پماد روغن نارگیل و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p>0/05$). در روز هفتم پس از مداخله اگرچه میانگین نمره درد، بیرون‌زدگی، خارش، خونریزی و نمره کلی علائم هموروئید زنان باردار مورد مطالعه در گروه پماد روغن

نارگیل با کاهش بیشتری همراه بود، اما این تفاوت از نظر آماری بین دو گروه معنی‌دار نبود ($p > 0.05$). در روز چهاردهم پس از مداخله میانگین نمره بیرون‌زدگی و خارش و همچنین نمره کلی علائم هموروئید زنان باردار مورد مطالعه در گروه پماد روغن نارگیل به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0.05$). در مقایسه درون‌گروهی در گروه پماد روغن نارگیل نمره

درد بر حسب روز سنجش، تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0.001$) و نمره درد روز چهاردهم به‌طور معنی‌داری کمتر از روز اول ($p = 0.001$) بود، اما در گروه کنترل نمره درد بر حسب روز سنجش، تفاوت معنی‌داری نداشت ($p = 0.050$). در مقایسه درون‌گروهی، تفاوت نمره خونریزی بین مراحل مداخله در دو گروه معنی‌دار نبود ($p > 0.05$) (جدول ۱ تا ۳ و نمودار ۱).

جدول ۱- میانگین نمره درد زنان باردار مورد مطالعه در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه پماد روغن نارگیل و کنترل

نمره درد	گروه	
	پماد روغن نارگیل	کنترل
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
قبل از مداخله (روز اول)	۲۹/۷ \pm ۳۲/۳	۲۲/۷ \pm ۳۰/۵
روز هفتم بعد از مداخله	۱۸/۳ \pm ۲۲/۶	۱۸/۷ \pm ۲۷/۳
روز چهاردهم بعد از مداخله	۶/۰ \pm ۱۰/۷	۱۶/۷ \pm ۲۲/۵
تفاوت روز هفتم با روز اول	-۱۱/۳ \pm ۱۵/۰	-۴/۰ \pm ۱۲/۵
تفاوت روز چهاردهم با روز اول	-۲۳/۷ \pm ۲۷/۲	-۶/۰ \pm ۱۳/۸
تفاوت روز چهاردهم با روز هفتم	-۱۲/۳ \pm ۱۷/۶	-۲/۰ \pm ۱۰/۳
نتیجه آزمون درون‌گروهی	** $p < 0.001$, $Chi^2 = 26/6$, $df = 2$	** $p = 0.050$, $Chi^2 = 2/0$, $df = 2$

* آزمون من‌ویتنی، ** آزمون فریدمن

جدول ۲- میانگین نمره بیرون‌زدگی هموروئید زنان باردار مورد مطالعه در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه پماد روغن نارگیل و کنترل

