

مقایسه اثر دوش مهلی عصاره سیر و کرم مهلی کلوتریمازول در درمان زنان

مبتلا به عفونت کاندیدایی مهلی

نویسندگان:

مصومه کردی*

کارشناس ارشد مامایی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

نادیا جهانگیری

کارشناس ارشد مامایی

مسن رفشده

دکتری داروسازی و عضو هیئت علمی دانشکده داروسازی مشهد

مسن غلامی

کارشناس ارشد آموزش پزشکی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه: ۸۴/۳/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۸۴/۶/۲۰

Comparison of the effect of Garlic extract vaginal douche and clotrimazol vaginal cream in the treatment of women with vaginal candidiasis

Abstract

Introduction and Objective: Vaginal candidiasis is one of the most common genital infections, which has many different therapeutic methods. Some Para clinical researches suggest garlic for treatment of candidiasis. The purpose of this study was to compare the effect of garlic extract vaginal douche and clotrimazole vaginal cream in the treatment of women with vaginal candidiasis.

Materials & Methods: This is a randomized, controlled, clinical trial on 100 non-pregnant women who came with the symptomatic vaginal candidiasis. Fresh garlic extract was provided by Pharmacist, and then the patients whose mycologic culture was positive were randomly allocated in to 2 group of vaginal douche containing 1% garlic extract and vaginal cream containing 1% clotrimazole. All patients were treated daily for 7 days and assessed for clinical and mycological results 1-2 week after the end of treatment. Data were obtained by interview and observation methods and were analyzed by Spss software using Chi Square, Fisher exact test student t-test and paired-samples t-test by the confidence of 95%.

Results: Successful response (according to clinical and mycologic results) were reported in 34.7% of Garlic users and 56.9% clotrimazole users. (P=0.026) There was not any significant difference between clinical results after treatment in both groups (51% against 66.7%) but there was a significant difference between mycologic results in both groups. (40.8% against 60.8%) (P=0.046)

Conclusion: According to the results, percentage of successful response in users of vaginal garlic extract douche was less than users of vaginal clotrimazole cream but there was no significant statistical difference between these groups according to the clinical result. We suggest more studies about different methods and doses of this drug.

Key Words: Vaginal douche, Garlic extract, Vaginal cream, Clotrimazole, Treatment, Vaginal candidiasis.

آدرس مکاتبه:

*مشهد - خیابان دانشگاه - ابن سینا - دانشکده پرستاری و مامایی
کدپستی: ۹۱۳۷۴ - نمابر: ۰۵۱۱-۸۵۹۷۳۱۲ - تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱-۱۳
پست الکترونیک: Nurs-facul@mums.ac.ir

مقدمه :

ضد قارچی و ضد ویروسی آن، سیر را پنی سیلین روسی^۹ نام نهاده‌اند(۹). سیر در طب سنتی به اشکال گوناگون و هر کدام به منظوری جداگانه مصرف می‌شود. از جمله برای درمان عفونت‌های قارچی مهبل به صورت دوش مهبل‌ی سیر، شیاف مهبل‌ی سیر، سیر خوراکی تازه، قرص خوراکی سیر استفاده می‌شود(۸).

براساس مطالعات انجام شده، عصاره سیر توانایی بالقوه برای کشتن ارگانسیم‌ها را در محدوده غلظتی $\frac{1}{85000}$ تا $\frac{1}{125000}$ دارد، بدون این که به ارگانسیم‌هایی که برای سلامت بدن ضروری اند، صدمه بزند(۱۰). هم چنین مطالعات نشان داده است که فعالیت آنتی بیوتیکی سیر بر روی درماتوفیت‌ها^{۱۱} و مخمرها^{۱۰} تا ۱۰۰۰ برابر بیشتر از باکتری‌ها می باشد و بیشترین اثر سیر بر روی کاندیدا آلبیکانس است.

نتایج تحقیق قرچه بیدختی و ابراهیمی اول (۱۳۷۱)، نشان داد که سیر تازه با غلظت ۰/۷۵ گرم در ۱۰۰ سی سی محیط کشت، رشد کاندیدا آلبیکانس را مهار می‌کند(۱۱). نتایج تحقیق کابلیک^{۱۱} (۱۹۷۰) نشان داد که سیر نسبت به نیستاتین^{۱۲}، ویوله دوزانسن^{۱۳}، متیلن بلو^{۱۴}، اثر ضد قارچی بیشتری دارد(۱۲). از طرفی دیگر، براساس نتایج تحقیق پررا^{۱۵} و همکاران دیگر وی (۱۹۹۴)، درمان با کلوتریمازول مهبل‌ی و نیستاتین مهبل‌ی مشابه بوده است(۱۳). با توجه به مقاومت کاندیدا آلبیکانس نسبت به کلوتریمازول در برخی از بیماران، و از طرفی تمایل عده کثیری از افراد نسبت به استفاده از داروهای گیاهی و نیز با توجه به اثر مفید عصاره سیر که بر روی مهار و کشتن قارچ‌ها در تعدادی از مطالعات آزمایشگاهی و حیوانی انجام شده، پژوهش‌گر بر آن شد، مطالعه‌ای به منظور مقایسه اثر دوش مهبل‌ی عصاره سیر و کرم مهبل‌ی کلوتریمازول در درمان زنان مبتلا به عفونت کاندیدای مهبل، در درمانگاه‌های منتخب شهر مشهد طی سال ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ انجام دهد.

