

# بررسی تأثیر کرم بابونه بر بهبود زخم اپی زیاتومی زنان نخست زا

صدیقه اظهري<sup>۱</sup>، مریم آرادمهر<sup>۲\*</sup>، دکتر حسن رخشنده<sup>۳</sup>، دکتر فاطمه تارا<sup>۴</sup>،  
دکتر محمد تقی شاکری<sup>۵</sup>

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۰

## خلاصه

**مقدمه:** اپی زیاتومی یکی از مداخلات پزشکی است که به منظور وسیع کردن میاندوره به کار می رود ولی هنوز تحقیقات اندکی در زمینه مراقبت از این زخم بسیار شایع انجام شده است. عصاره بابونه به دلیل دارا بودن آلفا بیزابولول، دارای خاصیت بهبود زخم می باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر کرم بابونه بر بهبود زخم اپی زیاتومی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی سه سوکور در سال ۱۳۹۲ بر روی ۹۸ زن واجد مشخصات پژوهش مراجعه کننده به بیمارستان ام البنین (س) مشهد انجام شد. افراد در دو گروه مداخله (کرم بابونه) و کنترل (کرم دارونما) قرار گرفتند. پس از زایمان، مادران به مدت ۱۰ روز و روزی ۲ بار، یک بند انگشت از کرم تجویز شده (بابونه یا دارونما) را در ناحیه بخیه ها استفاده می کردند. ارزیابی بهبود زخم با استفاده از فرم ریدا در روزهای اول، هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های من ویتنی، تی تست، کای دو و فیشر انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** در روز اول بعد زایمان، دو گروه از نظر نمره ریدا تفاوتی نداشتند ( $p=0/115$ ). میانگین نمره ریدا در گروه دارو، در روز هفتم  $1/29 \pm 1/90$ ، روز دهم  $1/17 \pm 1/00$  و چهاردهم  $0/92 \pm 0/56$  بود ولی در گروه دارونما در روزهای فوق به ترتیب،  $1/05 \pm 3/10$ ،  $1/35 \pm 2/30$  و  $1/80 \pm 1/10$  بود که دو گروه از نظر بهبود زخم اختلاف معنی داری داشتند ( $p=0/001$ ).

**نتیجه گیری:** کرم بابونه می تواند به عنوان ارتقاء دهنده بهبود زخم اپی زیاتومی در زنان نخست زا پیشنهاد شود.

**کلمات کلیدی:** اپی زیاتومی، بابونه، بهبود زخم

\* نویسنده مسئول مکاتبات: مریم آرادمهر؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۱۲۰۶۹؛ پست الکترونیک: maryam.aradmehr@yahoo.com

## مقدمه

اپی زیاتومی<sup>۱</sup> به معنی برش پودندا<sup>۲</sup> است (۱) که در بافت پربینه داده می شود تا خروجی ولو را در زمان تولد جنین بزرگ تر کند. علت اصلی استفاده از این روش، کم کردن صدمات شدید به واژن و پربینه است. همچنین به منظور برداشتن فشار از روی سر جنین و تسریع کردن زایمان در مواقعی که جنین دچار دیسترس می باشد، انجام می شود (۲). اگر چه آمار جامعی از میزان اپی زیاتومی در ایران منتشر نشده، اما اپی زیاتومی شیوه معمول بیمارستان های ایران می باشد؛ به گونه ای که در بیمارستان حضرت ام البنین (س) مشهد در سال ۱۳۸۴ میزان اپی زیاتومی در زنان نخست زا ۸۸/۳ درصد گزارش شد (۳). خواجوی (۲۰۱۰) در تهران، شیوع اپی زیاتومی را ۹۷/۳٪ گزارش داد و بیان کرد که شیوع اپی زیاتومی در ایران بسیار بیشتر از سایر نقاط دنیا می باشد (۴). اگرچه استفاده معمول از اپی زیاتومی در کشورهای پیشرفته کاهش پیدا کرده است، اما زنان در کشورهای آسیایی به دلیل داشتن پربینه کوتاه و بافتی محکم، مستعد پارگی های وسیع می باشند. لذا استفاده از این روش به صورت معمول ادامه دارد و هنوز تحقیقات اندکی در مورد مراقبت از این زخم بسیار شایع انجام شده است (۵). با توجه به نحوه قرارگیری عضلات و فاسیا که به شکل گهواره می باشند، کف لگن نقش حمایتی را در لگن زنان ایفا می کند و از افتادگی ارگان های لگنی جلوگیری می کند. این عمل به خصوص برای عملکرد صحیح واژن، مثانه، رحم و رکتوم ضروری می باشد. در صورت تضعیف و یا تخریب کف لگن، اختلالات و عوارض طولانی مدتی بروز می کند. هدف کلی از ترمیم پربینه، حفظ استحکام کف لگن مادر و تصحیح پیوستگی و یکنواختی بافتی می باشد که می تواند جلوی خونریزی را گرفته و فضای مرده را (که ممکن است خونریزی در آن واقع شود)، کاهش دهد. در صورتی که ترمیم خوب صورت نگیرد، سلامتی و بهبودی کوتاه یا طولانی مدت مادر تحت تأثیر قرار می

گیرد (۶). به دلیل درگیری عضلات ناحیه پربینه در بسیاری از فعالیت های عادی از جمله نشستن، چمباتمه زدن، قدم زدن، ایستادن و عمل دفع، پربینه ناحیه حساسی است و برش اپی زیاتومی می تواند عملکرد مادری که تازه زایمان کرده را مختل کند (۷). اپی زیاتومی در ایجاد عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت پس از زایمان مؤثر است (۸) که از جمله آنها می توان به مواردی شامل درد و ناراحتی میاندوراه، خونریزی، عفونت، آبه، هماتوم، صدمه به اسفنکتر مقعد و مخاط مقعد، باز شدن زخم و گسترش پارگی اشاره کرد. علی رغم اینکه اغلب این عوارض، تهدید کننده حیات نیستند (۳)، اما تأخیر در ترمیم زخم باعث افزایش خطر عفونت می شود (۹). عفونت زخم میاندوراه اگر چه نادر است، معمولاً در روز ۳ یا ۴ بعد از زایمان ایجاد می شود و هنوز هم ممکن است شوک عفونی و فاشیئت نکرروزان بر اثر عفونت زخم اپی زیاتومی رخ دهد (۱۰).