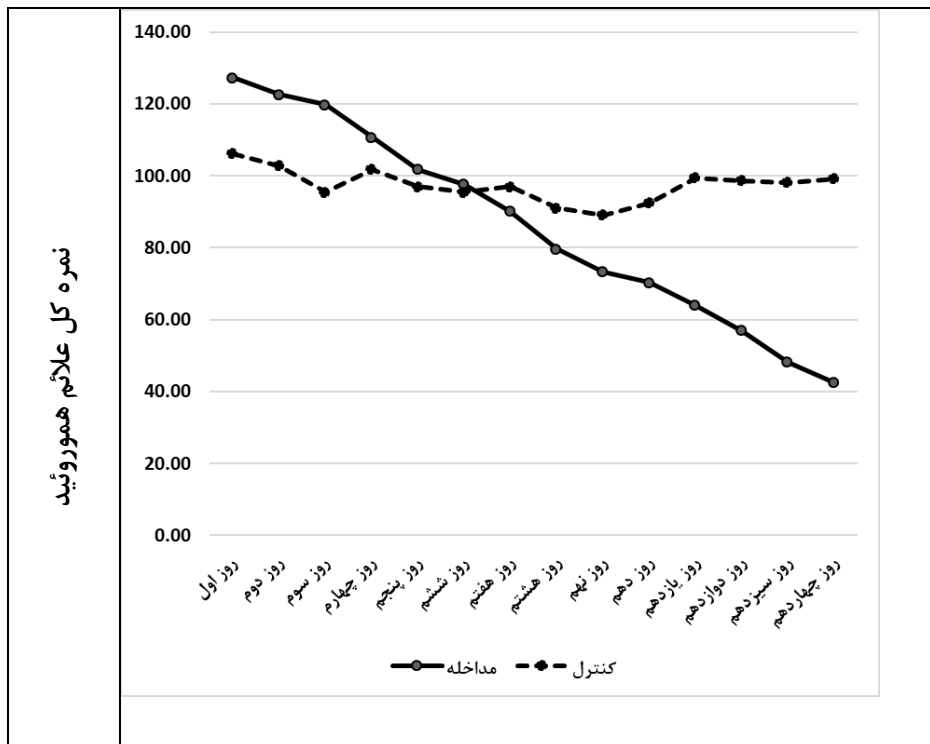
نمره بیرون‌زدگی	گروه	
	پماد روغن نارگیل	کنترل
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
قبل از مداخله (روز اول)	۶۴/۰ \pm ۱۷/۱	۵۸/۲ \pm ۱۶/۶
روز هفتم بعد از مداخله	۵۱/۳ \pm ۱۶/۸	۵۶/۳ \pm ۱۶/۳
روز چهاردهم بعد از مداخله	۳۲/۵ \pm ۱۷/۹	۵۸/۸ \pm ۱۸/۳
تفاوت روز هفتم با روز اول	-۱۲/۷ \pm ۱۰/۵	-۱/۸ \pm ۶/۲
تفاوت روز چهاردهم با روز اول	-۳۱/۵ \pm ۱۸/۶	۰/۷ \pm ۱۱/۱
تفاوت روز چهاردهم با روز هفتم	-۱۸/۸ \pm ۱۲/۴	۲/۵ \pm ۹/۲
نتیجه آزمون درون‌گروهی	** $p < 0.001$, $Chi^2 = 51/9$, $df = 2$	** $p = 0.132$, $Chi^2 = 4/0$, $df = 2$

* آزمون من‌ویتنی، ** آزمون فریدمن

جدول ۳- میانگین نمره خارش زنان باردار مورد مطالعه در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه پماد روغن نارگیل و کنترل

نمره خارش	گروه	
	پماد روغن نارگیل	کنترل
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
قبل از مداخله (روز اول)	۲۷/۰ \pm ۲۷/۲	۲۱/۰ \pm ۲۹/۸
روز هفتم بعد از مداخله	۱۶/۸ \pm ۲۱/۸	۱۹/۳ \pm ۲۶/۳
روز چهاردهم بعد از مداخله	۴/۰ \pm ۸/۶	۲۲/۳ \pm ۲۶/۲
تفاوت روز هفتم با روز اول	-۱۰/۲ \pm ۱۵/۷	-۱/۷ \pm ۱۳/۴
تفاوت روز چهاردهم با روز اول	-۲۳/۰ \pm ۲۳/۲	۱/۳ \pm ۱۴/۱
تفاوت روز چهاردهم با روز هفتم	-۱۲/۸ \pm ۱۸/۰	۳/۰ \pm ۱۳/۷
نتیجه آزمون درون‌گروهی	** $p < 0.001$, $Chi^2 = 27/0$, $df = 2$	** $p = 0.297$, $Chi^2 = 2/4$, $df = 2$

* آزمون من‌ویتنی، ** آزمون فریدمن



نمودار ۱- میانگین نمره کل علائم هموروئید زنان باردار مورد مطالعه بر حسب روز در دو گروه پماد روغن نارگیل و کنترل

پاسخ‌های درد ناشی از افزودن استیک اسید در موش‌ها در مقایسه با گروه کنترل شد (۳۰). در مطالعه حلیم و همکاران (۱۹۹۴) که با هدف "مقایسه اثربخشی روغن نارگیل و تریامسینولون ۱٪ در درمان آفت دهانی راجعه" انجام شد، اگرچه تفاوت نمره درد میان دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نبود، اما در گروه دریافت‌کننده روغن نارگیل با کاهش بیشتری به نسبت گروه دریافت‌کننده تریامسینولون همراه بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۴۰). روغن نارگیل به دلیل داشتن اسیدهای چرب زنجیره متوسط از قبیل لوریک اسید، با مهار تولید یا آزادسازی واسطه‌های التهابی و مهار مسیر لیپواکسیژناز می‌تواند سبب تسکین درد ناشی از التهاب شود (۳۰).