بیماری‌های قارچی دستگاه تناسلی زنان، شایع‌ترین و در عین حال دست و پاگیرترین بیماری در بین زنان می‌باشد و سالانه درصد قابل توجهی از ملاقات‌های سرپایی را به خود اختصاص می‌دهد. کاندیدیاز^۱ تقریباً ۲۵ درصد از موارد واژینیت‌ها^۲ را تشکیل می‌دهد، که ۸۵ تا ۹۵ درصد موارد در اثر کاندیدا آلبیکانس^۳ به وجود می‌آید(۱). شیوع کاندیدای غیر آلبیکانس^۴ از ۹/۹ درصد در سال ۱۹۷۰، به ۲۱/۳ درصد در سال ۱۹۸۰ افزایش یافته است(۲) و در سال ۱۹۹۰، ۳۵ درصد گزارش شده است و احتمال می‌رود که هم اکنون میزان کاندیدای غیر آلبیکانس بالاتر از میزان گزارش شده باشد(۳). کاندیدا آلبیکانس ممکن است به صورت یک هم زیست و یک پاتوژن^۵ در مهبل باشد (۴) و می‌توان آن را از مهبل ۲۰ درصد زنان بدون علامت جدا کرد. به جز در مواردی که علائم بیماری وجود دارد، نیاز به درمان ندارد(۱). براساس مطالعات انجام شده، روش‌های متفاوتی برای درمان عفونت کاندیدای مهبل‌ی وجود دارد که از جمله می‌توان به داروهای آزول^۶ و سیر اشاره کرد، کلوتریمازول^۷ اولین داروی امیدازول^۸ است که در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد در درمان عفونت کاندیدای مهبل‌ی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۵،۶). داروهایی که هم اکنون جهت درمان کاندیدا به کار می‌رود، همگی دارای اثر ضد قارچی هستند، ولی منجر به تغییر فلورمهبل‌ی می‌شوند، و از این جهت ممکن است رشد عوامل غیر کاندیدا آلبیکانس را سبب شوند(۷). یکی از روش‌های درمانی، استفاده از داروهای گیاهی است که به دلیل هم خوانی این داروها با طبیعت و فلور طبیعی بدن، عوارض کمتری را به همراه دارند(۸). سیر نخستین آنتی بیوتیکی است که استفاده از آن در درمان عفونت‌ها از شروع تمدن بشری مورد توجه بوده است. پزشکان روسی در جنگ جهانی دوم، برای درمان زخم‌ها از آن استفاده می‌کردند و به علت خواص ضد باکتریایی، ضد انگلی،

9 . Russian Penicillin

10 . Dermatophytis

11 . Kabelik

12 . Nystatin

13 . Genitian, violett

14 . Methylen blue

15 . Perera

1 . Candidiasis

2 . Vaginitis

3 . Candida albicans

4 . Candida non-albicans

5 . Pathogen

6 . Azole

7 . Clotrimazole

8 . Imidazole

روش کار:

این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی در فاصله ۵ آبان ۱۳۸۲ تا ۲۸ اردیبهشت ۱۳۸۳ در مرکز بهداشتی درمانی امام حسن مجتبی (ع) و مطب متخصص زنان، با گرفتن رضایت نامه کتبی از بیمار، بر روی ۱۰۰ خانم غیر باردار در سنین باروری ۱۶ تا ۴۴ سال که با علائم عفونت کاندیدایی مهلی مراجعه کردند، انجام شد. بیمارانی که سابقه بیماری نقص سیستم ایمنی، دیابت، کم خونی، عفونت کاندیدایی مهبل ۴ بار یا بیشتر در سال، پیوند کلیه یا سایر اعضا و هم چنین کسانی که سابقه نازائی، حاملگی خارج رحمی، بیماری التهابی لگن داشته و یا نتیجه آزمایش پاپ اسمیر^۱ آنها در سال اخیر غیر طبیعی بود (گری ۲ یا بیشتر) و کسانی که از IUD استفاده کرده و یا در طی دو هفته اخیر از آنتی بیوتیک^۲، کورتیکوستروئید^۳، استروژن^۴، دوش‌های مهلی، ضد قارچ‌های (خوراکی یا موضعی) استفاده کرده بودند و یا سابقه حساسیت به سیر یا کرم مهلی کلوتریمازول را (در صورت مصرف) داشتند، از مطالعه حذف شدند.

داده‌ها با استفاده از فرم‌های مصاحبه و مشاهده گردآوری شد. بیماران ابتدا به شیوه مبتنی بر هدف انتخاب شده، سپس قبل از درمان و به روش تخصیص تصادفی، افراد به صورت یک روز در میان در یکی از دو گروه دوش مهلی عصاره سیر ۱٪ و کرم مهلی کلوتریمازول ۱٪ قرار گرفتند.