تأخیر در ترمیم زخم همچنین منجر به نتایج بد آناتومیکی از جمله حساسیت پوست، تنگ شدن مدخل واژن، پرولاپس<sup>۳</sup> واژن، نامتقارن بودن مدخل واژن و فیستول های رکتوواژینال<sup>۴</sup> می شود (۴) و باعث ایجاد اختلال در تشکیل ساختار عضلانی مناسب و در نهایت منجر به کاهش تون عضلانی خواهد شد (۱۱). خستگی، بی خوابی، ایجاد مشکل در نشستن و در آغوش گرفتن فرزند، اختلال روابط عاطفی مادر و نوزاد و کاهش میل جنسی از دیگر عوارض آن می باشد. بنابراین ترمیم زخم، از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۱۲). با ترمیم سریع تر زخم اپی زیاتومی، یکی از اساسی ترین موانع حرکت و فعالیت مادر از بین رفته، ناراحتی مادر کاهش می یابد و باعث کاهش هزینه ها و برگشت زودتر فرد به فعالیت های روزمره می شود (۱۳).

از جمله اقداماتی که پس از زایمان به منظور کاهش درد پربینه و تسریع بهبود زخم انجام می شود، رعایت بهداشت پربینه، خشک نگه داشتن محل زخم و

<sup>3</sup> prolaps

<sup>4</sup> fistula Rectovaginal

<sup>1</sup> episiotomy

<sup>2</sup> pudenda

همچنین استفاده از درمان های مختلف است که به دو صورت روش های دارویی و غیر دارویی می باشند (۳). در هنگام انتخاب درمان های دارویی، علیرغم وجود کارآزمایی های بالینی و مستندات تجربی جهت مصرف آنها، باید مواردی در نظر گرفته شود. از جمله می توان به شدت درد، خاصیت یبوست زایی، مشکلات گوارشی و خطرات ناشی از انتقال دارو توسط شیر مادر و عوارض احتمالی بر کودک اشاره کرد (۱۴). استفاده از بتادین به عنوان ماده آنتی سبتیک برای ضد عفونی کردن و کمک در ترمیم برش اپی زیاتومی، اثرات منفی در بهبود زخم دارد (۱۵). در مطالعه کوپر و همکاران (۱۹۹۱) ذکر می کنند که بتادین حتی با یک بیستم غلظت معمول، باعث مرگ فیبروبلاست ها و مهار عمل لنفوسیت ها می شود (۱۶).

طب مکمل شامل طب سنتی و گیاهی و هومیوپاتی از جایگاه ویژه ای در ارتقاء کیفیت مراقبت پس از زایمان برخوردار می باشند (۱۷). بابونه از جمله گیاهانی است که در حال حاضر در طب سنتی ایران مورد استفاده قرار می گیرد که حاوی ۱۲۰ نوع ترکیب شیمیایی است که اجزای اصلی آن شامل آلفابیزابولول، بیزابولول، اکساید، اسپرواترها، کامازولن و فلاونوئید می باشد (۱۸).

داروهایی که دارای اثرات ضد التهابی، ضد باکتریایی و فعالیت آنتی اکسیدانسی هستند، گزینه های مناسبی برای ترمیم زخم محسوب می شوند و ترکیبات موجود در عصاره بابونه، تمام اثرات مذکور را دارا می باشد (۱۹). تاکنون بابونه به صورت موضعی در درمان التهاب های پوستی، بواسیر، زخم های پا، ادرار سوختگی اطفال و ترک خوردگی نوک پستان به کار رفته است و در کاهش درد و افزایش ترمیم بافت آسیب دیده نقش مؤثری داشته است (۱۸). ستابا (۱۹۸۶) نشان داد یکی از ترکیبات اصلی موجود در عصاره بابونه به نام آلفا - بیزابولول، زمان ترمیم برخی زخم ها در حیوانات آزمایشگاهی را کاهش می دهد (۲۰). مطالعاتی در زمینه تأثیر بابونه بر کولیت زخمی ناشی از اسیداستیک در موش، کاهش موکوزیت دهانی ناشی از رادیوتراپی، ترمیم زخم سوختگی در موش، زخم های سطحی

ماهی کپور، آفت دهانی، خاموشی کولیت اولسراتیو، ترمیم هموروئید، ترمیم زخم ناحیه خالکوبی، کولیک کودکان و دیسمنوره انجام شده است (۲۵-۲۱). در مطالعه پازنده و همکاران (۲۰۱۰) استفاده از بابونه به صورت آروماتراپی بر ترمیم اپی زیاتومی مؤثر نبود (۱۹). تاکنون مطالعه ای در زمینه مصرف بابونه به صورت کرم بر روی نمونه های انسانی انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر کرم بابونه بر بهبود زخم اپی زیاتومی انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی سه سوکور در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۱۴ زن واجد شرایط پژوهش مراجعه کننده به بیمارستان ام البنین (س) شهر مشهد انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی و پس از محاسبه میانگین و انحراف در گروه مداخله ( $0/87 \pm 0/90$ ) و کنترل ( $0/56 \pm 1/10$ ) و با استفاده از فرمول اختلاف میانگین، ۱۱۴ نفر تعیین شد.

پس از تصویب طرح پژوهشی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و ثبت آن در مرکز ثبت کارآزمایی های بالینی ایران با کد IRCT2013051413336N1، گل های خشک شده بابونه<sup>۱</sup> از شرکت زردبند تهران خریداری و سپس هویت آن توسط هرباریوم دانشکده داروسازی مشهد تأیید شد. جهت تهیه عصاره بابونه، ۶۰ گرم بابونه خرد شده توسط آسیاب را داخل هر کارتوش ریخته و با الکل ۷۰٪ توسط دستگاه سوکسله عصاره گیری کرده و پس از حذف حلال توسط دستگاه حذف حلال<sup>۲</sup>، عصاره غلیظ در آزمایشگاه فارماکولوژی دانشکده پزشکی تهیه شد. سپس عصاره غلیظ را وزن کرده و بازده محصول به دست آمد و با توجه به مطالعه جراحی (۱۳۸۶) (۱۸)، کرم بابونه ۱/۳ درصد از ترکیب مقدار مشخص عصاره بابونه با کلد کرم<sup>۳</sup> و کرم دارونما حاوی پایه ساده کرم (کلد کرم ۷) توسط داروساز ساخته و کدگذاری (کد A و B) شد.