در مطالعه حاضر پماد روغن نارگیل سبب کاهش معنی‌دار میانگین نمره بیرون‌زدگی هموروئید شد. در مطالعه راجاگوکگوک و همکاران (۲۰۱۷) استفاده موضعی از روغن نارگیل بر روی محل بخیه‌های جراحی ترمیم شکاف کام فوقانی، سبب افزایش قابل ملاحظه سلول‌های فیبروبلاست و کاهش قابل ملاحظه سلول‌های التهابی شد. نتایج بافت‌شناسی نشان داد که در گروه

بروز عارضه جانبی به‌دنبال مصرف پماد روغن نارگیل توسط هیچ یک از واحدهای پژوهش گزارش نشد.

بحث

در مطالعه حاضر میانگین نمره درد، بیرون‌زدگی، خارش و همچنین علائم کلی در گروه پماد روغن نارگیل به نسبت گروه کنترل با کاهش بیشتری همراه بود. اگرچه میزان خونریزی در گروه دریافت‌کننده پماد روغن نارگیل با کاهش بیشتری همراه بود و دستیابی به وضعیت بدون خونریزی برای تمام بیماران در روز چهاردهم بعد از مداخله مشاهده شد، اما مطالعه حاضر تفاوت آماری معنی‌داری را میان دو گروه از نظر بهبود خونریزی ناشی از هموروئید نشان نداد که علت این امر می‌تواند مربوط به تعداد کم افراد مبتلا به خونریزی (۳ نفر در گروه کنترل و ۴ نفر در گروه مداخله) باشد.

در بررسی درون‌گروهی پژوهش حاضر، پماد روغن نارگیل به‌طور قابل توجهی سبب کاهش درد ناشی هموروئید شد. در مطالعه اینتافواک و همکاران (۲۰۱۰) روغن نارگیل در دوزهای ۱۰۰۰، ۲۰۰۰ و ۴۰۰۰ میلی‌گرم در کیلوگرم به‌طور معنی‌داری سبب مهار

دریافت‌کننده روغن نارگیل با توجه به رشد بیشتر سلول‌های ترمیم‌کننده و کاسته شدن از واسطه‌های التهابی، روند ترمیم بافتی با سرعت بیشتری همراه بود (۴۱). در مطالعه اینتافواک و همکاران (۲۰۱۰) روغن نارگیل در دوزهای ۱، ۲ و ۴ میلی‌گرم بر ۲۰ میکرولیتر به‌صورت وابسته به دوز منجر به کاهش معنی‌دار در ادم و التهاب القاء شده به‌وسیله اتیل فنیل پروپیولات^۱ در گوش موش‌های صحرایی شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۰). وقوع هموروئیدهای علامت‌دار می‌تواند در نتیجه تخریب بافت حمایت‌کننده از بالشتک‌های هموروئیدی درون کانال مقعد، به دلایلی از جمله تغییر در نسبت کلاژن‌های نوع ۱ و ۳ باشد (۴۲). از جمله مکانیسم‌های روغن نارگیل جهت تسریع فرآیند ترمیم بافت آسیب‌دیده، افزایش سلول‌های کلاژن‌ساز می‌باشد (۴۱).

از جمله مطالعات همسو با پژوهش حاضر، مطالعه اوانجلیستا و همکاران (۲۰۱۴) بود که در مطالعه آنها در گروه دریافت‌کننده روغن نارگیل میانگین شاخص اسکور درمانیت^۲ در تمامی زمان‌ها با کاهش بیشتری همراه بود. خارش از جمله مؤلفه‌های ذهنی این شاخص می‌باشد که در گروه دریافت‌کننده روغن نارگیل میانگین مؤلفه‌های ذهنی از ۶/۵۱ در ابتدای مداخله به ۲/۱۲ و در گروه دریافت‌کننده روغن‌های معدنی از ۵/۵۹ به ۳/۴۸ رسیده بود (۴۳). در مطالعه پناهی و همکاران (۲۰۱۴) که بر روی افراد غیرباردار صورت گرفت، خارش مقعد در هر دو گروه دریافت‌کننده لوسیون گیاه مورد و پماد آنتی‌هموروئید، به‌طور معنی‌داری کاهش یافته بود، اما این تفاوت میان دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود (۴۴). گیاه مورد از نظر ترکیبات، مواد مؤثره و خواص خود، مشابهت زیادی با روغن نارگیل دارد (۳۰، ۳۷-۴۵).

