مقایسه تأثیر کرم عسل و کرم فنی توئین بر شدت درد زخم اپی زیاتومی در زنان نخست‌زا

محدثه لواف [الف]، معصومه سیمبر [ب*]، فراز مجاب [ج]، حمید علوی مجد [د]، منصوره صمیمی [هـ]

[الف] کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی

[ب] دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دکترای تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی

[ج] استاد فارماکوگنوزی، دکترای تخصصی فارماکوگنوزی، گروه فارماکوگنوزی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده داروسازی و مرکز تحقیقات علوم دارویی

[د] دانشیار آمار زیستی، دکترای تخصصی آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پیراپزشکی

[هـ] استادیار گروه زنان و زایمان، دکتری تخصصی زنان و زایمان، گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده پزشکی

چکیده

سابقه و هدف: درد پرینه متعاقب اپی زیاتومی یکی از مشکلات شایع مادران در روزهای نخست بعد از زایمان است و نتایج منفی بسیاری بر اولین تجربه مادر شدن آنها دارد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه تأثیر کرم عسل و کرم فنی توئین بر شدت درد زخم اپی زیاتومی در زنان نخست‌زا است.

مواد و روش‌ها: این تحقیق با روش کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور و روی ۱۲۰ زن نخست‌زا در ۳ گروه طی سال‌های ۹۲-۹۳ در کاشان انجام گرفت. پس از زایمان و انجام اپی زیاتومی، مادران به مدت ۱۰ شب و شبی یک بار، یک بند انگشت از کرم تجویز شده کرم عسل، کرم فنی توئین یا دارونما را در ناحیه بخیه‌ها استفاده می‌کردند خصوصیات دموگرافیک و مامایی، فرم درجه‌بندی عددی درد و فرم عوارض دارو و مسکن مصرفی بود. ارزیابی شدت درد با مقیاس درجه‌بندی عددی درد در ۲٤ ساعت اول، روز هفتم و چهاردهم پس از زایمان صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کروسکالوالیس و کای دو استفاده شد.

یافته‌ها: سه گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و مشخصات مامایی اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. اندازه‌گیری شدت درد در ۲٤ ساعت اول بعد از زایمان مقدار مبنا در نظر گرفته شد و شدت درد در روز هفتم و چهاردهم پس از زایمان در سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (P= ۰/۱۹ و P=۰/۸).

بحث و نتیجه‌گیری: استفاده از کرم عسل و فنی توئین موجب کاهش شدت درد ناحیه اپی زیاتومی نمی‌شود، لذا انجام پژوهش‌های بیشتر جهت بررسی مؤثر بودن کرم عسل و فنی توئین در کاهش درد توصیه می‌شود.

تاریخ دریافت: خرداد ۹۴
تاریخ پذیرش: مهر ۹۴

کلید واژه‌ها: کرم عسل، کرم فنی توئین، شدت درد، اپی زیاتومی.

مقدمه:

درد پدیده‌ای شایع و جزء اجتناب ناپذیر فرایند زایمان و پس از زایمان است (۱). میزان درد متوسط تا شدید ناشی از اپی زیاتومی بالای ٦۰ درصد گزارش شده است (۲). درد ناشی از اپی زیاتومی همواره مشکلی استرس‌زا برای زنان نخست‌زا بوده و اثر منفی بر عملکرد اولین تجربه مادر شدن دارد (۳). عدم تخلیه مثانه و به دنبال آن افزایش خونریزی بعد از زایمان از مشکلات فیزیکی ناشی از درد پرینه است. مهم‌ترین اقدام برای پیشگیری از آسیب خلفی پرینه، اپی زیاتومی است. شیوع اپی زیاتومی در انگلستان ٤۰ درصد، امریکای شمالی ٥٤ درصد و در اروپای شرقی ۹۹درصد گزارش شده است. در کشور ایران هم انجام اپی زیاتومی در بیش از ۸۰ دصد زنان نخست‌زا و چندزا گزارش شده است (۲). از درمان‌های مختلف که به دو صورت روش‌های دارویی و غیر دارویی است، برای کاهش درد محل زخم استفاده می‌کنند. روش‌های دارویی شامل مسکن‌های خوراکی نظیر استامینوفن و ایبوپروفن (٤)، کدئین،

* فرد مسئول مکاتبات: msimbar@yahoo.com

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

دهیدرو کدئین، ایندومتاسین، مفنامیک اسید، دیکلوفناک سدیم و مخدرهای وریدی و اپیدورال و اسپری‌های بی‌حس‌کننده موضعی مانند لیدوکائین و شیاف دیکلوفناک سدیم است. روش‌های غیر دارویی نظیر حمام نشیمنگاهی حاوی آب سرد یا گرم، استفاده از امواج مافوق صوت که با تواترهای زیاد صدا و ایجاد ارتعاش در بافت به کاهش درد و ترمیم زخم کمک می‌کند، ورزش‌درمانی، ماساژ، طب سوزنی، انحراف حواس، هیپنوتیزم و تن‌آرامی است (۵و٦). مسکن‌های خوراکی نظیر ضد التهاب‌های غیر استروئیدی و استامینوفن کدئین به‌منظور تخفیف درد به‌طور روتین استفاده می‌شوند. قابل توجه است که این داروها نه‌تنها سبب طولانی شدن پروسه ترمیم زخم می‌شود، بلکه هیچ دوز ایمنی به‌منظور کاستن از عوارض گوارشی این داروها وجود ندارد (۷).

یکی از داروهایی که جهت کمک به التیام زخم و کاهش درد اپی زیاتومی مورد مطالعه قرار گرفته و تأثیر آن نشان داده شده است فنی توئین است (۸). فنی توئین خوراکی در سال ۱۹۳۷ به‌عنوان داروی ضد صرع مطرح شد و یک دندانپزشک به نام شاپیرو گزارش کرد در بیماران صرعی تحت درمان با فنی توئین که مبتلا به عفونت لثه هم بودند التیام لثه خیلی سریع‌تر صورت می‌گیرد و بیماران درد کمتری را احساس می‌کنند (۹). فنی توئین از طریق کاهش پاسخ التهابی در تسکین درد مؤثر است و باعث تسهیل بازسازی عصب می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد فنی توئین موضعی از طریق عمل تثبیت غشاء سلول باعث تسکین درد موضعی می‌شود (۱۰). وجود عوارض، فقدان کارایی کافی و قیمت بالای درمان‌های شیمیایی منجر به افزایش تمایل به روش‌های سنتی بهبود و تسکین درد زخم شده است (۱۱).