<sup>1</sup> Matricaria Chamomila

<sup>۲</sup> روتاواپراتور

<sup>3</sup> Cold Cream

حادثه نامطلوب در ۱۵ روز اول پس از زایمان<sup>۸</sup>، عدم استفاده از کرم به طور مرتب<sup>۹</sup>، وجود تب نفسی<sup>۱۰</sup>، ایجاد عفونت محل اپی زیاتومی، نیاز به بخیه زدن مجدد محل اپی زیاتومی و ایجاد عوارض ناشی از استفاده از کرم بابونه<sup>۱۱</sup> بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل: فرم‌های پرسشنامه، ثبت اطلاعات و معاینه (فرم انتخاب و حذف افراد مورد مطالعه شامل معیارهای ورود و خروج، فرم اطلاعات مربوط به مراحل زایمان و اپی زیاتومی، فرم ثبت اطلاعات روزانه مربوط به مصرف مسکن، آنتی بیوتیک، رعایت نکات بهداشتی و تغذیه)، مقیاس سنجش یبوست در بارداری و فرم کنترل ترمیم زخم (REEDA Scale)<sup>۱۲</sup> بود.

روایی فرم‌های انتخاب و حذف واحدهای پژوهش، ثبت اطلاعات مربوط به زایمان و اپی زیاتومی، مصرف مسکن، آنتی بیوتیک، رعایت نکات بهداشتی و تغذیه به روش روایی محتوا تأیید شد. روایی ابزار ریدا توسط پازنده (۱۳۸۷) تأیید شده است (۱۹). فرم انتخاب واحد پژوهش و ثبت اطلاعات روزانه، ابزارهایی پایا بوده و پایایی فرم اطلاعات مربوط به مراحل زایمان و اپی زیاتومی با روش توافق ارزیابان تأیید شد ( $r=0/94$ ،  $r=0/89$ ). و پایایی فرم بررسی بهبود زخم (REEDA) توسط پازنده (۱۳۸۷) تأیید شده است (۱۹).

روش کار بدین صورت بود که پس از اخذ مجوز کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه و مراجعه به بیمارستان ام البنین (س)، اهداف مطالعه برای بیماران توضیح داده شد و افراد واجد شرایط مطالعه به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و پس از اخذ رضایت نامه کتبی، با

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست‌زا با سن بین ۱۸-۳۵ سال، داشتن زایمان طبیعی همراه با اپی زیاتومی، زندگی با همسر خود، شاخص توده بدنی در محدوده ۱۹/۸-۳۰ کیلوگرم بر متر مربع، عدم سابقه بیماری‌های مختل‌کننده بهبود زخم<sup>۱</sup>، عدم استفاده از داروهای مؤثر بر بهبود زخم<sup>۲</sup>، جنین واحد با نمایش سفالیک، نداشتن عفونت علامت‌دار واژن و فرج (ترشح عفونی، خارش، سوزش) و پارگی کیسه آب تا حداکثر ۱۲ ساعت قبل از شروع دردها، عدم ناهنجاری آشکار در نوزاد<sup>۳</sup>، نداشتن رکتوسل، سیستوسل شدید<sup>۴</sup> (درجه ۲ و بالاتر) دیواره یا توده در واژن، نداشتن سابقه مشکلات مامایی<sup>۵</sup>، استفاده از شیاف استامینوفن طی ۶ ساعت قبل از زایمان، عدم سابقه جراحی ترمیمی روی مهبل و میاندوراه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: وجود اختلال در پیشرفت زایمان<sup>۶</sup>، طول مرحله دوم زایمان بیش از ۲ ساعت، وجود گسترش طول محل برش و تبدیل به پارگی درجه ۳ و ۴ و یا وجود پارگی به جز پارگی اپی زیاتومی، خونریزی واژینال غیر طبیعی<sup>۷</sup>، دیستوشی شانه (که منجر به استفاده از مانورهای غیر از مک رابرت شود)، خروج جفت با دست، تشکیل هماتوم، داشتن نزدیکی تا پایان مطالعه (در ۱۵ روز اول بعد از زایمان)، انجام عمل کورتاژ یا روزیون در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان، بروز یک

<sup>۱</sup> بیماری‌های مزمن سیستمیک، قلبی، کلیوی، کبدی، تنفسی، انعقادی، بافت همبند، دیابت، کم‌خونی، سرطان و بیماری‌های روانی

<sup>۲</sup> گلوکوکورتیکوئیدها، ضدانعقادها، سرکوب‌کننده ایمنی، آنتی بیوتیک وسیع‌الطیف و شیمی‌درمانی

<sup>۳</sup> هیدروسفالی، اسیت، توده حجیم در بدن

<sup>۴</sup> در زمان انتخاب واحد پژوهش توسط معاینه پژوهشگر تشخیص داده می‌شد.

<sup>۵</sup> جفت سرراهی، جداشدن زودرس جفت، چندقلوپی، پلی هیدرامنیوس، اولیگوهمیدرامنیوس، ناسازگاری شدید RH، پارگی پرده‌ها بیش از ۱۲ ساعت

<sup>۶</sup> زایمان سریع: از شروع دردها تا زمان زایمان ۳ ساعت بطول انجامد. زایمان طولانی: طول مرحله اول و دوم زایمان بیش از ۱۸ ساعت

<sup>۷</sup> خونریزی واژینال غیر طبیعی که نیاز به ارزیابی بیشتر به وسیله والو داشته باشد.

<sup>۸</sup> مانند اختلال شدید با همسر، مرگ پدر، مادر یا همسر، دور بودن از همسر، تغییر عمده در وضعیت مالی

<sup>۹</sup> کم‌تر از هشت روز یا کمتر از ۱۶ مرتبه از کرم استفاده کرده باشد.

<sup>۱۰</sup> به صورت تب  $\leq 38$  درجه سانتیگراد که در هر دو روزی از ده روز اول بعد از زایمان بجز ۲۴ ساعت اول وجود داشته باشد و با روش استاندارد دهانی حداقل ۴ بار در روز گرفته شده باشد.

<sup>۱۱</sup> درماتیت تماسی با علایمی همچون قرمزی، خارش، خشکی و آگزما با علایمی همچون قرمزی، خارش، پوسته پوسته شدن و خشک شدن، ضخیم شدن و یا چرمی شدن پوست.