ابتدا عصاره سیر سفید تازه توسط داروساز و به روش مور و اتکینز^۵ (۱۴) در بخش عصاره‌گیری فارماکولوژی دانشکده علوم پزشکی مشهد، به صورت هفتگی تهیه شد. به این صورت که هر بار ۵۰۰ گرم سیر سفید مشهد داخل مخلوط کن و با سرعت بالا برای مدت ۲ دقیقه مخلوط گردید، و پس از عبور از ۸ لایه گاز فشرده، آب حاصل از آن برای مدت ۱۰ دقیقه و با سرعت ۸۰۰۰ دور در دقیقه سانتریفوژ^۶ شد و اجسام ته نشین شده جدا گردید و عصاره حاصله جهت استریل شدن از صافی‌های ۰/۲

میلی متر عبور داده شد. و سپس پس از تأیید سلامت مصرف آن، ۱۶ سی سی از عصاره را داخل ظروف پلاستیکی مدرج که به وسیله اتوکلاو^۷ استریل شده بود، ریخته و تا مدت ۱ هفته درون فریزر و با دمای ۲۰- درجه سانتی گراد نگهداری می‌شد. قبل از شروع نمونه‌گیری، جهت اطمینان از عدم ایجاد حساسیت در بیماران محلول دهان شویه ۱٪ عصاره سیر تازه برای مدت ۲ دقیقه در ۱۰ نفر از افراد داوطلب امتحان و در معاینه دهان که بلافاصله و ۱۵ دقیقه پس از شستشو انجام گرفت، عارضه ای مشاهده نگردید.

جهت تعیین عفونت کاندیدایی مهبل، از ۶ علامت بالینی کاندیدا، مثل ترشحات سفید پنبه‌ری شکل، خارش، سوزش، قرمزی و التهاب فرج، قرمزی و التهاب مهبل و درد هنگام نزدیکی استفاده شد، و در تعیین شدت عفونت کاندیدایی مهبل، به هر یک از علائم بنا بر شدت آن، نمره صفر تا ۳ داده می‌شد (هیچ = ۰، خفیف = ۱، متوسط = ۲، شدید = ۳) و هر بیمار برای ورود به مطالعه باید حداقل نمره ۳ از ۱۸ نمره را کسب می‌کرد (۱۵). سپس توسط پژوهش‌گر نمونه ترشحات مهلی به وسیله ۳ سواب از فورنیکس^۸ خلفی گرفته می‌شد و جهت آزمایش نمونه مرطوب و رنگ‌آمیزی گرم از نظر بررسی مخمرهای کاندیدایی، سلول‌های تاژکدار تریکومونا^۹ و سلول‌های کلیدی هموفیلوس واژینالیس^{۱۰}، و بررسی رشد قارچ در محیط کشت اختصاصی سابوردکستروز آگار^{۱۱} و رشد هموفیلوس واژینالیس در محیط کشت شکلات آگار^{۱۲} به آزمایشگاه ارسال می‌گردید، در صورت عدم انجام پاپ اسمیر طی سال اخیر، نمونه پاپ اسمیر گرفته می‌شد. اگر جواب نمونه مرطوب از نظر وجود کاندیدا منفی، و علائم بیماری خفیف بود، درمان تا جواب کشت انجام نمی‌گرفت و اگر جواب نمونه مرطوب و رنگ‌آمیزی گرم از نظر عفونت کاندیدایی مثبت و از نظر تریکومونا و گاردنلا منفی بود، درمان صورت می‌گرفت. در یک گروه کرم مهلی کلوتریمازول به مدت ۷ شب، هر شب یک اپلیکاتور استفاده گردید. و در گروه دوش مهلی عصاره سیر توصیه می‌شد که به مدت ۷ روز، روزی یکبار (ترجیحاً صبح) پیمانه سر

7. Autoclave

8. Fornix

9. Trichomonas

10. Hemophilus Vaginalis

11. Sabur-dextrose agar

12. Chocolate Agar

1. pap smear

2. Antibiotic

3. Corticosteroide

4. Estrogen

5. Moore & Etkins

6. Centrifuge

علائم بالینی، شدت عفونت کاندیدیایی مهبل و نوع کاندیدا همگن بودند (جدول ۱).

دو گروه از نظر موفقیت درمان تفاوت معنی دار داشتند ($P=0/026$)، به طوری که ۳۴/۷ درصد در گروه سیر و ۵۶/۹ درصد در گروه کلوتریمازول پاسخ موفقیت آمیز به درمان داشتند (جدول ۲).

دو گروه از نظر پاسخ درمانی براساس نتایج آزمایشگاهی، تفاوت معنی دار داشتند ($P=0/046$) و از نظر پاسخ درمانی براساس علائم بالینی، تفاوت معنی دار نداشتند، به طوری که ۴۰/۸ درصد افراد واحد پژوهش در گروه سیر و ۶۰/۸ درصد در گروه کلوتریمازول دارای کشت منفی، و ۵۱ درصد افراد در گروه سیر و ۶۶/۷ درصد افراد واحد پژوهش در گروه کلوتریمازول از نظر علائم بالینی درمان شده بودند (جدول ۳).