یکی از روش‌های کاهش درد استفاده از عسل است که از دیرباز به‌عنوان یک روش تسریع‌کننده بهبود زخم در آسیب‌های پوستی مصرف می‌شده است (۷). عسل یک ضدعفونی‌کننده طبیعی است (۱۲). عسل خالص غلظت پروستاگلاندین E2 و پروستاگلاندین آلفا-۲ و ترومبوکسان B2 را در خون کاهش می‌دهد، در نتیجه می‌تواند باعث کاهش درد شود (۱۳).عسل شامل دو آنتی اکسیدان چربی‌دوست وآب‌دوست است و قادر است در سطح‌های سلولی مختلف به‌عنوان یک آنتی‌اکسیدان ایده آل عمل کند. این فعالیت، آسیب سلولی ناشی از سلول‌های آزاد را از طریق محافظت آنزیم‌های آنتی‌اکسیدان از سلول‌ها و استرس اکسداتیو را کاهش می‌دهد. بنابراین فرایند التهاب کاهش می‌یابد که نتیجه آن باعث تسکین درد زخم می‌شود. (١٤). عسل با افزایش پایان تولید نیتریک اکساید و کاهش سطح پروستاگلاندین ها باعث کاهش ادم، ترشحات، تسکین درد و تسریع بهبودی در زخم می‌شود. از آنجا که مطالعات محدودی در زمینه اثر عسل و فنی توئین بر شدت درد زخم اپی زیاتومی انجام گرفته است (۷و۸) و تاکنون در کشور ما مطالعه‌ای در زمینه مقایسه تأثیر عسل و فنی توئین بر شدت درد زخم اپی زیاتومی انجام نشده است و باتوجه به اینکه تسکین درد یکی از ارکان مراقبت‌های بعد از زایمان است که می‌تواند اثر مثبتی بر مراقبت از نوزاد توسط مادر داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر کرم عسل و کرم فنی توئین بر شدت درد زخم اپی زیاتومی در زنان نخست‌زا طراحی شده است.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی دوسوکور سه گروهی بود که به‌منظور بررسی مقایسه تأثیر کرم عسل و کرم فنی توئین بر بهبود زخم اپی زیاتومی در زنان نخست‌زا انجام شد. حداقل تعداد نمونه در هر گروه ۳۲ نمونه محاسبه شد که با احتساب ضریب ریزش ۲۰ درصد، تعداد ٤٠ نمونه برای هر گروه در نظر گرفته شد (۱۵). بدین ترتیب ۱۲۰ زن نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان تأمین اجتماعی شهرستان کاشان و واجد شرایط ورود به مطالعه به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌گیری بین ماه‌های اسفند ۱۳۹۲ تا اردیبهشت ۱۳۹۳ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱. نژاد ایرانی و ساکن شهر کاشان، ۲. نخست‌زا با سن بین ۱۸-۳۵ سال، ۳. دارای سواد خواندن و نوشتن، ٤. حاملگی ترم با جنین تک قلوی زنده با نمایش سر، ۵. وزن نوزاد بین ۲۵۰۰-٤۰۰۰ گرم، ٦. شاخص توده بدنی در محدودهٔ ۱۹/۸-۳۰، ۷. عدم مصرف داروهای مؤثر بر ترمیم زخم توسط مادر (ضد انعقادی، ضد افسردگی، ضد صرع، الکل گلکوکورتیکوئیدها، سرکوب‌گرهای

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

سیستم ایمنی، آنتی بیوتیک و شیمی درمانی)، مواد مخدر و داروهای روان‌گردان، ۸. عدم ابتلا به بیماری‌های مختل‌کننده ترمیم زخم (بیماری‌های مزمن سیستمیک، قلبی، کلیوی، ریوی، اختلال انعقادی، نقص ایمنی، اختلال بافت همبند، دیابت، کم خونی، بیماری‌های روانی، هموفیلی، افسردگی، سوء تغذیه) و نداشتن سابقه آسیب یا جراحی قبلی و ضایعات قابل مشاهده در پرینه (زگیل تناسلی، هموروئید)، یبوست مداوم (بنا به اظهار بیمار)، ۹. نداشتن پارگی کیسه آب به مدت بیش از ۱۸ ساعت، ۱۰. عدم وجود خونریزی بعد از زایمان، ۱۱. عدم خروج دستی جفت، ۱۲. عدم و جود هماتوم پرینه، ۱۳. عدم دستکاری مجدد پرینه بعد از زایمان، ١٤. عدم بستری نوزاد یا آنومالی نوزادی، ۱۵. مدت مرحله اول زایمان کمتر از ١٤ ساعت، مرحله دوم زایمان کمتر از ۲ ساعت، مرحله سوم زایمان کمتر از نیم ساعت. معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بود: ۱. مصرف داروهای مؤثر بر بهبود زخم در طول مطالعه، ۲. عدم استفاده کرم به‌طور مرتب و طبق دستور (بیش از دو شب)، ۳. حساسیت به کرم مورد نظر، ٤. عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، ۵. داشتن رابطهٔ جنسی در پنج روز اول بعد از زایمان، ٦. عدم مراجعه به درمانگاه بیمارستان و یا نزدیک‌ترین درمانگاه به منزل فرد در روز هفتم و چهاردهم بعد از زایمان. ابتدا پژوهشگر با مراجعه به بخش بعد از زایمان بیمارستان و انتخاب افراد موافق و واجد شرایط ورود به مطالعه، توضیحات کافی در مورد اهداف و گروه‌ها را به آنها ارائه داد. همچنین از تمامی نمونه‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. افراد مورد پژوهش به روش تخصیص تصادفی با استفاده از نرم افزار RandList در سه گروه کرم عسل ۳۰ درصد، کرم فنی توئین سدیم ۱ درصد و گروه دارونما قرار گرفتند. برای تهیه داروها ٤٠ تیوب فلزی ۳۰ گرمی با کرم فنی توئین سدیم ۱ درصد، ٤٠ تیوب فلزی ۳۰ گرمی توسط کرم عسل ۳۰ درصد و ٤٠ تیوب فلزی ۳۰ گرمی با دارونما پر شدند. عسل طبیعی از منطقهٔ قمصر تهیه شد. باتوجه به خاصیت اسمزی، عسل به‌طور نامحدودی استریل باقی می‌ماند و از رشد باکتری‌های گرم مثبت و گرم منفی جلوگیری می‌کند (١٦و١٧).