<sup>۱۲</sup> Reednes, Edema, Echymosis, Discharge, Approximation

استفاده از بلوک‌های تصادفی در دو گروه A یا B قرار گرفتند. مراقبت‌های قبل از زایمان، انجام زایمان و ترمیم اپی‌زیاتومی توسط کمک پژوهشگر انجام شد. پس از خروج جنین و ترمیم اپی‌زیاتومی در وضعیت لیتوتومی، اطلاعات مربوط به نوزاد، اندازه برش اپی‌زیاتومی، نوع نخ و تعداد بخیه‌های استفاده شده ثبت می‌شد. پژوهشگر پس از ترمیم اپی‌زیاتومی در خصوص نحوه مراقبت از میاندوراه و بخیه‌ها، بهداشت فردی، نحوه تکمیل فرم ثبت اطلاعات روزانه (شامل اطلاعات استفاده از مسکن، کرم جهت محل بخیه‌ها، آنتی‌بیوتیک، بهداشت، تغذیه و میزان فعالیت فیزیکی) آموزش‌های لازم را می‌داد و پمفلت آموزشی نیز در این زمینه در اختیار مادران قرار داده شد. دو ساعت پس از ترمیم اپی‌زیاتومی، یک بسته کرم‌گذاری شده به مادر تحویل و نحوه استفاده از کرم آموزش داده می‌شد؛ بدین صورت که پس از شستشوی پرینه و دست‌ها و خشک کردن آن‌ها، به اندازه یک بند انگشت از کرم روی ناحیه بخیه‌ها قرار دهند، به گونه‌ای که کاملاً روی سطح زخم را بپوشاند و انجام این کار را روزانه دو بار (هر ۱۲ ساعت) تا ۱۰ روز انجام دهند. وضعیت بهبود اپی‌زیاتومی با استفاده از مقیاس ریدا در وضعیت لیتوتومی، در روزهای ۱، ۷ و ۱۰ پس از زایمان و در صورت عدم تکمیل ترمیم زخم اپی‌زیاتومی روز ۱۴ پس از زایمان تکمیل شد. پیگیری روند بهبود اپی‌زیاتومی بر اساس معیار عینی سنجش زخم ریدا طراحی شد. این ابزار دارای ۵ معیار قرمزی، ادم، کبودی، ترشح و فاصله بین دو لبه زخم می‌باشد که به هر کدام نمره‌ای بین صفر تا سه تعلق می‌گرفت: صفر به معنای عدم وجود متغیر و ۳ بالاترین نمره‌ای است که به حضور متغیر مورد نظر داده می‌شد. در مراجعه

مادر در روزهای ۷، ۱۰ و ۱۴ بعد از زایمان وجود متغیرهای حذف واحد پژوهش ارزیابی شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های من‌ویتنی، تی‌تست، کای‌دو و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها:

در طول مطالعه ۱۶ نفر به دلیل دارا بودن یکی از معیارهای حذف از مطالعه خارج شدند (۷ نفر در گروه مطالعه و ۹ نفر در گروه مداخله به دلیل عفونت، عدم استفاده از کرم به طور مرتب، نیاز به بخیه زدن مجدد محل اپی‌زیاتومی، عدم مراجعه و عدم دسترسی به واحد پژوهشگر) و در نهایت ۹۸ نفر مطالعه را به پایان رساندند (۵۰ نفر در گروه مطالعه و ۴۸ نفر در گروه کنترل). دو گروه از نظر مشخصات فردی مانند سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی، مشخصات بارداری، انجام ورزش‌های تقویت‌کننده عضلات کف لگن و سایر متغیرهای مداخله‌گر در طی زایمان مانند تراشیدن موهای ناحیه پرینه، میزان خستگی و گرسنگی در مرحله دوم زایمان، وجود اختلال در پیشرفت مرحله اول زایمان، طول مرحله دوم زایمان، طول مرحله سوم زایمان، تعداد معاینات واژینال مرحله اول و دوم زایمان، آغستگی مایع آمنیوتیک به مکنونیوم، وضعیت سر جنین هنگام تولد، فاصله زمانی بین تزریق لیدوکائین تا زمان برش اپی‌زیاتومی، اطلاعات مربوط به نوزاد مانند وزن، جنس و قد نوزاد، درد هنگام دفع ادرار و مدفوع، داشتن یبوست، مصرف آنتی‌بیوتیک، رعایت نکات بهداشتی، تغذیه، میزان فعالیت فیزیکی و سایر متغیرهای مداخله‌گر اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ( $p > 0/05$ ) (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین برخی اطلاعات زایمانی واحدهای پژوهش به تفکیک گروه

گروه	گروه بایونه	گروه دارونما	سطح معنی داری
متغیر	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
طول برش پوست (میلی متر)	۵۱/۹۸ $\pm$ ۶/۴۰	۵۱/۷۶ $\pm$ ۷/۰۳	*p=۰/۸۷۰
طول برش واژن (میلی متر)	۵۷/۶۶ $\pm$ ۸/۳۶	۵۵/۹۴ $\pm$ ۹/۶۴	*p=۱/۷۲۰
طول عمق اپی زیاتومی (میلی متر)	۱۷/۴۰ $\pm$ ۵/۱۸	۱۷/۲۸ $\pm$ ۵/۹۵	**p=۰/۸۷۶
طول مدت ترمیم اپی زیاتومی (دقیقه)	۱۹/۵۲ $\pm$ ۶/۲۸	۱۹/۶۸ $\pm$ ۴/۳۷	*p=۰/۸۸۳
تعداد بخیه با نخ ۲ صفر	۱۵/۷۲ $\pm$ ۵۶/۶۶	۷/۶۶ $\pm$ ۲/۵۸	**p=۰/۰۷۰
تعداد بخیه با نخ صفر	۱۱/۳۴ $\pm$ ۲/۲۳	۱۱/۰ $\pm$ ۲/۴۰	**p=۰/۷۱۷
تعداد بخیه های واژن	۵/۷۰ $\pm$ ۱/۶۱	۵/۸۴ $\pm$ ۱/۳۴	**p=۰/۵۴۳
تعداد بخیه های عضله	۱/۹۲ $\pm$ ۱/۳۵	۱/۸۲ $\pm$ ۱/۴۶	*p=۰/۷۲۴
تعداد بخیه های زیر پوست	۵/۱۶ $\pm$ ۱/۰۵	۵/۰۴ $\pm$ ۱/۰۲	**p=۰/۳۵۱
تعداد بخیه های پوست	۶/۲۲ $\pm$ ۰/۵۸	۶/۰۴ $\pm$ ۱/۱۹	**p=۰/۱۰۶
دوز لیدوکائین مورد استفاده (سی سی)	۴/۴۶ $\pm$ ۰/۵۰	۴/۳۰ $\pm$ ۰/۴۶	**p=۰/۱۰۱

\*آزمون تی، \*\*آزمون من ویننی

بررسی اپی زیاتومی نشان داد که در روز اول پس از زایمان، هیچ کدام از متغیرهای قرمزی (p=۰/۴۰۲)، ادم (p=۰/۳۱۷)، کبودی (p=۱/۰۰) و ترشح (p=۱/۰۰) و فاصله بین دو لبه زخم (p=۰/۳۹۳) در دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند. از نظر متغیر قرمزی و فاصله بین دو لبه زخم در روزهای هفتم (به ترتیب p=۰/۰۱۶، p=۰/۰۰۱، p=۰/۰۴۴، p=۰/۰۰۱) و چهاردهم (p=۰/۰۳۹، p=۰/۰۰۱) و همچنین متغیر ترشح در روزهای هفتم (p=۰/۰۰۱) و دهم (p=۰/۰۰۱) دو گروه تفاوت معنی داری داشتند. ولی دو گروه از نظر ترشح روز چهاردهم و متغیر کبودی و ادم در هیچ کدام از روزهای پیگیری تفاوتی نداشتند (جدول ۲).