دو گروه از نظر پسرفت علائم بالینی (کاهش ۵۰ درصد یا بیشتر در نمره کل علائم بالینی) طی ۲-۱ هفته پس از اتمام درمان، تفاوت آماری معنی دار نداشتند، به طوری که علائم بالینی در ۸۳ درصد افراد گروه سیر و در ۹۲ درصد افراد گروه کلوتریمازول به میزان ۵۰ درصد یا بیشتر پسرفت کرده بود. هم چنین ۱۶/۳ درصد افراد در گروه سیر و ۹/۸ درصد افراد گروه کلوتریمازول از نظر علائم بالینی درمان شده ولی نتیجه کشت ترشحات مهبل آنها مثبت بود و ۶/۱ درصد در گروه سیر و ۵/۹ درصد افراد در گروه کلوتریمازول دارای کشت منفی بودند، ولی از نظر علائم بالینی درمان نشدند. دو گروه از نظر موفقیت درمانی براساس نوع عفونت کاندیدیایی مهبل تفاوت معنی دار نداشتند، به طوری که ۸۵ درصد افراد مورد پژوهش در گروه سیر و ۶۰ درصد در گروه کلوتریمازول که دارای عفونت از نوع کاندیدا آلبیکانس بودند، درمان شدند.

مقایسه میانگین نمره کل علائم بالینی ابتدا و پایان مطالعه در هر یک از گروه‌ها نشان داد که بین میانگین نمره کل علائم بالینی، ابتدا و پایان مطالعه در هر گروه، اختلاف آماری معنی دار وجود دارد ($P=0/001$) (جدول ۴).

هم چنین نتیجه آزمون تی دانشجویی نشان داد، میانگین تفاوت نمره کل ابتدا و پایان مطالعه در دو گروه، اختلاف آماری معنی دار ندارند، به طوری که میانگین تفاوت نمره کل علائم بالینی در گروه سیر

ظرف مدرج پلاستیکی حاوی عصاره سیر را تا خط نشانه (۲ سی سی) از عصاره سیر پر نموده و داخل بطری تاشونده که حاوی ۲۰۰ سی سی آب ولرم بود، بریزند و به حالت خوابیده در حمام از دوش مهلبی عصاره سیر استفاده کنند و پس از اتمام شستشو، ۱۰ دقیقه به همان حالت باقی بمانند، هم چنین به هر دو گروه در مورد رعایت نکات بهداشتی و عادات فردی و چگونگی استفاده از دارو آموزش داده می‌شد و فرم دستورالعمل رعایت نکات بهداشتی و دستورالعمل استفاده از دارو و کارت کنترل مصرف دارو و علائم در اختیارشان قرار می‌گرفت. از بیماران خواسته می‌شد، ظرف حاوی عصاره سیر را در طبقه بالای یخچال نگهداری کنند. پژوهش گر هفت روز پس از شروع مصرف دارو، با تماس تلفن از احوال واحد پژوهشی جویا می‌شد. ۱۴-۷ روز پس از اتمام درمان، معاینه و نمونه برداری مجدد از ترشحات انجام می‌گرفت و در صورت عدم موفقیت درمان، طبق نظر پزشک متخصص، درمان و پیگیری انجام می‌شد. منظور از موفقیت درمانی در این مطالعه، پاسخ کشت منفی ترشحات مهبل به کاندیدا پس از ۱ تا ۲ هفته از اتمام درمان و کاهش شدت علائم بالینی بیمار از عفونت کاندیدای مهلبی می‌باشد، به طوری که شدت هر یک از علائم از شدید به خفیف یا هیچ (از نمره ۳ به نمره ۱ یا صفر) و از متوسط یا خفیف به هیچ (از نمره ۲ یا ۱ به نمره صفر) برسد (۱۷). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس^۱ و آزمون های مجذور کای^۲، من ویتنی^۳، تی دانشجویی^۴، تی زوج^۵ و آزمون همبستگی اسپیرمن^۶ انجام شد.

یافته‌ها:

براساس آزمون تی دانشجویی، دو گروه از نظر میانگین سن اختلاف معنی دار نداشتند. به طوری که میانگین سن در گروه سیر $7/08 \pm 29/4$ و در گروه کلوتریمازول $7/20 \pm 28/76$ سال بود. دو گروه از نظر شاخص توده بدنی، روز عادت ماهیانه، روش پیش گیری از بارداری، شکایت اصلی از بیماری،