در مطالعاتی که بر روی موش‌های صحرایی صورت گرفت، روغن نارگیل یک ماده مؤثر برای بهبود زخم ناشی از سوختگی و فاکتورهای مرتبط با سوختگی نظیر

التهاب و ترمیم بافت آسیب دیده بود، همچنین سبب آنژیوژنز و بهبود قدرت دیواره عروق گردید (۳۴، ۴۸). در مطالعه وِهرا و همکاران (۲۰۰۹) استفاده موضعی از پروکتوفوام اچ-سی^۳ (مخلوطی از هیدروکورتیزون ۱٪ و پراموکسین هیدروکلراید ۱٪) در زنان باردار مبتلا به هموروئید در سه ماهه سوم بارداری، توانست سبب بهبود در نمره کلی علائم هموروئید در انتهای مداخله شود (۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت، با این تفاوت که مطالعه وِهرا فاقد گروه کنترل جهت مقایسه نتایج درمانی میان دو گروه بود.

روغن نارگیل نیز دارای خاصیت ضدالتهاب موضعی، مشابه هیدروکورتیزون استات و دارای خاصیت ضددردی مشابه پراموکسین هیدروکلراید می‌باشد (۳۰). تکمیل فرم خودگزارش‌دهی در مطالعه حاضر توسط واحد پژوهش انجام شد، بنابراین صحت و دقت پاسخ‌های داده شده از طرف واحد پژوهش از جمله محدودیت‌های پژوهش بود. همچنین تفاوت‌های فردی، شخصیتی و وضعیت روحی افراد بر نحوه پاسخ‌گویی آنان اثر داشته که کنترل آنها از توانایی پژوهشگر خارج بود، اما تا حد امکان تلاش شد با تخصیص تصادفی واحدهای پژوهش به دو گروه و توضیح به آنها در زمینه چگونگی تکمیل فرم خودگزارش‌دهی، تا حدود زیادی بر این مسئله غلبه شود. از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که برای اولین بار از پماد روغن نارگیل جهت بهبود علائم هموروئید در بارداری استفاده شد. مطالعه حاضر به‌صورت کارآزمایی بالینی با گروه کنترل و پیگیری ۲ هفته‌ای واحدهای پژوهش بود.

نتیجه‌گیری

پماد روغن نارگیل بر بهبود علائم هموروئید و همچنین تسریع روند بهبود آن تأثیر مثبت دارد. از آنجایی که استفاده از گیاهان دارویی با حداقل عوارض جانبی با علاقه روزافزون افراد به‌ویژه زنان همراه می‌باشد و همچنین دسترسی آسان به گیاه نارگیل در کشور

¹ Ethyl phenylpropionate

² SCORing of Atopic Dermatitis

³ Proctofoam-HC

کارآزمایی بالینی ایران می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که هزینه انجام این طرح را تقبل نمودند و همچنین از همکاری مسئولین و پرسنل محترم مراکز خدمات جامع سلامت مشهد که در انجام این طرح ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

وجود دارد، پیشنهاد می‌شود استفاده از پماد روغن نارگیل جهت درمان هموروئیدهای درجه ۱ و ۲ دوران بارداری مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۷۰۸۷۴ و شماره ثبت IRCT20181204041842N1 در مرکز