بررسی اپی زیاتومی نشان داد که در روز اول پس از زایمان، هیچ کدام از متغیرهای قرمزی (p=۰/۴۰۲)، ادم (p=۰/۳۱۷)، کبودی (p=۱/۰۰) و ترشح (p=۱/۰۰) و فاصله بین دو لبه زخم (p=۰/۳۹۳) در دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند. از نظر متغیر قرمزی و فاصله بین دو لبه زخم در روزهای هفتم (به ترتیب p=۰/۰۱۶، p=۰/۰۰۱، p=۰/۰۴۴، p=۰/۰۰۱) و چهاردهم (p=۰/۰۳۹، p=۰/۰۰۱) و همچنین متغیر ترشح در روزهای هفتم (p=۰/۰۰۱) و دهم (p=۰/۰۰۱) دو گروه تفاوت معنی داری داشتند. ولی دو گروه از نظر ترشح روز چهاردهم و متغیر کبودی و ادم در هیچ کدام از روزهای پیگیری تفاوتی نداشتند (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات پنج متغیر مقیاس ریدا در روزهای پیگیری به تفکیک گروه

متغیر	روز پیگیری پس از زایمان	گروه بایونه	گروه دارونما	سطح معنی داری*
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
قرمزی	روز ۷	۰/۲۲ $\pm$ ۰/۵۰	۰/۴۲ $\pm$ ۰/۴۹	۰/۰۱۶
	روز ۱۰	۰/۱۲ $\pm$ ۰/۳۲	۰/۳۰ $\pm$ ۰/۵۰	۰/۰۴۴
	روز ۱۴	۰/۰۴ $\pm$ ۰/۱۹	۰/۲۲ $\pm$ ۰/۵۵	۰/۰۳۹
ادم	روز ۷	۰/۱۸ $\pm$ ۰/۳۸	۰/۲۸ $\pm$ ۰/۶۴	۰/۶۹۷
	روز ۱۰	۰/۰۲ $\pm$ ۰/۱۴	۰/۰۴ $\pm$ ۰/۱۹	۰/۵۶۰
	روز ۱۴	۰/۱۰ $\pm$ ۰/۳۶	۰/۱۲ $\pm$ ۰/۴۳	۰/۹۵۳
کبودی	روز ۷	.	.	۱/۰۰
	روز ۱۰	.	.	۱/۰۰
	روز ۱۴	.	.	۱/۰۰
ترشح	روز ۷	۰/۳۰ $\pm$ ۰/۵۴	۰/۶۶ $\pm$ ۰/۴۷	۰/۰۰۱
	روز ۱۰	۰/۲۲ $\pm$ ۰/۶۱	۰/۵۰ $\pm$ ۰/۵۴	۰/۰۰۱
	روز ۱۴	۰/۰۶ $\pm$ ۰/۲۳	۰/۱۲ $\pm$ ۰/۳۳	۰/۲۸۲
فاصله دو لبه زخم	روز ۷	۱/۲۲ $\pm$ ۰/۴۱	۱/۷۶ $\pm$ ۰/۶۲	۰/۰۰۱
	روز ۱۰	۰/۶۲ $\pm$ ۱/۰۰	۱/۴۸ $\pm$ ۰/۵۰	۰/۰۰۱
	روز ۱۴	۰/۳۴ $\pm$ ۱/۱۷	۰/۶۱ $\pm$ ۰/۸۶	۰/۰۰۱

\*آزمون من ویننی

مقایسه مجموع نمرات حاصل از ۵ متغیر مقیاس ریدا نشان داد که مقایسه میانگین نمره ریدا در روز اول پس از زایمان بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت ( $p=0/115$ ). ولی مقایسه میانگین نمرات ابزار ریدا در روز هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان نشان داد که

دو گروه اختلاف آماری معنی داری با یکدیگر داشتند ( $p<0/001$ ,  $p<0/001$ ,  $p<0/001$ )، به گونه ای که میانگین نمره بهبود زخم در گروه مداخله تقریباً نصف میانگین نمره بهبود زخم در گروه کنترل ( $1/00$ ) در برابر  $2/30$ ،  $0/56$  در برابر  $1/10$  بود (جدول ۳، نمودار ۱).

جدول ۳- مقایسه میانگین امتیاز بهبود زخم اپی زیاتومی در روزهای پیگیری به تفکیک گروه

متغیر	گروه	گروه بابونه	گروه دارونما	سطح معنی داری*
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
نمره ریدا روز ۱ پس از زایمان		$0/08 \pm 0/34$	$0/20 \pm 0/49$	$0/115$
نمره ریدا روز ۷ پس از زایمان		$1/90 \pm 1/29$	$3/10 \pm 1/05$	$0/001$
نمره ریدا روز ۱۰ پس از زایمان		$1/00 \pm 1/17$	$2/30 \pm 1/35$	$0/001$
نمره ریدا روز ۱۴ پس از زایمان		$0/56 \pm 0/92$	$1/10 \pm 1/80$	$0/001$

\* آزمون من ویتنی



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمرات مقیاس ریدا در بهبود زخم اپی زیاتومی در روزهای هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان در زنان نخست زای مصرف کننده کرم بابونه و پلاسبو در بیمارستان زنان ام البنین (س) شهر مشهد ۱۳۹۲

### بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که در بررسی ۵ معیار ابزار ریدا، نمره قرمزی گروه کنترل در روز هفتم ۲ برابر، در روز دهم ۳ برابر و در روز چهاردهم ۵/۵ برابر گروه مطالعه بود. اگرچه میانگین نمره ادم زخم در روزهای اول، هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان در گروه مطالعه کمتر بود، اما تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد. التهاب، پاسخ دفاعی بدن نسبت به صدمه یا تخریب بافت است. درد، گرمی، قرمزی، تورم و کاهش عملکرد از علائم موضعی التهاب می باشند (۲۶).