۱. SPSS

۲. Square

۳. Mann whitney

۴. Student t test

۵. Paired t test

۶. Spear man

کاندیدا تروپیکالیس^۲ و کاندیدا پسودوتروپیکالیس^۳ خیلی مؤثر و بر روی کاندیدا کروزی^۴ کمتر مؤثر است (۱۱). از علل دیگر احتمالی عدم هم خوانی مطالعه ما با مطالعات آزمایشگاهی این است که حضور یک گیاه در طبیعت بستگی به شرایط و عوامل خاصی از نقطه نظر درجه حرارت، میزان نور و روشنایی، آب، مواد غذایی و ارتفاع از سطح دریا دارد (۱۶). به طوری که کاشت سیر در هر منطقه با منطقه دیگر فرق می‌کند و بسته به آب و هوای منطقه، نوع خاک، زمان کشت، آبیاری و برداشت مواد مؤثر موجود در سیر در مناطق مختلف، متفاوت است (۱۷) که این امر ممکن است روی نتایج مطالعه اثر بگذارد. هم چنین با توجه به نتایج برخی از مطالعات، نوع سیر و زمان برداشت آن ممکن است بر روی خواص ضد کاندیدیایی آن اثر داشته باشد، به طوری که سیر قرمز و سیر تازه اثر ضد میکروبی بیشتری نسبت به سیر سفید و پیر دارد. (۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸) در مطالعه ما از سیر سفید مشهد که فاصله بین زمان برداشت آن و نمونه گیری شش ماه بود، استفاده شد.

نتایج مطالعه قانون^۵ (۱۹۸۸) نشان داد که آلیسین^۶ مسئول اصلی خواص ضد قارچی عصاره سیر است (۱۹). آلیسین ناپایدارترین مولکول عصاره سیر است و خواص خود را طی چند ساعت از دست می‌دهد (۱۰). براساس مطالعه آرورا و کار^۷ (۱۹۹۹)، نگهداری عصاره سیر در دمای ۴ درجه سانتی گراد و درون یخچال به مدت ۶ روز، فعالیت ضد قارچی آن را به میزان ۲۵-۱۰ درصد کاهش می‌دهد (۲۰). در مطالعه ما عصاره سیر پس از رسیدن به دست بیمار، برای مدت ۱ هفته در طبقه بالای یخچال نگهداری می‌شد که این امر ممکن است یکی از علل احتمالی کاهش اثر ضد کاندیدیایی عصاره سیر در این مطالعه باشد. از طرفی دیگر، به دلیل تغییر و تحولاتی که در بدن بر روی سیر انجام می‌شود، مطالعات انسانی ممکن است مطالعات آزمایشگاهی را تایید نکند (۹). در این مطالعه به دلیل رعایت نکات اخلاقی، استفاده از شبه دارو در گروه شاهد امکان پذیر نبود و از علل دیگر عدم هم خوانی مطالعه ما با برخی از مطالعات دیگر، ممکن

۶/۷۹±۲/۸۷، و در گروه کلوتریمازول ۶/۳۳±۲/۵۸ بود.

نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از نظر عارضه دارویی، تفاوت آماری معنی دار ندارند، به طوری که در ۹۱/۸ درصد افراد گروه سیر، و ۹۴/۸ درصد گروه کلوتریمازول، عارضه‌ای گزارش نشد. در گروه سیر، ۳ نفر از افراد پژوهش از عارضه سوزش، یک نفر از خارش، دو نفر از التهاب در فرج، ۲ نفر از ایجاد دانه و جوش در فرج شکایت داشتند که ۴ نفر آخر به علت قطع مصرف دارو، از مطالعه خارج شدند. در گروه کلوتریمازول ۱ نفر از افراد واحد پژوهش از درد زیر شکم، ۱ نفر از تکرر ادرار، یک نفر از سوزش و ۱ نفر از خارش و ایجاد دانه و جوش در فرج شکایت داشتند که نفر آخر به علت قطع مصرف دارو از مطالعه خارج شد.

بحث:

یافته‌های پژوهش نشان داد که درصد موفقیت درمانی دوش مهلبی عصاره سیر، از کرم مهلبی کلوتریمازول کمتر است اما موفقیت درمانی در عفونت کاندیدیایی از نوع کاندیدا آلیکانس در دو گروه تفاوت آماری معنی دار نداشت که با توجه به تعداد کم کاندیدا آلیکانس در این مطالعه، نیاز به مطالعه وسیع‌تری است. دو گروه از نظر پاسخ درمانی براساس نتایج آزمایشگاهی تفاوت معنی دار داشتند و از نظر پاسخ درمانی براساس علائم بالینی تفاوت آماری معنی دار نداشتند. مور و اتکینز (۱۹۷۷) در مطالعه ای آزمایشگاهی گزارش کردند که عصاره آبکی سیر در دمای ۲۷ درجه سانتی گراد و با غلظت ۱/۱۰۲۴، رشد کاندیدا آلیکانس را قویاً مهار می‌کند و هم چنین غلظت مهار کننده و کشنده عصاره سیر تازه در دمای ۳۰ درجه و بر روی انواع کاندیدا به غیر از کاندیدا گلابرتا^۱ به ترتیب برابر با $\frac{1}{512}$ و $\frac{1}{128}$ می‌باشد (۱۴).