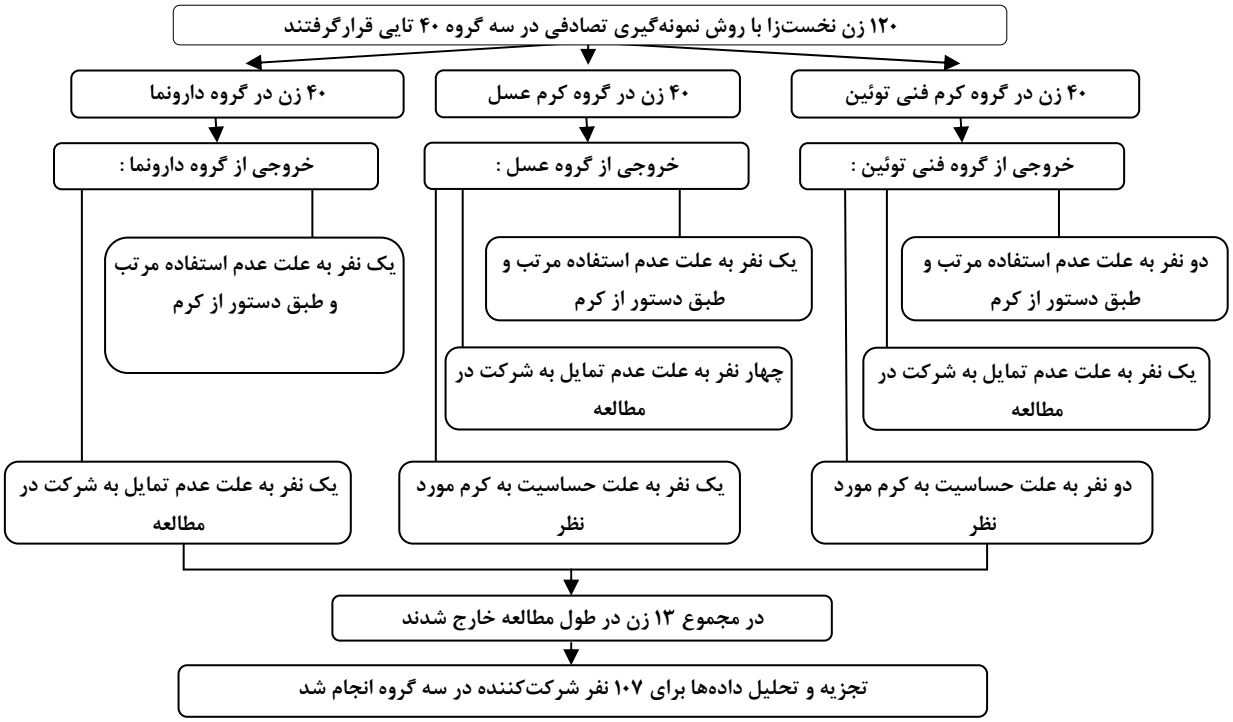
کرم عسل و دارونما در آزمایشگاه فارماکوگنوزی دانشکده داروسازی شهید بهشتی ساخته شد. عسل با غلظت ۳۰ درصد تهیه شد و در پایه‌ای از مواد کرم قرار گرفت. همچنین کرم فنی توئین سدیم ۱ درصد از شرکت دارو پخش تهران ایران با شماره سریال BNO183 تهیه شد. قبل از مداخله فرم اطلاعات فردی و مشخصات مامایی زایمانی توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه و پروندهٔ بیمار تکمیل شد. بسته‌های دارویی کدگذاری شده بدون اطلاع پژوهشگران و به‌صورت تصادفی به نمونه‌های پژوهش داده شد. آموزش‌های لازم در مورد نحوهٔ مراقبت از میان دو راه و بخیه‌ها، بهداشت فردی، تغذیه، میزان فعالیت فیزیکی و طرز مصرف کرم به‌صورت چهره به چهره و با پمفلت به‌طور یکسان به هر سه گروه ارائه داده شد. از نمونه‌های پژوهش خواسته شد که شبی یک بار قبل از خواب، پس از شستن و خشک کردن ناحیهٔ پرینه، یک بند انگشت از کرم را روی منطقهٔ بخیه قرار دهند، به‌طوری که روی آن را بپوشاند و بعد از ۱-۲ دقیقه از یک نوار بهداشتی تمیز استفاده کنند و اینکار را هر ٢٤ ساعت تا روز دهم پس از زایمان ادامه دهند. استفاده از دوز اول دارو در ٢٤ ساعت اول (پس از گذشت حداقل ۲ ساعت از ترمیم اپی زیاتومی) توسط بیمار با نظارت پژوهشگر در بیمارستان انجام گرفت. واحدهای پژوهش مختار بودند در صورت عدم تسکین درد از کپسول مفنامیک اسید ۲۵۰ میلی گرم استفاده کنند. همچنین برای همه مادران هنگام ترخیص به‌صورت روتین بیمارستان کپسول سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ٦ ساعت به مدت ۷-۸ روز به مقدار ۳۰ عدد (از شرکت دارویی لقمان- سهامی عام با شماره ثبت دارو: ۱۲۲۸۰۳۷۸۱۸) تجویز شد. از مادر تقاضا شد در صورت بروز هر گونه مشکل و عارضه‌ای از جمله تب و لرز، حساسیت به کرم به‌صورت ژنرالیزهٔ در محل زخم، ترشح از زخم، درد شدید در ناحیه پرینه، ورم زیاد ناحیه پرینه، سوزش، خارش، سفتی و خشکی در منطقهٔ زخم با پژوهشگر تماس گیرد تا بررسی و اقدامات لازم صورت گیرد و نیز در برگهٔ فرم ثبت عوارض جانبی بر اساس سوالات پرسیده شده، عارضه را یادداشت کند. مقیاس درجه‌بندی عددی درد از ۰-۱۰ درجه‌بندی شده است که اعداد ۰-۳ بیانگر درد خفیف، ٤-۷