بنابراین به نظر می رسد بابونه به دلیل خاصیت ضد التهابی و ضد تورمی خود ناشی از اسانس ازولین، کامازولین و آلفا بیزابولول باعث کاهش قرمزی و ادم زخم می شود (۲۷-۲۹). در مطالعه گلمکانی (۲۰۰۷) با عنوان بررسی تأثیر پماد زردچوبه بر بهبود زخم اپی زیاتومی، در استفاده کنندگان از پماد زردچوبه نمره قرمزی و ادم زخم به ترتیب در روز هفتم ( $0/1, 84/60$ )، دهم ( $0/81, 0/50$ ) و در روز چهاردهم بعد از زایمان ( $0/21, 0/31$ ) بوده است (۱۰). از آنجا که نمره قرمزی و ادم زخم در مطالعه گلمکانی بیشتر از مطالعه حاضر می باشد به نظر می رسد بابونه در مقایسه با زردچوبه

همچنین خشک شدن زخم شد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۱).

در پژوهش حاضر نمره فاصله بین دو لبه زخم اپی‌زیاتومی در روزهای پیگیری هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان در گروه مطالعه کمتر از گروه کنترل بود و این اختلاف معنی دار بود. گیاه بابونه غنی از فلاوونوئیدها است که آنتی‌اکسیدانت‌های مؤثری در خنثی کردن رادیکال‌های آزاد اکسیژن دار می‌باشند (۳۱). بر این اساس یکی از مکانیسم‌های احتمالی اثر بابونه بر بهبود زخم‌های ناشی از برش ممکن است از طریق مسیر مذکور باشد (۳۲). در مطالعه طلایی پور و همکاران (۲۰۰۰) دهان شویه بابونه، باعث تسریع در اپی‌تلیالیزاسیون مجدد بافت دهان شد (۲۴). در مطالعه کاروزایی و همکار (۲۰۱۱) که به بررسی زخم‌های اطراف استوما پرداخت، فیبرهای کلاژن و ری‌اپیتلیالیزاسیون در گروه بابونه نسبت به گروه دارونما به مقدار بیشتری وجود داشت (۳۴). همچنین مانولا و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود خاصیت ضد التهابی و اپی‌تلیال‌سازی بابونه در درمان آسیب‌های مصنوعی پوست را تأیید کردند (۳۵). در مطالعه حاضر نیز بابونه در مقایسه با دارونما فاصله بین دو لبه زخم را کاهش داد.

مقایسه نمره ریدا در روزهای هفتم، دهم و چهاردهم در پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره بهبود زخم اپی‌زیاتومی در روزهای هفتم، دهم و چهاردهم پس از زایمان در گروه مطالعه تقریباً نصف گروه کنترل بود که نشان می‌دهد سرعت بهبود زخم در گروه استفاده‌کننده از کرم بابونه بیشتر می‌باشد. همچنین نمره ریدا در گروه کنترل در روز ۱۴ پس از زایمان نزدیک به نمره گروه درمان شده با کرم بابونه در روز ۱۰ بود. به عبارت دیگر کرم بابونه بهبود زخم اپی‌زیاتومی در گروه مطالعه نسبت به گروه کنترل را حدود ۴ روز تسریع کرد. این یافته با مطالعه کاروزایی و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت. کاروزایی و همکاران برای درمان ۳۶ بیمار دارای ضایعات پوستی اطراف استوما، از پماد هیدروکورتیزون ۱٪ یک بار در روز و در ۳۶ بیمار دیگر نیز از کمپرس بابونه ۲ بار در روز استفاده کردند.

به میزان بیشتری قرمزی و ادم زخم را کاهش می‌دهد. در مطالعه کاروزایی و همکار (۲۰۱۱) استفاده از کمپرس بابونه در مقایسه با پماد هیدروکورتیزون ۱٪ تفاوت قابل توجهی از نظر اریتم، پاپول و وزیکول در پوست اطراف استوما ایجاد نکرد. شاید دلیل عدم تأثیر بابونه بر اریتم زخم، نحوه تهیه کمپرس بابونه باشد. در این پژوهش، جهت تهیه محلول بابونه، ۶ گرم سرگل بابونه آلمانی (*Matricaria chamomile*) در معرض هوا قرار داده شد و پس از خشک شدن، آن را پودر کرده و در یک ظرف شیشه‌ای ۱۵۰ سی‌سی آب جوش به آن اضافه شد. سر ظرف شیشه‌ای به مدت ۱۰ دقیقه به طور محکم بسته شد و سپس محلول صاف شد. در حالی که عصاره هیدروالکلی، دارای اثرات بهتری نسبت به عصاره آبی (دم‌کرده یا جوشانده) هستند (۳۴).

در مطالعه حاضر بررسی میزان ترشح ناحیه اپی‌زیاتومی در روزهای هفتم و دهم نشان داد که نمره ترشح در گروه مطالعه تقریباً نصف نمره گروه کنترل است. هنگام ترمیم زخم، قابلیت نفوذپذیری مویرگ‌ها افزایش پیدا می‌کند تا در نهایت پلاسما و اجزای خون، اجازه ورود به ناحیه آسیب‌دیده را پیدا کرده و مایعی به نام اغزودا را تشکیل دهند. اغزودای زیاد، سلول‌های مرده یا صدمه‌دیده و ارگانیسم‌های بیماری و همچنین عفونت بهبود زخم را به تأخیر می‌اندازند (۶). بابونه دارای اثر ضد باکتری، ضد ویروس و ضد قارچ بوده و باعث خشکاندن ترشحات زخم‌های ترشح‌دار می‌شود. همچنین این گیاه علیه میکروب‌های پاتوژن پوست از قبیل گونه‌های مختلف استافیلوکوک<sup>۱</sup> و کاندیدا<sup>۲</sup> مؤثر می‌باشد (۳۰). گلووانیا و همکاران (۱۹۸۷) در یک مطالعه دوسوکور، پس از خالکوبی از عصاره استاندارد بابونه که حاوی ۵۰ میلی‌گرم آلفا بیزابولول و ۳ میلی‌گرم کامازولین در ۱۰۰ میلی‌گرم بود، استفاده کرد که بابونه در مقایسه با ژل هیدروفیل در گروه دارونما به طور معنی‌داری باعث کاهش مساحت زخم و