یکی از علل احتمالی عدم هم خوانی مطالعه ما با برخی از مطالعات آزمایشگاهی، افزایش درصد زنان مبتلا به عفونت کاندیدیایی غیر آلیکانس است که بر خلاف انتظار ما بود، به طوری که در مطالعه ما ۸۶ درصد بیماران دارای عفونت کاندیدیایی غیر آلیکانس بودند. هم چنین براساس گزارش‌های به دست آمده بیشترین اثر سیر بر روی کاندیدا آلیکانس می‌باشد و بر روی

² . C. Tropicalis

³ . C. pseudo tropicalis

⁴ . C. Krusie

⁵ . Ghannom

⁶ . Alicin

⁷ . Arora & Kaur

¹ . C. Glabereta

گرفته است. بدین وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم تشکر می‌شود. هم چنین از همکاری ارزنده سرکار خانم دکتر نیره خادم، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد صمیمانه سپاس‌گزاری می‌گردد.

است تفاوت شکل دارویی در دو گروه باشد، به طوری که محققان در مطالعات آزمایشگاهی خود ثابت کرده‌اند که هلیکوباکترپیلوری^۱ نسبت به عصاره سیر حساس است (۱۷)، در حالی که در مطالعه‌ای که بر روی انسان انجام شد، روغن سیر بر روی هلیکوباکترپیلوری اثر نداشته است (۹).

در مطالعه ما بین شدت عفونت کاندیدایی مهبل براساس علائم بالینی، و شدت عفونت براساس نتایج آزمایشگاهی ارتباط معنی دار وجود نداشت. طبق نظر برخی از محققین، بیماران علامت دار در مقایسه با بیماران بدون علامت، معمولاً تعداد بیشتری از میکروارگانیزم قارچی را دارند، به طوری که تعداد این ارگانیزم در بیماران علامت دار بیش از 10^4 میلی لیتر است (۲۱). در صورتی که برخی دیگر ذکر می‌کنند که ارتباط مستقیمی بین درجه علائم و تعداد ارگانیزم وجود ندارد (۲۲، ۲۳).

در مطالعه ما تعیین تعداد ارگانیزم‌ها صورت نگرفت و شدت عفونت در محیط آزمایشگاه به صورت کیفی - هیچ، خفیف، متوسط، شدید - تعیین شد.

نتیجه‌گیری :

در این مطالعه درصد موفقیت درمانی دوش مهبل عصاره سیر از درصد موفقیت درمانی کرم مهبل کلوتریمازول کمتر است، اما موفقیت درمانی در عفونت کاندیدایی مهبل از نوع کاندیدا آلیکانس در دو گروه تفاوت آماری معنی دار نداشته است، اگرچه نیاز به مطالعات گسترده‌تری است. هم چنین نتایج نشان داد که دو گروه از نظر پاسخ درمانی، براساس علائم بالینی تفاوت معنی دار آماری ندارند. با توجه به نتایج این پژوهش، از سیر می‌توان به عنوان درمان کمکی در عفونت کاندیدایی مهبل استفاده نمود. هم چنین با توجه به این که در برخی از کتب خارجی و مقالات آزمایشگاهی از سیر به عنوان یک روش درمانی در عفونت‌های کاندیدایی مهبل نام برده شده، ولی در این مورد مطالعه‌ای بر روی انسان انجام نشده است، لذا این مطالعه می‌تواند راهنمایی برای پژوهش‌های آینده و تحقیق بیشتر در این زمینه باشد.

تقدیر و تشکر :

این مقاله حاصل انجام پایان نامه تحقیقاتی مصوب ۱۳۸۲/۲/۵ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی این دانشگاه صورت

^۱ . Helico bacter pilory

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب شاخص توده بدن، روز عادت ماهیانه، نوع روش پیش گیری از بارداری، شکایت اصلی از بیماری، علائم بالینی، شدت عفونت کاندیدیایی مهبل براساس علائم بالینی و نوع کاندیدا در دو گروه دوش مهبل عصاره سیر و کرم مهبل کلوتریمازول

متغیر	گروه دوش مهبل عصاره سیر (n=۴۹)	گروه کرم مهبل کلوتریمازول (n=۵۱)	P*
<u>شاخص توده بدن</u>			
کمتر از ۱۹	۲٪	۱۴٪	۰/۰۶
۱۹-۲۵	۳۴/۷٪	۳۸٪	
بیشتر از ۲۵	۶۳/۳٪	۴۸٪	
<u>روز عادت ماهیانه</u>			
۷-۱۳	۱۷/۵٪	۱۹/۱٪	۰/۶۱۴
۱۴-۲۰	۳۷/۵٪	۲۷/۷٪	
بیشتر از ۲۱	۴۵٪	۵۳/۲٪	
<u>روش پیش گیری از بارداری</u>			
کاندوم	۲۴/۵٪	۲۳/۵٪	٪۸۳۵
قرص	۸/۲٪	۱۱/۸٪	
طبیعی	۶۷/۳٪	۶۴/۷٪	
<u>شکایت اصلی از بیماری</u>			
خارش	۶۳/۳	۵۶/۹	۰/۶۸۵
سوزش	۱۰/۲	۱۵/۷	
ترشحات غیر طبیعی	۲۶/۵	۲۷/۴	
<u>علائم بالینی</u>			
تحریک فرج	۸۳/۷٪	۷۶/۵٪	۰/۳۶
تحریک مهبل	۷۳/۵٪	۷۴/۵٪	۰/۷۰۹
ترشحات غیر طبیعی مهبل	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۰/۶۲
خارش	۹۱/۸٪	۹۴/۱٪	۰/۱۸۹
سوزش	۷۵/۵٪	۶۶/۷٪	۰/۴۹۲
درد هنگام مقاربت	۷۵/۵٪	۷۰/۶٪	۰/۱۶۷
<u>شدت عفونت کاندیدیایی مهبل براساس علائم بالینی در ابتدای مطالعه</u>			
خفیف	۲۴/۵٪	۲۷/۵٪	۰/۳۶۴
متوسط	۵۳/۱٪	۶۰/۸٪	
شدید	۲۲/۴٪	۱۱/۸٪	
<u>نوع کاندیدا</u>			
آلبیکانس	۸/۲٪	۱۹/۶٪	۰/۰۹
غیر آلبیکانس	۹۱/۸٪	۸۰/۴٪	

جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب موفقیت درمانی در پایان مطالعه در دو گروه دوش مهبل و عصاره سیر و کرم مهبل کلوتریمازول

نتیجه آزمون	کل		کلوتریمازول		سیر		گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی موفقیت درمانی
$X^2=4/94$	46	46	56/9	29	34/7	17	بلی
DF=1	54	54	43/1	22	65/3	32	خیر
P=0/026	100	100	100	51	100	49	کل

جدول ۳: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش از نظر پاسخ درمانی براساس نتایج آزمایشگاهی و علائم بالینی در دو گروه دوش مهبل عصاره سیر و کرم مهبل کلوتریمازول

نتیجه آزمون	کل		کلوتریمازول		سیر		گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی پاسخ درمانی
$X^2=3/98$	51	51	60/8	31	40/8	20	منفی
DF=1	49	49	39/2	20	59/2	29	مثبت
P=0/046	100	100	100	51	100	49	کل
$X^2=2/52$	59	59	66/7	34	51	25	منفی
DF=1	41	41	33/3	17	49	24	مثبت
P=0/112	100	100	100	51	100	49	کل

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره کل علائم بالینی در ابتدا و پایان مطالعه در دو گروه دوش مهبل و عصاره سیر و کرم مهبل کلوتریمازول

کل	کلوتریمازول	سیر	گروه
انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	شاخص آماری
9/09±3/29	8/6±2/76	9/59±3/73	زمان
2/53±2/42	2/27±2/36	2/79±2/47	ابتدای مطالعه
t=24/08, DF=99	t=17/51, DF=50	t=16/56, DF=48	پایان مطالعه
P=0/001	P=0/001	P=0/001	نتیجه آزمون تی زوج

خلاصه :

مقدمه و هدف : عفونت کاندیدایی مهبل، یکی از شایع ترین عفونت‌های دستگاه تناسلی زنان است و روش‌های متفاوتی جهت درمان وجود دارد. طبق مطالعات آزمایشگاهی، یکی از روش‌های درمانی استفاده از سیر است. در این راستا، این پژوهش با هدف مقایسه اثر دوش مهبل عصاره سیر و کرم مهبل کلوتریمازول در درمان زنان مبتلا به عفونت کاندیدایی مهبل انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، به شیوه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی بر روی ۱۰۰ خانم غیرباردار واجد شرایط که با علائم عفونت کاندیدایی مهبل مراجعه می‌کردند، انجام شد. پس از تهیه عصاره سیر تازه توسط داروساز، بیمارانی که کشت ترشحات مهبل آنها از نظر عفونت کاندیدایی مثبت بود، به طور تصادفی در دو گروه دوش مهبل عصاره سیر ۱ درصد و کرم مهبل کلوتریمازول ۱ درصد قرار گرفتند و به مدت ۷ روز، روزی یک بار از داروی مورد نظر استفاده می‌کردند. بیماران، ۲-۱ هفته پس از اتمام درمان از نظر علائم بالینی و نتیجه کشت ترشحات مهبل مورد بررسی قرار می‌گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از فرم‌های مصاحبه و مشاهده استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار Spss و آزمون‌های مجذور کای، فیشر، تی دانشجویی، تی زوج و با ضریب اطمینان ۹۵ درصد انجام شد.

نتایج: موفقیت درمانی (براساس علائم بالینی و نتایج آزمایشگاهی) در گروه دوش مهبل عصاره سیر، ۲۴/۷ درصد، در گروه کرم مهبل کلوتریمازول ۵۶/۹ درصد بود. ($P=0/026$). دو گروه از نظر پاسخ درمانی براساس علائم بالینی (۵۱ در مقابل ۶۶/۷ درصد) تفاوت معنی‌دار نداشتند و از نظر پاسخ درمانی براساس نتیجه کشت ترشحات مهبل (۴۰/۸ در مقابل ۶۰/۸ درصد) تفاوت معنی‌دار داشتند. ($P=0/046$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، درصد موفقیت درمانی دوش مهبل عصاره سیر نسبت به کرم مهبل کلوتریمازول کمتر است. اما دو گروه از نظر پاسخ درمانی براساس علائم بالینی اختلاف معنی‌دار نداشتند. لذا مطالعات بیشتر با تغییر میزان دارو و روش استفاده آن پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: دوش مهبل - عصاره سیر - کرم مهبل - کلوتریمازول - درمان - عفونت کاندیدایی مهبل.