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

درد متوسط و ۸-۱۰ بیانگر درد شدید است. این ابزار توسط مکافری و پاسرو در سال ۱۹۹۹ طراحی و توسعه داده شد (۱۸). برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای پرسش‌نامه دموگرافیک (سن، تحصیلات خود و همسر، شغل خود و همسر، درآمد ماهیانه و وضعیت مسکن)، مامایی و زایمانی (سن بارداری، وزن نوزاد، کنترل بارداری در مراکز بهداشتی، خواسته بودن حاملگی، مدت مرحله اول، دوم و سوم زایمان و نوع استفاده از توالت)، مقیاس درجه‌بندی عددی درد و فرم عوارض جانبی دارو و مسکن مصرفی استفاده شد. جهت تعیین روایی پرسش‌نامه اطلاعات فردی، فرم مشخصات مامایی و زایمانی، فرم داروی مسکن مصرفی و عوارض جانبی داروها از روش بررسی روایی محتوی و صوری استفاده شد. پژوهش‌ها نشان دادند که مقیاس درجه‌بندی عددی دارای روایی کافی است و به کرات در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و معتبر است (۱۹و۲۰). مقیاس درجه‌بندی عددی با سایر مقیاس‌های مربوط به سنجش درد دارای همبستگی بالایی است (۱۹) و در مطالعات دیگری هم از آن استفاده شده است (۲۱و۲۲). کلیه معیارهای حذف از مطالعه تا روز ١٤ بعد از زایمان در نظر گرفته شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، کروسکالوالیس و کای دو مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در تمام آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شد. مطالعه حاضر با کسب مجوز از معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تأیید کمیته اخلاق این دانشگاه و اخذ رضایتنامه کتبی از بیماران و سپس ثبت درمرکز کارآزمایی بالینی با کد ثبتIRCT2014053188O1N8 انجام شد.

یافته‌ها:

در این مطالعه ۱۲۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که به سه گروه ٤٠ نفری تقسیم شدند. در مجموع ۱۳ نفر از نمونه‌ها قبل از تکمیل پژوهش از مطالعه خارج شدند که شامل دو نفر از گروه فنی توئین، یک نفر از گروه کرم عسل و یک نفر از گروه دارونما کرم را به‌طور مرتب و طبق دستور استفاده نکردند، ٤ نفر از گروه کرم عسل، یک نفر از گروه فنی توئین و یک نفر از گروه دارونما به علت عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه از مطالعه خارج شدند و دو نفر از گروه فنی توئین و یک نفر از گروه کرم عسل به کرم مورد نظر حساسیت داشتند (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱: روند خروج نمونه‌های پژوهش از مطالعه را نشان می‌دهد

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

جدول شماره ۱ خصوصیات فردی، اجتماعی و مامایی نمونه‌ها را نشان می‌دهد. سه گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و مشخصات مامایی و زایمانی اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند.

جدول شماره ۱: توزیع افراد مورد بررسی برحسب خصوصیات و به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