منابع

1. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) [Internet]; 2007. Available at: <https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/hemorrhoids>. Accessed February 21, 2018.
2. Shirah BH, Shirah HA, Fallata AH, Alobidy SN, Hawsawi MMA. Hemorrhoids during pregnancy: Sitz bath vs. ano-rectal cream: A comparative prospective study of two conservative treatment protocols. *Women Birth* 2018; 31(4):e272-e277.
3. Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *BMJ Clin Evid* 2010; 2010:1411.
4. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2015.
5. Singer AJ, Brandt LJ. Pathophysiology of the gastrointestinal tract during pregnancy. *Am J Gastroenterol* 1991; 86(12):1695-712.
6. Avsar AF, Keskin HL. Haemorrhoids during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010; 30(3):231-237.
7. Beksac K, Aydin E, Uzelpasac E, Akbayrak T, Ozyuncu O. Hemorrhoids and related complications in primigravid pregnancy. *J Coloproctol* 2018; 38(3):179-182.
8. Vohra S, Akoury H, Bernstein P, Einarson TR, Pairaudeau N, Taddio A, et al. The effectiveness of Proctofoam-HC for treatment of hemorrhoids in late pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31(7):654-9.
9. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs* 2002; 38(1):68-73.
10. Ponce J, Martinez B, Fernandez A, Ponce M, Bastida G, Pla E, et al. Constipation during pregnancy: a longitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008; 20(1):56-61.
11. Balasubramaniam S, Kaiser AM. Management options for symptomatic hemorrhoids. *Curr Gastroenterol Rep* 2003; 5(5):431-7.
12. Haas PA, Haas GP, Schmaltz S, Fox TA Jr. The prevalence of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1983; 26(7):435-9.
13. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3):Cd004077.
14. Staroselsky A, Alejandro A, Nava-Ocampo, Vohra S, Koren G, Ocampo N. Hemorrhoids in pregnancy. *Can Fam Physician* 2008; 54(2):189-190.
15. Hejazi S, Alavi Majd H, Najafi Abedi Z. Study of association between lifestyle and hemorrhoids among patients referring to Tehran University of medical sciences hospitals in 2007. *MEDICAL SCIENCES JOURNAL* 2008; 18(2):127-131.
16. Slauf P, Antos F, Marx J. [Complications of hemorrhoids]. *Rozhl Chir* 2014; 93(4):223-5.
17. Huang K, Tao F, Liu L, Wu X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? *J Clin Nurs* 2012; 21(11-12):1534-43.
18. Longo SA, Moore RC, Canzoneri BJ, Robichaux A. Gastrointestinal Conditions during Pregnancy. *Clin Colon Rectal Surg* 2010; 23(2):80-9.
19. Wald A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32(1):309-22.
20. Derbyshire EJ, Davies J, Detmar P. Changes in bowel function: pregnancy and the puerperium. *Dig Dis Sci* 2007; 52(2):324-8.
21. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD001142.
22. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, Lopez-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(1):181-8.
23. Murphy J, Coster G. Issues in Patient Compliance. *Drugs* 1997; 54(6):797-800.