Reference:

۱. رایان، کنث جی؛ برکوویتز، راس اس؛ باربیری، رابرت ال. اصول بیماری‌ها و بهداشت زنان کیستز. ترجمه بهرام قاضی جهانی، روشنگر قطبی. ویرایش ۷، تهران: گلبان؛ ۱۳۸۰؛ ص. ۵۶۴-۵۶۲.
2. Sciarra J, Depp R, Efchenbach DA. Gynecology and obstetrics. Philadelphia: Lippincott; 1995, Vol 1: 4-13.
3. Sweet RL, Gibbs RS. Infectious disease of the female genital tract. 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002:342-48.
4. Danakas GT, Pietrantonio M. Practical guide to the care of the gynecologic/obstetric patient. ST, Louis: Mosby; 1997:211-14.
5. Nyirjesy P, Sobel JD. Vulvovaginal Candidiasis. Obstet Gynecol Clin North Am 2003 Dec; 30(4): 671-84. Review.
۶. هدایتی، هایده. "بررسی شیوع کاندیدای مهبل و میزان حساسیت آن به نیستاتین و کلوتریمازول در شهرستان بیرجند در سال ۱۳۷۲" (پایان نامه کارشناسی ارشد). مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد. دانشکده پرستاری و مامائی؛ ۱۳۷۲.
7. Ross RA, Lee MT, Onderdonk AB. Effect of Candida albicans infection and clotrimazole treatment on vaginal microflora in vitro. Obstet Gynecol 1995 Dec; 86(6):925-930.
۸. برگنر، پائول. سیر درمانی: نیروی شفا بخشی سیر. ترجمه شهره عبدالهی، تهران: انتشارات نخستین؛ ۱۳۸۰.
9. Libster M. Delmar's integrative herb guide for nurses. New York: Thomson learning; 2002:285-95.
10. Thomson S. Carlic and Candidiasis: cause or cure. [2]. Available at: <http://www.gaiaresearch.co.za/garlic.html>.
۱۱. قرچه بیدختی، حسین؛ ابراهیمی اول، علی. "بررسی اثرات ضد باکتری و ضد قارچی عصاره‌های مختلف سیاهدانه، زردچوبه، سیر" (پایان نامه دکتری)، مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده داروسازی؛ ۱۳۷۱.
12. Kabelik J. Antimicrobial properties of garlic. Pharmazie 1970 Apr; 25(4): 266-70. German.
13. Perera J, Clayton Y. Incidence, species distribution and antifungal sensitivity pattern of vaginal yeasts in Sri Lankan women. Mycoses 1994 Sep; 37(9-10): 357-60.
14. Moore GS, Atkins RD. The fungicidal and fungistatic effects of an aqueous garlic extract on medically important yeast-like fungi. Mycologia 1977 Mar-Apr; 69(2):341-48.
15. Center for drug evaluation and research (CDER). Guidance for industry. 1998; [11]. Available at: <http://www.fda.gov/cde/guidance/2558dft.pdf> accessed July, 1998.
۱۶. ولاگ، ژان؛ استودولا، ژیری. گیاهان دارویی، روش‌های کشت، برداشت و شرح مصور رنگی ۲۵۶ گیاه. ترجمه ساعد زمان، تهران: ققنوس؛ ۱۳۷۶؛ ص. ۱۰۰.
۱۷. طالبی، سعید. "بررسی اثر ضد سرطانی عصاره سیر تازه بر روی رشد سلول‌های سرطانی مثانه" (پایان نامه دکتری عمومی)، مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پزشکی؛ ۱۳۸۱.
18. Lemar KM, Turner MP, Lloyd D. Garlic (*Allium sativum*) as an anti-Candida agent: a comparison of the efficacy of fresh garlic and freeze-extracts. J Appl Microbiol 2002; 93(3): 398-405.
19. Ghannoum MA. Studies on the anticandidal mode of action of *Allium sativum* (garlic). J Gen Microbiol 1988 Nov; 134(11):2917-24.
20. Arora DS, Kaur J. Antimicrobial activity of spices. Int J Antimicrob Agents 1999 Aug; 12(3):257-62.
۲۱. برک، جاناتان اس؛ آدامز هیلارد، پائولاجی؛ آداشی، الی وای. بیماری‌های زنان نواک. مترجمین بهرام قاضی جهانی، روشنگر قطبی، حمید مؤید، علیرضا مهرورز. ویرایش ۱۳، تهران: گلبان؛ ۱۳۸۲؛ ص. ۱۰۶.
22. Beckman CR, Ling FW, Herbert WN, Laube DW, Smith RP, Barzasky BM. Obstetrics and gynecology. 3rd ed, Baltimore: Williams and Wilkins; 1998:330-32.
23. Faro S. Vaginitis: differential diagnosis and management. Boca Raton: Parthenon Pub; 2004:45-65.