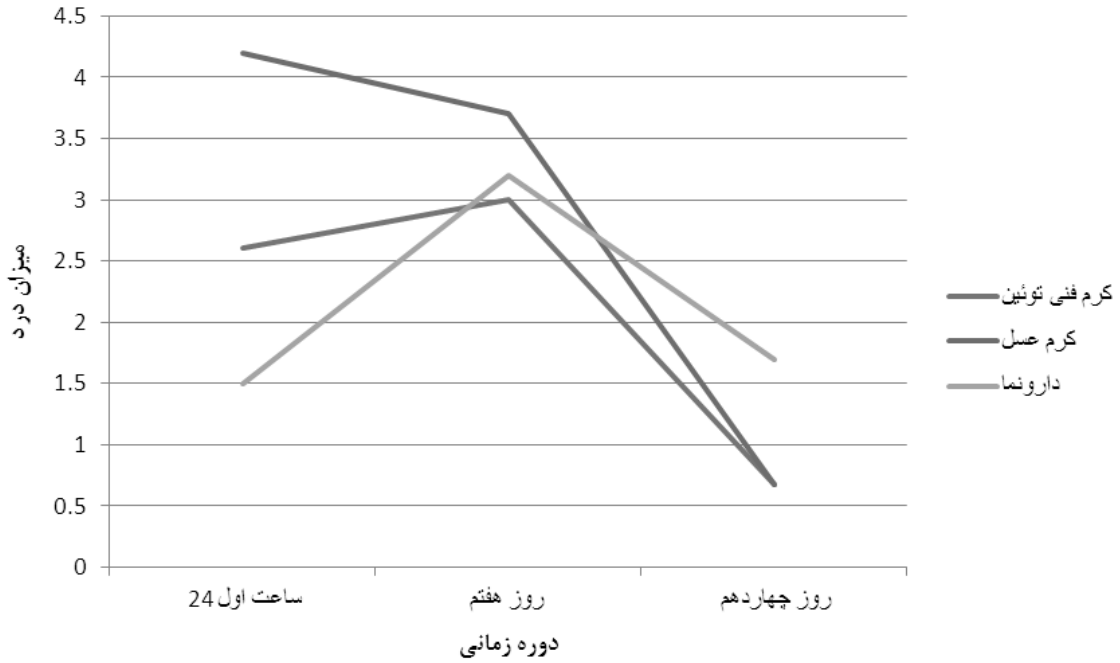
متغیر / گروه		گروه عسل	گروه فنی توئین	گروه دارونما	نتیجه آزمون
سن (سال)		۲۴/۵±۳/۵	۲۴/۴±۳/۸	۲۵/۱±۴/۸	p =۰/۷۱
سن بارداری (هفته)		۳۹/۱±۰/۹	۳۸/۷±۱/۷	۳۸/۸±۰/۹۴	p =۰/۲۷
وزن نوزاد (گرم)		۳۳۶۳/۶±۳۶۳/۴	۳۲۱۶/۶±۳۳۹/۷	۳۳۳۹/۴±۳۳۹/۱	p =۰/۱۶
مدت مرحله اول زایمان (ساعت)		۶/۲±۲/۸	۶/۱±۲/۴	۶/۱±۳/۹	p =۰/۹۹
مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)		۲۱/۶±۱۰/۸	۲۱/۵±۱۰/۵	۲۰±۱۰/۱	p =۰/۷۵
مدت مرحله سوم زایمان (دقیقه)		۷/۱±۳/۵	۶/۰۸±۲/۳	۶/۱±۲/۳	p =۰/۲۲
تحصیلات مادر	ابتدایی	۰	۳(٪۵/۸)	۵(٪۱۳/۱)	p =۰/۱۷
	راهنمایی	۷(٪۲۱/۲)	۷(٪۱۹/۶)	۵(٪۱۳/۱)	
	دبیرستان	۱۰(٪۳۰/۳)	۱۵(٪۴۳/۶)	۱۸(٪۴۷/۳)	
	دانشگاهی	۱۶(٪۴۸/۵)	۱۱(٪۳۱)	۱۰(٪۲۶/۵)	
تحصیلات همسر	ابتدایی	۳(٪۹/۱)	۲(٪۵/۵۵)	۶(٪۱۵/۸)	p =۰/۹۲
	راهنمایی	۶(٪۱۸/۱)	۹(٪۲۵)	۶(٪۱۵/۸)	
	دبیرستان	۱۵(٪۴۵/۴)	۱۴(٪۳۸/۹۵)	۱۵(٪۳۹/۵)	
	دانشگاهی	۹(٪۲۷/۴)	۱۱(٪۳۰/۵)	۱۱(٪۲۸/۹)	
شغل مادر	خانه‌دار	۳۰(٪۹۰/۹)	۳۲(٪۸۸/۸۹)	۳۵(٪۹۲/۲)	*
	شاغل	۳(٪۹/۱)	۴(٪۱۱/۱۱)	۳(٪۷/۸)	—
شغل همسر	کارگر	۱۰(٪۳۰/۴)	۱۰(٪۲۷/۷)	۹(٪۲۷/۶)	p =۰/۹۷
	کارمند	۷(٪۲۱/۲)	۸(٪۲۲/۳)	۸(٪۲۴/۱)	
	آزاد	۱۶(٪۴۸/۴)	۱۸(٪۵۰)	۲۱(٪۴۷/۳)	
وضعیت مسکن	شخصی	۲۱(٪۶۳/۶)	۲۴(٪۶۶/۶)	۲۲(٪۵۷/۸)	P=۰/۷۳
	اجاره‌ای و ...	۱۲(٪۳۶/۳)	۱۲(٪۳۳/۲)	۱۶(٪۴۲/۱)	
درآمد ماهیانه	<۵۰۰۰۰۰تومان	۳(٪۱۰)	۶(٪۱۶/۷)	۳(٪۷/۹)	p =۰/۴۲
	۵۰۰۰۰۰ تومان	۷(٪۲۱/۳)	۱۰(٪۲۷/۸)	۱۱(٪۲۹)	
	>۵۰۰۰۰۰تومان	۲۳(٪۶۹/۶)	۲۰(٪۵۵/۵)	۲۴(٪۶۳/۱)	
نوع حاملگی	خواسته	۲۹(٪۸۷/۸)	۳۳(٪۹۱/۶)	۳۵(٪۹۲/۱)	*
	ناخواسته	۴(٪۱۲/۲)	۳(٪۸/۴)	۳(٪۷/۹)	—
استفاده از توالت	فرنگی (روزاول)	۲۱(٪۶۳/۶)	۱۹(٪۵۲/۷)	۱۶(٪۴۲/۲)	P =۰/۳۱
	معمولی (روز۷)	۱۳(٪۳۹/۴)	۲۲(٪۶۱/۱)	۲۲(٪۵۷/۸)	P =۰/۱۵
	معمولی (روز۱۴)	۱۴(٪۴۲/۵)	۲۳(٪۶۳/۸)	۲۵(٪۶۵/۷)	P =۰/۰۹

*حجم نمونه در متغیر مورد نظر برای انجام آزمون کافی نیست.

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

در ضمن همه بیماران در مراکز بهداشتی کنترل بارداری داشتند. شدت درد در ٢٤ ساعت اول بعد از زایمان مقدار مبنا در نظر گرفته شد. مقایسه شدت درد بین سه گروه در روز هفتم و چهاردهم بعد از زایمان تفاوت معنی‌داری نشان نداد (p =٠/٨)، (p =٠/١٩). نمودار شماره ١ روند کاهش درد را در سه گروه نشان می‌دهد.

باتوجه به این نمودار، میانگین درد در گروه کرم عسل در سه دوره زمانی نسبت به دارونما و فنی توئین روند نزولی بیشتری را طی کرده است (جدول ٢، نمودار ٢).



نمودار شماره ٢- نمودار میزان درد در سه دوره زمانی ٢٤ ساعت اول بعد از زایمان، روز هفتم و روز چهاردهم بعد از زایمان در سه گروه کرم فنی توئین، کرم عسل و دارونما.

سه گروه از نظر متغیرهای دفعات مصرف مسکن در ٢٤ ساعت اول بعد از زایمان، مصرف مسکن و دفعات مصرف آن در ٧ روز اول و ٧ تا ١٤ بعد از زایمان، مصرف آنتی بیوتیک و مصرف آن طبق دستور پزشک در ٧ روز اول و ٧ تا ١٤ بعد از زایمان اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. قابل ذکر است اغلب واحدهای پژوهش در سه گروه در ٧ روز اول بعد از زایمان و روز ٧ تا ١٤ مسکن مصرف کردند. تمامی واحدهای پژوهش را از نظر بروز احتمالی عوارض جانبی شامل سوزش، خارش، سفتی و خشکی بررسی شدند و از این نظر اختلاف آماری معنی‌داری بین سه گروه در ٢٤ ساعت اول، ٧ روز اول و روز ٧ تا ١٤ بعد از زایمان وجود نداشت (جدول ٣).

در ضمن کلیه واحدهای پژوهش در ٢٤ ساعت اول، ٧ روز اول و روز ٧ تا ١٤ بعد از زایمان تب و لرز نداشتند.