24. van der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *Eur J Heart Fail* 2005; 7(1):5-17.
25. Kawada A, Noguchi H, Hiruma M, Tajima S, Ishibashi A, Marshall J. Fixed drug eruption induced by lidocaine. *Contact Dermatitis* 1996; 35(6):375.
26. Sami P. Family Pharmacy Information Reference [in persian]. Tehran Boshra 2001.
27. Abdollahi Z, Dorosti A, Rahmani K, Fallah H, Torabi P, etl. Nutrition of pregnant and lactating mothers. *Ardebil: Bagh Rezvan*; 2015. (Persian).
28. De Smet PA. The role of plant-derived drugs and herbal medicines in healthcare. *Drugs* 1997; 54(6):801-40.
29. Pourghaznein T, Ghafari F. The effect of sole reflexology on severity of fatigue in pregnant women. *Journal of hayat* 2007; 12(4):5-11.
30. Intahphuak S, Khonsung P, Panthong A. Anti-inflammatory, analgesic, and antipyretic activities of virgin coconut oil. *Pharm Biol* 2010; 48(2):151-7.
31. Vitamins to prevent back pain [Internet]. *Spine and Orthopedics*; 2012. Available at: <https://centerforspineandortho.com/news/vitamins-to-prevent-back-pain>. Accessed June 6, 2018.
32. Lima EB, Sousa CN, Meneses LN, Ximenes NC, Santos Junior MA, Vasconcelos GS, et al. *Cocos nucifera* (L.) (Arecaceae): A phytochemical and pharmacological review. *Braz J Med Biol Res* 2015; 48(11):953-64.
33. Athiban Raj J, Magesh L. Medicinal Use of Coconut. *International Journal of Science and Research (IJSR)* 2015; 6(6):1898-1900.
34. Nurul-Iman BS, Kamisah Y, Jaarin K, Qodriyah HM. Virgin coconut oil prevents blood pressure elevation and improves endothelial functions in rats fed with repeatedly heated palm oil. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013; 2013:629329.
35. Emami A, Fasihi Sh, Mehregan E. Medicinal Plants Reference [in Persian]. Tehran: Andisheh avar 2011.
36. Rogers I, Emmett P, Ness A, Golding J. Maternal fish intake in late pregnancy and the frequency of low birth weight and intrauterine growth retardation in a cohort of British infants. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(6):486-92.
37. Astuti R, Sinaga SM, Putra EL. Effect of taking virgin coconut oil to the breast milk secretion and inspection of medium chain fatty acids contain. *International Journal of PharmTech Research* 2015; 7(3):481-487.
38. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain* 2011; 152(10):2399-404.
39. Phan NQ, Blome C, Fritz F, Gerss J, Reich A, Ebata T, et al. Assessment of pruritus intensity: prospective study on validity and reliability of the visual analogue scale, numerical rating scale and verbal rating scale in 471 patients with chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2012; 92(5):502-7.
40. Halim DS, Abdullah NA, Alam MK, Nuraini S, Samsee Bt, Suk May T. Comparison of the Effectiveness between Virgin Coconut Oil (VCO) and Triamcinolone for Treatment of Minor Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS). *International Medical Journal* (1994) 2014; 21(3):319-320.
41. Rajagukguk H, Syukur S, Ibrahim S, Syafrizayanti S. Beneficial Effect of Application of Virgin Coconut Oil (VCO) Product from Padang West Sumatra, Indonesia on Palatoplasty Wound Healing. *American Scientific Research Journal for Engineering, Technology, and Sciences (ASRJETS)* 2017; 34(1):231-236.
42. Sardiñas C, Arreaza DD, Osorio H. Changes in the proportions of types I and III collagen in hemorrhoids: the sliding anal lining theory. *J Coloproctol (RIO J)* 2016; 36(3):124-129.
43. Evangelista MT, Abad-Casintahan F, Lopez-Villafuerte L. The effect of topical virgin coconut oil on SCORAD index, transepidermal water loss, and skin capacitance in mild to moderate pediatric atopic dermatitis: a randomized, double-blind, clinical trial. *Int J Dermatol* 2014; 53(1):100-8.
44. Panahi Y, Mousavi-nayeeni M, Sahebkar A, Fanaie A, Rahimnia AR, Beiraghdar F. Myrtus communis Essential Oil for The Treatment of Hemorrhoids: A Randomized Double-Blind Double-Dummy Parallel-Group Comparative Study. *Turk J Pharm Sci* 2014; 11(1):1-8.
45. DebMandal M, Mandal S. Coconut (*Cocos nucifera* L.: Arecaceae): in health promotion and disease prevention. *Asian Pac J Trop Med* 2011; 4(3):241-7.
46. San B, Nurhan Yildirim A, Polat M, Yildirim F. Chemical Compositions of Myrtle (*Myrtus communis* L.) Genotypes Having Bluish-Black and Yellowish-White Fruits. *Erwerbs-Obstbau* 2015; 57(4):203-210.
47. Viuda-Martos M, Sendra E, Pérez-Álvarez J, Fernández-López J, Amensour M, Abrini J. Identification of Flavonoid Content and Chemical Composition of the Essential Oils of Moroccan Herbs: Myrtle (*Myrtus communis* L.), Rockrose (*Cistus ladanifer* L.) and Montpellier cistus (*Cistus monspeliensis* L.). *Journal of Essential Oil Research* 2011; 23(2):1-9.
48. Ibrahim AH, Li H, Al-Rawi SS, Majid ASA, Al-Habib OA, Xia X, et al. Angiogenic and wound healing potency of fermented virgin coconut oil: in vitro and in vivo studies. *Am J Transl Res* 2017; 9(11):4936-4944.