<sup>1</sup> Staphylococcus

<sup>2</sup> Candida



ضایعات هر ۳ روز یک بار تا حداکثر ۲۸ روز مورد بررسی قرار گرفتند. ضایعات پوستی در گروه بابونه به طور قابل توجهی سریع تر از گروه هیدروکورتیزون بهبود یافتند؛ به گونه ای که متوسط زمان برای درمان در گروه بابونه  $4/89 \pm 8/89$  روز و در گروه هیدروکورتیزون  $7/6 \pm 14/53$  روز بود. همچنین علائم استوما (درد و خارش) در گروه مصرف کننده بابونه نسبت به گروه هیدروکورتیزون بیشتر برطرف شده بود. بنابراین استفاده از بابونه آلمانی به صورت ۲ بار در روز باعث تسریع ترمیم ضایعات پوستی اطراف استوما شده و چسبندگی استوما و نیاز به تعویض مکرر آن را از بین می برد (۳۴). بابونه به دلیل داشتن اثرات ضد التهابی، ضد باکتریایی، ضد ویروسی، ضد قارچی (۲۹-۳۰) و آنتی اکسیدانتی باعث تسریع ترمیم زخم می شود. همچنین امروز مشخص شده است که یکی از ترکیبات اصلی موجود در عصاره بابونه به نام آلفا-بیزابولول، زمان ترمیم برخی زخم ها را در حیوانات آزمایشگاهی کاهش می دهد (۲۰-۱۸). اگرچه علی رغم توان عصاره بابونه بر ترمیم برخی از انواع زخم، مکانیسم دقیق عمل آن مشخص نشده است (۱۸).

در مطالعه مانولا و همکاران (۲۰۰۹) که به مقایسه اثر بابونه و کورتیکواستروئیدها بر بهبود زخم در مدل حیوانی پرداختند، سریعترین زمان ترمیم کامل زخم در گروه بابونه، روز پنجم بعد از شروع درمان بود، در حالی که در دیگر گروه های مداخله در روز چهاردهم بود. بنابراین ترمیم زخم در تمام حیوانات گروه های بابونه ۹ روز قبل از گروه های دیگر کامل شد (۳۵). در مطالعه صهبا و همکار (۲۰۰۵) بیماران مبتلا به آفت راجعه دهانی، ۳۰ قطره دهانشویه بابونه را در حدود ۱۰۰ میلی لیتر آب ریخته و به مدت ۲-۱ دقیقه آبکشی دهان، سه بار در روز تا بهبودی کامل انجام دادند. شدت درد و احساس سوزش در گروه آزمون به طور معنی داری پایین تر از گروه شاهد بود ( $p < 0/01$ ). قطر زخم در دو گروه در روز سوم تفاوت آماری معنی دار نشان نداد، ولی به میزان قابل توجهی در روز پنجم کاهش یافته بود ( $p < 0/01$ ). و نتیجه نهایی این بود که دهانشویه بابونه در درمان آفت دهان بدون داشتن

اثرات جانبی مؤثر است (۳۶). مطالعه جراحی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که استعمال موضعی عصاره بابونه، باعث تسریع بهبودی زخم برشی موش صحرایی در روزهای ۵، ۸، ۱۱ و ۱۴ می شود که این تفاوت در روزهای ۸ و ۱۱ کاملاً فاحش بود و با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۸). مطالعه پازنده و همکار (۲۰۱۰) نشان داد که اسانس بابونه بر ترمیم اپی زیاتومی مؤثر نیست و مقایسه میانگین امتیاز ترمیم ناحیه اپی زیاتومی در روز هفتم و چهاردهم بعد از زایمان اختلاف معنی داری را در بین دو گروه نشان نداد. شاید بتوان گفت یکی از دلایل مؤثر نبودن بابونه در مطالعه پازنده در مقایسه با مطالعات مشابه، تفاوت در نوع، نحوه و مقدار تجویز داروی گیاهی مزبور باشد. در مطالعه پازنده از اسانس بابونه تهیه شده به روش تقطیر با بخار استفاده شد و واحدهای پژوهش ۳ قطره از اسانس بابونه را در ۲ لیتر آب ولرم ریخته، روزی ۲ بار به مدت ۲۰ دقیقه در طی ۲ هفته به صورت اروماتراپی حمام نشسته استفاده می کردند (۱۹).

از جمله محدودیت های این مطالعه، وجود تفاوت های فردی و ژنتیکی، عدم امکان نظارت بر نحوه استفاده از کرم و رعایت بهداشت فردی بود. اگرچه سعی شد با ارائه آموزش های یکسان و در اختیار گذاشتن پمفلت به مادران تا حدودی کنترل شود. از نقاط قوت مطالعه حاضر، همسانی دو گروه از نظر بیبوست، خواب و تغذیه به عنوان عوامل مداخله گر در ترمیم زخم بود. همچنین میزان تداخل درد با فعالیت های فیزیکی و روانی مادر نیز ارزیابی شد. در صورتی که ارزیابی ترمیم زخم زودتر از روز هفتم انجام می شد، شاید بابونه اثر ترمیم کنندگی معنی داری را قبل از روز هفتم بعد زایمان نشان می داد.

### نتیجه گیری:

از آنجا که در مطالعه حاضر استفاده از کرم بابونه بدون هیچ عارضه خاصی، باعث تسریع ترمیم زخم اپیزیوتومی شده است، می توان از کرم بابونه به عنوان تسریع کننده بهبود زخم اپی زیاتومی در زنان نخست زا استفاده کرد.

بدین وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم و همچنین از کادر محترم بیمارستان ام البنین (س)، سرکار خانم آقایی که در تهیه عصاره بابونه همکاری کردند و نیز مادران عزیز، تشکر و قدردانی می شود.

## تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی نویسنده مسئول با طرح تحقیقاتی کد ۹۱۱۳۲۴ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شد.

## منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York:McGraw-Hill 2010:400-6.
2. Myles M, Ruth B, Linda B. Myles text book for midwives.16<sup>th</sup> ed. London:Churchill Livingstone; 2011:458-63.
3. Golazar S, Abbaspour Z, Namjouian F, Latif S, Mirahi A. [Evaluating the effect of oral bromelain (pineapple) on episiotomy wound healing primiparus women. Fayz J 2011;15(2): 84-90.
4. Khajave K. [Sedens episiotomy and complication episiotomy in primiparous women] [Article in Persian]. J Ghom Univ Med Sci 2010;3(2):2- 4.
5. Lam KW, Wong HS, Pun TC. The practice of episiotomy in public hospitals in Hong Kong. Hong Kong Med J 2006 Apr;12(2): 94-8.
6. Johnson R,Taylor W. Skills for midwifery Praticte. 2<sup>nd</sup> ed. Edinburgh:Elsevier;2006.
7. Jahdi F,Sheikhan F, Margan Khoyi ES, Haghani H. [The effect of lavender essence on the post-episiotomy pain intensity of perineum] [Article in Persian]. J Sabzevar Univ Med Sci 2009 Mar;16(3):127-33.
8. Simpson KR, Creehan PA. Perinatal nursing. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia:Lippincott;2001:454.
9. Lazarus GS, Cooper DM, Kinghton DR. Margolis DJ, Pecoraro RE, Rodeheaver G, et al. Definitions and guidelines for assessment of wound and evaluation of healing. Arch Dermatol 1994 Apr;130(4):489-93.
10. Golmakani N, Rabie E, Tara F,Asili J, Shakeri M. [The effects of turmeric (Curcuma) ointment on healing of episiotomy site in Primiparous women] [Article in Persian] Iran J Obstet Gynecol Infertil 2007;11(4):28-9.
11. McGuinness M, Norr K, Nacion K. Comprison between different perineal outcomes on tissue healing. J Nurse Midwifery 1991 May-Jun;36(3):192-8.
12. Peter EA , Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. CMAJ 2001 Oct 30;165(9):1203-9.
13. Yari F. [The effect of lidocaine 2% and gel Lidocaine 2% during episiotomy on pain perineal area of the city of Khorramabad in primiparous women] Thesis in Persian]. Mashhad:School of Nursing and Midwifery of Mashhad University of Medical Sciences;1999.
14. Enkin M, Kerise M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E. Perineal pain and discomfort: A guide to effective care in pregnancy and childbirth . 3<sup>rd</sup> ed. Oxford:Oxford University Press;2000:457-66.
15. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. J Midwifery Womens Health 2005 Sep-Oct;50(5):365-72.
16. Cooper ML, Laxer JA, Hansbrough JF. The cytotoxic effects of commonly used topical antimicrobial agents on human fibroblasts and keratinocytes. J Trauma 1991 Jun;31(6):775-82.
17. Jahdy F, Khearkhah M, Haghani H, Taghizadeh M, Mehrabi E, Eghdampour F. [The effect of Aloe vera ointment the intensity of perineal pain following episiotomy: a randomized blind clinical] [Article in Persian]. J Sabzevar Univ Med Sci 2011 Winter;18(4):243-9.
18. Jarrahi M, Khorasani M,Taherian AA, Meladi H, Safakhah HA. [Effect of topical chamomile oil extracts the shear cutaneous wound healing in rats] [Article in Persian]. J Med Plants Semnan 2008;1(8):94-9.
19. Pazandeh F, Savadzadeh SH. [Effect chamomile essential oil on healing episiotomy in nulliparous women] [Article in Persian]. J Ardebil Univ Med Sci 2010;8(4):364-70.
20. Herb, spices, and medicinal plants: recent advances in botany, horticulture, and pharmacology. Phoenix:Oryx Press;1986:235-80.
21. Ardekani Y, Derakhshanfar A, Esmaelpour K, Mostafavi A. [Effect extracts of chamomile on Ulcerated colitis induced by acetic acid in adult male rats] [Article in Persian]. Iran Soci Physiol Pharmacol 2010;14(3):268-80.
22. Yazdani M, Shahryari M. Hamed B. [Comparison of fennel and chamomile drops versus control in the treatment of dysmenorrhea and Premenstrual syndrome] [Article in Persian]. J Hormozgan Univ Med Sci 2005;8(1):57-61.

23. Semnani K, Azadbakht M, Saidi M, Rohanifard S. Formulation topical gel Chamomille and Meyer and preliminary study of its effects on skin lesions resulting from mosquito Paederus . J Medl Plants 2002;5:p.31-42.(Persian)
24. Talaipour AR, Hadad P, Sahba S, Bashizadeh H, Sakhdari Sh. Chamomile Mouth Rinse effects on mucositis reduction after radiotherapy. J Dentis Tehran Univ Med Sci 2000;13(1):57-62.
25. Langhorst J, Westendorf A, Knopp M, Schneider S, Goos K, Albrecht U, et al. Double dummy trial of myrrh, chamomile, coffee charcoal compared to mesalazine in maintaining remission in ulcerative colitis. BMC 2012;12(1):15-8.
26. Taylor C, Laylsyn C. Taylor's Nursing Fundamentals of Nursing Concepts. Translator :Eftekharimanesh A, Larijani F. 2th ed. Tehran: Boshri; 2010.p.230-236,316.
27. Heidari MR, Asadipour A, Ghayoor M. [Evaluation of analgesic and ulcerogenic effect of methanolic extract of matricaria chamomilla ] [Article in Persian]. J Ghazvin Univ Med Sci 2002;20:15-23.
28. Kazemipour Y, Rezaei M, Keivany Y. [Qualitative comparison of effects of garlic and mallow and motherwort extracts in healing of superficial wounds in the common carp (Cyprinus carpio)] [Article in Persian]. Pajouhesh Sazandegi 2005;66:93-7.
29. Modarres M, Mermohammadali M, eshreeh Z, Mehran A. [Comparison of the effect of mefnamic acid and capsul chamomill on primary dysmenorrhéal] [Article in Persian]. J Babol Univ Med Sci 2011;13(3):50-8.
30. Emami A, Nsyhy SH, Mehrgan A.[ Handbook of medicinal herbs institute of historical studies Islamic and complementary medicine]. Tehran:Abzh Publication;2010:836-67.[in Persian].
31. Glowania HJ, Raulin C, Swoboda M. [Effect of chamomile on wound healing--a clinical double-blind study] [Article in German]. Z Hautkr 1987 Sep 1;62(17):1262,67-71.
32. Rekka EA, Kourounakis AP, Kourounakis PN. Investigation of the effect of chamazulene on lipid peroxidation and free radical processes. Res Commun Mol Pathol Pharmacol 1996 Jun;92(3):361- 4.
33. Boback J. Essential of maternity nursing.10<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby;1990:420-617.
34. Charousaei F, Dabirian A. [Using chamomile solution or a 1% topical hydrocortisone ointment in the management of peristomal skin lesions in colostomy patients] [Article in Persian]. Islam Azad Univ Abadan 2011;57(5):28-36.
35. Martins MD, Marques MM, Bussadori SK, Trevizani Martins MA, Santos Pavesi VC, Mesquita-Ferrari RA, et al. Comparative analysis between Chamomilla recutitaand corticosteroids on wound healing. An in vitro study. Phytothe Res 2009;23:274-8.
36. Sahba S, Mohammadalipour Sh. Evaluation of the effects of chamomill mouthrinse on recurrent aphthous stomatitis. J Dent Tehran Univ Med Sci 2005;2(4):147-51.