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

جدول شماره ۲: شدت درد برحسب روزهای دیگر و به تفکیک گروه‌های مود مطالعه

متغیر روزهای دیگر / گروه			گروه عسل	گروه فنی توئین	گروه دارونما	نتیجه آزمون
			تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
شدت درد	روز هفتم	عدم درد (۰)	۱۰(٪۳۰/۵)	۴(٪۱۱/۱)	۷(٪۱۸/۴)	p =۰/۸
		درد خفیف (۳-۱)	۱۱(٪۳۳/۳)	۲۰(٪۵۵/۵)	۱۴(٪۳۶/۸)	
		درد متوسط (۷-٤)	۶(٪۱۸/۱)	۱۰(٪۲۷/۷)	۱۳(٪۳۴/۳)	
		درد شدید (۱۰-۸)	۶(٪۱۸/۱)	۲(٪۵/۷)	۴(٪۱۰/۵)	
	روز چهاردهم	عدم درد (۰)	۲۵(٪۷۵/۷)	۲۸(٪۸۱/۳)	۲۱(٪۵۵/۲)	p =۰/۱۹
		درد خفیف (۳-۱)	۴(٪۱۲/۱)	۵(٪۱۰/۸)	۱۰(٪۲۶/۴)	
		درد متوسط (۷-٤)	۴(٪۱۲/۱)	۳(٪۸/۳)	۷(٪۱۸/۴)	
		درد شدید (۱۰-۸)	۰	۰	۰	

جدول شماره ۳: توزیع افراد مورد بررسی برحسب عوارض و به تفکیک روزهای دیگر و گروه‌های درمانی

متغیر / گروه			گروه عسل	گروه فنی توئین	گروه دارونما	نتیجه آزمون
			تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سوزش	۲٤ ساعت اول	بله	۵(٪۱۵/۲)	۵(٪۱۳/۹)	۴(٪۱۰/۶)	*
		خیر	۲۸(٪۸۴/۸)	۳۱(٪۸۶/۱)	۳۴(٪۸۹/۴)	–
	روز هفتم	بله	۱۵(٪۴۵/۵)	۱۴(٪۳۸/۹)	۱۶(٪۴۲/۲)	p =۰/۸۵
		خیر	۱۸(٪۵۴/۵)	۲۲(٪۶۱/۱)	۲۲(٪۵۷/۸)	
	روز چهاردهم	بله	۵(٪۱۵/۲)	۵(٪۱۳/۹)	۶(٪۱۵/۸)	p =۰/۹۷
		خیر	۲۸(٪۸۴/۸)	۳۱(٪۸۶/۱)	۳۲(٪۸۴/۲)	
خارش	۲٤ ساعت اول	بله	۰	۰	۰	*
		خیر	۳۳(٪۱۰۰)	۳۶(٪۱۰۰)	۳۸(٪۱۰۰)	–
	روز هفتم	بله	۴(٪۱۲/۲)	۴(٪۱۱/۲)	۵(٪۱۳/۲)	*
		خیر	۲۹(٪۸۷/۸)	۳۲(٪۸۸/۸)	۳۳(٪۸۶/۸)	–
	روز چهاردهم	بله	۳(٪۹/۱)	۲(٪۵/۶)	۶(٪۱۵/۸)	p =۰/۳۳
		خیر	۳۰(٪۹۰/۹)	۳۴(٪۹۴/۴)	۳۲(٪۸۴/۲)	
سفتی	۲٤ ساعت اول	بله	۰	۰	۰	*
		خیر	۳۳(٪۱۰۰)	۳۶(٪۱۰۰)	۳۸(٪۱۰۰)	–
	روز هفتم	بله	۳(٪۹/۱)	۳(٪۸/۴)	۳(٪۷/۹)	*
		خیر	۳۰(٪۹۰/۹)	۳۳(٪۹۱/۶)	۳۵(٪۹۲/۱)	–
	روز چهاردهم	بله	۰	۱(٪۲/۸)	۰	*
		خیر	۳۳(٪۱۰۰)	۳۵(٪۹۷/۲)	۳۸(٪۱۰۰)	–
خشکی	۲٤ ساعت اول	بله	۱(٪۳/۱)	۱(٪۲/۸)	۰	*
		خیر	۳۲(٪۹۶/۹)	۳۵(٪۹۷/۲)	۳۸(٪۱۰۰)	–
	روز هفتم	بله	۵(٪۱۵/۲)	۴(٪۱۱/۲)	۵(٪۱۳/۲)	*
		خیر	۲۸(٪۸۴/۸)	۳۲(٪۸۸/۸)	۳۳(٪۸۶/۸)	–
	روز چهاردهم	بله	۰	۰	۰	*
		خیر	۳۳(٪۱۰۰)	۳۶(٪۱۰۰)	۳۸(٪۱۰۰)	–

*حجم نمونه در متغیر مورد نظر برای انجام آزمون کافی نیست.

بحث:

این پژوهش برای اولین بار به مقایسه اثر کرم عسل و فنی توئین و پلاسبو بر شدت درد زخم اپی زیاتومی پرداخت. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، اختلاف آماری معنی‌داری از نظر شدت درد در سه گروه در روز ۷ و ١٤ بعد از زایمان وجود ندارد. در مطالعه حاضر همه بیماران در صورت درد

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

مختار بودند که از مسکن استفاده کنند و طبق یافته‌ها اغلب واحدهای پژوهش در سه گروه در ۷ روز اول بعد از زایمان و روز ۷ تا ١٤ مسکن مصرف کردند، در نتیجه مقایسه سه گروه از نظر شدت درد امکان‌پذیر بود. استفاده از عسل در مقایسه با پرده آمنیوتیک، پوست سیب زمینی آب‌پز شده، فیلم پلی اورتان و کرم سولفودیازین نقره جهت درمان سوختگی در حد کمتر از ٤٠ درصد سطح بدن، باعث کاهش زمان بهبودی، فرونشینی سریع التهاب حاد، کنترل بهتر عفونت، کاهش سوزش و ترشحات زخم، تسریع بهبود زخم و تسکین بهتر درد در عسل نسبت به گروه‌های دیگر می‌شود (٢٣و٢٤و٢٥و٢٦). اگرچه در مطالعات فوق عسل باعث کاهش درد در منطقه زخم شده است، اما محدودیت قابل ذکر این مطالعات ناتوانی در روش کور کننده کردن گروه‌ها به دلیل بوی خاص عسل است. همچنین تعداد قابل توجهی از مطالعات بوده است که در زمینه کاربرد عسل روی زخم تحقیق کرده‌اند، ولی از حجم کوچک نمونه، کیفیت گزارش ضعیف، نمرات روایی پایین و کیفیت پایین نتیجه مطالعات رنج می‌برند (٢٧و٢٨).

اگرچه مطالعات بالا از اثر تسکین درد عسل حمایت می‌کنند، مطالعات دیگر نشان داده است هنگام کاربرد عسل روی زخم‌ها درد ایجاد شده است (٢٩و٣٠و٣١). در یک مطالعه بیمار هنگام کاربرد عسل درد را برای ۲۰ تا ۳۰ دقیقه تجربه کرده (٣٢) و در موردهای دیگر به‌طور متوسط درد برای ۱۵ تا ۳۰ دقیقه اتفاق افتاده است (٣١)، نشان داده شده است که استفاده فنی توئین روی سوختگی پوست باعث کاهش درد ناحیه زخم در موش‌های مبتلا نسبت به گروه کنترل یا گروه‌های دیگر مثل سولفودیازین یا دگزامتازون می‌شود (٣٣). همچنین نشان داده شده است استفاده از فنی توئین در مقایسه با سیلورکس در درمان زخم‌های سوختگی پوست باعث بهبود کامل درد می‌شود (٣٤)، اما در مطالعه بوگارت و همکاران نشان داده شده است که استفاده از فنی توئین سیستمیک و موضعی در درمان زخم جذام باعث ایجاد درد می‌شود (٣٥)، همچنین نشان داده شده است استفاده از فنی توئین موضعی در درمان زخم‌های جنگی و غیر جنگی باعث ایجاد درد می‌شود (٣٦).

مطالعه حاضر نشان داد اختلاف آماری معنی‌داری در سوزش، خارش، سفتی و خشکی در ناحیه زخم در ٢٤ ساعت اول بعد از زایمان، ۷ روز اول و روز ۷ تا ١٤ بعد از زایمان در سه گروه وجود نداشت و اکثریت واحدهای پژوهش این علائم را نداشتند. در مطالعه حاضر کرم عسل باعث عارضه شدیدی نشد، تنها سوزش خفیف بعد از استعمال کرم عسل در نمونه‌ها دیده شد و بعد از مدت کوتاهی برطرف شد. همچنین در گروه کرم عسل در ۷ روز اول بعد از زایمان ٤ نفر و در روز ۷ تا ١٤ بعد از زایمان ۳ نمونه خارش را تجربه کردند. سوبراهمنیام و همکاران برای عسل عوارضی مانند حساسیت‌ها را گزارش نکرد (٢٣و٢٤و٢٥). اغلب گزارش‌های کلینیکی هرگونه اثرات جانبی ناشی از مصرف عسل را کم نشان می‌دهد و شایع‌ترین شکایت داشتن احساس سوزش در هنگام کاربرد موضعی بوده است (٣٧)؛ به‌طوری که هنگامی که از عسل برای درمان مشکلات چشمی استفاده می‌شده است، بیماران به‌صورت گذرا سوزش و قرمزی چشم را تجربه کردند و این علائم به اندازه کافی قوی نبود که درمان را قطع کنند (٣٨). در مطالعه حاضر، کرم فنی توئین باعث عارضه شدیدی نشد، تنها سوزش خفیف بعد از استعمال فنی توئین در نمونه‌ها دیده شد و بعد از مدت کوتاهی برطرف شد. استفاده از فنی توئین در بهبود زخم، عوارض شدیدی ندارد، به‌طوری که در مورد اثرات جانبی فنی توئین موضعی دیده شده هنگامی که برای اولین بار روی زخم به‌کار برده می‌شود بیمار یک احساس سوزش گذرا تجربه می‌کند (١٠). باتوجه به مطالعات متناقض و محدود در مورد اثرات عسل و فنی توئین در کاهش درد ناشی از آن، همچنین بررسی کرم عسل برای اولین بار در ایران، انجام پژوهش‌های بیشتر جهت بررسی مؤثر بودن کرم عسل روی زخم های جراحی در کاهش درد آن توصیه می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که همه نمونه‌های پژوهش (هر سه گروه مورد مطالعه) به‌صورت روتین مسکن دریافت کردند، اما از آنجایی که هر سه گروه

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

به‌طور یکسان از مسکن استفاده می‌کردند، مقایسه سه گروه امکان‌پذیر بود.

نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد کرم عسل و کرم فنی توئین باعث کاهش درد زخم اپی زیاتومی نمی‌شود. عارضه شدیدی در هیچ یک از گروه‌ها دیده نشد، تنها سوزش خفیفی بعد از استعمال کرم عسل و فنی توئین در بیماران دیده شد و بعد از مدت کوتاهی برطرف شد. لذا مطالعات بیشتری در این زمینه لازم است انجام شود.

تشکر و قدردانی:

از کلیه همکارانی که ما را در این پژوهش یاری کردند، همچنین از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان تأمین اجتماعی شهر کاشان و نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله استخراج شده از پایان‌نامه است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با شماره مجوز SBMU.REC.1392.506 و در مرکز مطالعات کارآزمایی بالینی ایران به شماره IRCT201405318801N8 به ثبت رسیده است.

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

References:

1. Jahdie F, Eghdampour F, Kheyrkhah M, Haggani H. The effect of calendula ointment in pain intensity of episiotomy among primiparous women. Journal of Nursing and Midwifery of Orumieh. 2011; 4(246):245-252.

2. 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.

3. Zhou F, Wang XD, Li J, Huang GQ, Gao BX. Hyaluronidase for reducing perineal trauma. Status and date: New, published in(2), 2014.

4. Schachtel, B. P. Thoden, W. R. and Baybutt, R. I. Ibuprofen and acetaminophen in the relief of postpartum episiotomy pain. The Journal of Clinical Pharmacology.1989; 29(6): 550-553.

5. Abedzadeh M, Sadat Z, Saberi F. The effect of lidocaine gel and diclofenac suppository in pain after episiotomy. Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2009; 4(10): 32-38.

6. Sahoo, S. and Tripathy, P. "Effect of Infrared Therapy on Episiotomy Pain and Wound Healing among Post Natal Mothers." International Journal of Nursing Education. 2013; 5(6): 139-142.

7. Daghigh bin A, Montazeri S, Aghel N.The Effect of honey on pain and episiotomy wound healing in primiparous women. Congress of traditional medicine Integrated Treatment and Herbal medicine. Khoram abad. 18-20 November 2010 [persian].

8. Sehati SHafaii F, Rashidi F, Javadzadeh Y, Ghujazadeh M. Effect of phenytoin cream on wound healing episiotomy in nulliparous women. Research Scientific Journal of Shahid Sodughi Yazd University of Medical Sciences. 2012; 2(20): 152-158 [persian].

9. Shahsavani D, Movassaghi A, Sahebi GH. Comparative histological survey of the healing effects of two drugs vitamin A and phenytoin sodium ointment on the gold fish cutaneus lesion. Journal of Veterinary Research (Tehran University). 2004; 1(57): 43-46 [persian].

10. Bhatia A, Prakash S. Topical phenytoin for wound healing. Dermatology Online Journal. 2004; 10 (1): 5.

11. Heidari T, Roozbahani N. Does Iranian Astragalus gossypinus honey assist in healing caesarean wounds and scars? European Journal of Integrative Medicine. 2013; 5(3): 226-233.

12. Fazel N, Hashemian M, Ramezani M, Akaberi A. Comparison of honey with clotrimazole alone or mix together on the vaginal candidiasis. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility Of Iran. 2011; 14(8): 48-54 [persian].

13. Mirbagher Ajorpaz N, Hafezi M, Salehi S, Tayebi A, Shenasa F, Zehtabchi S. Comparison ofpure and impurehoneyon theinitialmenstrualpain, bleedingtimeanddistance between twofemale studentswith primary dysmenorrhea. Journal of Evidence-Based Care. 2011; 2(2): 23-33.

14. Yaghoobi R, Kazerouni A. Evidence for Clinical Use of Honey in Wound Healing as an Anti-bacterial, Anti-inflammatory Anti-oxidant and Anti-viral Agent: A Review. Jundishapur Journal of Natural Pharmaceutical Products. 2013; 8(3): 100-120.

15. Kutner MH, Nachtsheim CJ, Neter JJ, Li W. Applied Linear Statistical Models. 5th Ed. Mc Graw Hill; 2005.

16. Mashhood AA, Khan TA, Sami AN. Honey compared with 1% silver sulfadiazine cream in the treatment of superficial and partial thickness burns. Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2006; 16(1): 14-19.

17. Molan PC. The evidence supporting the use of honey as a wound dressing. The international journal of lower extremity wounds. 2006; 5(1): 40-54.

18. Pasero C, McCaffery M. Assessment underlying complexities, misconceptions, and practical tools. Pain: clinical manual. 2nd ed. St. Louis: Mosby. 1999; 35-102.

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]

19. Wall P, Melzack R. Textbook of pain. 4th ED. Edinburg, ChurchillLivingstone; 2000.

20. Phipps JW. Medical Surgical Nursing Health and Illness perspective, 7th ED. London, mosby publishing; 2002.

21. Harrison R, M Brennan, Reed J, Wickham E. A review of post-episiotomy pain and its treatment. Current medical research and opinion. 1987; 10(6): 359-363.

22. Farahnaz F, Motavaselian M. The effect of muscle relaxation techniques on pain of episiotomy in nulliparous women. Pajoohandeh Journal. 2003; 4(8): 9-15.

23. Subrahmanyam M. Topical application of honey in treatment of burns. British Journal of Surgery. 1991; 78(4): 497-498.

24. Subrahmanyam M. Honey impregnated gauze versus polyurethane film in the treatment of burns—a prospective randomised study. British Journal of Plastic Surgery. 1993; 46(4): 322-323.

25. Subrahmanyam M. Honey dressing versus boiled potato peel in the treatment of burns: a prospective randomized study. Burns. 1996; 22(6): 491-493.

26. Subrahmanyam M. A prospective randomised clinical and histological study of superficial burn wound healing with honey and silver sulfadiazine. Burns. 1998; 24(2): 157-161.

27. Owen M, Lesley S, Fiona C, Kate S, Henry M, Moore R. Systematic review of the use of honey as a wound dressing. BMC Complementary and Alternative Medicine 2001;1:2.

28. Jull AB, Rodgers A, Walker N. Honey as a topical treatment for wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;(4):CD005083.

29. Lusby PE, Coombes AL, Wilkinson JM. Bactericidal activity of different honeys against pathogenic bacteria. Archives of medical research. 2005; 36(5): 464-467.

30. Oluwatosin OM, Olabanji JK, Oluwatosin OA, Tijani LA, Onyechi HU. A comparison of topical honey and phenytoin in the treatment of chronic leg ulcers. African Journal of Medicine and Medical Sciences. 2000; 29(1):31-34.

31. Ahmed AK, Hoekstra MJ, Hage JJ, Karim RB. Honey medicated dressing: transformation of an ancient remedy into modern therapy. Ann Plast Surg. 2003; 2(50): 143-148.

32. Dunford C, Cooper R,Molan P, White R. The use of honey in wound management. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987). 2000; 15(11): 63.

33. 31. Ali A M, Sarhan H A, Magdy T. Preparation and characterization of phenytoin sodium niosomes for enhanced closure of skin injuries. International Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences. 2014; 3(11): 312-320.

34. Carneiro PM, Rwanyuma LR, Mkony CA. A comparison of topical Phenytoin with Silverex in the treatment of superficial dermal burn wounds. Cent Afr J Med. 2002; 48(9-10):105-108.

35. Bogaert H, Saleta B, Sanchez E, Garcia B. Trophic leprosy ulcers: treatment with topical and systemic phenytoin. Int J Dermatol. 1990; 29(2):156-7.

36. . Modaghegh S, Salehian B, Tavassoli M, Djamshidi A, Rezai AS. Use of Phenytoin inHealing of War and Non□War Wounds. International journal of dermatology. 1989; 28(5): 347-351.

37. Yadzir ZH, Misnan R, Abdullah N, Arip M, Murad S. Identification of major allergens of wildflower honey. The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health. 2011; 42(2): 370-375.

38. Emarah MH. (1982) "A clinical study of the topical use of bee honey in the treatment of some occular diseases." Bulletin of Islamic Medicine 2(5): 422-425.

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-25]