

تعیین تأثیر کرم ساج بر استریای بارداری

فرزانه سلطانی پور^۱، سیمین تعاونی^۲، حمید حقانی^۲

^۱ دانشگاه علوم پزشکی البرز، مرکز بهداشت شماره ۲، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی،
دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده مدیریت و اطلاعات بهداشتی، گروه آمار

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۱۷

شماره ثبت در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران: IRCT138807282172N2

چکیده

زمینه و هدف: استریای بارداری خطوط پوستی است که در طی بارداری ایجاد می‌شود و همواره چالش‌هایی برای پیشگیری و درمان این مشکل وجود دارد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر کرم ساج بر استریای بارداری بود.

روش بررسی: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۱۰۰ زن نخست‌زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران انجام شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه مساوی مداخله (مصرف کنندگان کرم ساج) و کنترل (استفاده از دارونما) تقسیم شدند. برای بررسی وجود استریا در هفته ۳۷-۴۰ بارداری در هر دو گروه از دوربین عکاسی کائن استفاده شد. داده‌ها با آمار توصیفی و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: استریای بارداری در ۶۴ درصد مصرف کنندگان کرم ساج و ۶۰ درصد افراد گروه کنترل بروز نموده و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد، کرم ساج بر بروز و شدت استریای بارداری تأثیری ندارد.

واژه‌های کلیدی: پیشگیری، استریای بارداری، کرم ساج

نویسنده مسئول: فرزانه سلطانی پور، کرج، دانشگاه علوم پزشکی البرز، مرکز بهداشت شماره ۲

Email: farzanehsoltanipoor@yahoo.com

مقدمه

کرم ترفولاستین^(۱) و کرم بیو^(۲) را نام برد (۵). در ایران نیز کرم ساج که تولید کارخانه داخلی می‌باشد، حاوی لانولین^(۳)، استارین^(۴)، تری اتانولامین^(۵)، روغن بادام^(۶) و بیزاو واکس گلیسیرین آمیدین^(۷) می‌باشند که مواد مذکور می‌توانند تعادل رطوبت طبیعی پوست را حفظ نموده و مر احل ترمیم بافت را تسریع نمایند، لذا برای پیشگیری از ترک و شل شدن پوست شکم و سینه استفاده از این کرم در دوران بارداری پیشنهاد شد (۱۰) هر چند که پژوهشی در این زمینه انجام نشده است.

روغن هایی چون کره کاکائو، روغن زیتون، گلیسیرین و روغن بادام که سرشار از ویتامین ای می‌باشند نیز در دوران بارداری مورد استفاده قرار می‌گیرند، ولی مدارک کافی برای اثبات مؤثر بودن آنها وجود ندارد (۱۰ و ۷).

یکی از مواد تشکیل دهنده کرم ساج روغن بادام است. بهنیا و حسینی (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای که بر روی ۱۵۹ زن به صورت کار آزمایشی بالینی تصادفی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که مصرف جلدی روغن بادام و گلیسیرین اثری در پیشگیری از استریای بارداری ندارند (۱۱). در مطالعه دیگری که بر روی ۸۰ زن باردار به صورت کار آزمایشی بالینی تصادفی انجام شد، روشن شد که کرم موضعی

استریای بارداری یکی از تغییرات جلدی دوران بارداری است که شامل خطوطی به رنگ قرمز و بنفش و کمی فرو رفته بر روی پوست شکم و بعضاً در پوست پستان، ران‌ها و زیر بغل می‌باشد. این خطوط معمولاً مدتی پس از خاتمه بارداری تبدیل به رنگ تیره‌ای شده و گاهی همراه با خارش می‌باشند. طول این خطوط چند سانتی‌متر بوده و پهنای آن از ۱۰-۱ میلی‌متر متغیر است. بیشتر از ۹۰ درصد استریای بارداری در سه ماهه سوم بارداری بروز می‌نمایند (۱-۴).

علت اصلی ایجاد استریا نا شناخته است. ولی عوامل ژنتیکی، سابقه خانوادگی، نوع پوست، رنگ پوست، سن کم مادر، سن حاملگی، وزن نوزاد، سوء تغذیه، دیابت حاملگی و کاهش کلاژن پوست در بروز آن مؤثرند (۵ و ۶). این تغییرات جلدی در زنان ایرانی در ۸۷/۷ درصد بارداری‌ها ذکر شده است که به زیبایی مادر لطمه وارد می‌نمایند (۷ و ۶).

از هزاران سال پیش شواهد مختلفی در مورد درمان استریای بارداری موجود می‌باشند (۸). از آنجا که اتیولوژی استریای بارداری مشخص نمی‌باشد، تا کنون روش قطعی و مشخصی برای پیشگیری و درمان آن مطرح نشده است. امروزه برای پیشگیری و درمان استریای بارداری روش‌های مختلفی ذکر شده است که شامل روش‌های طبی از جمله کرم‌ها، لوسیون‌ها، لیزر درمانی، جراحی و گیاه درمانی می‌باشند (۹). از انواع کرم‌ها می‌توان کرم ویتامین ای،

- 1-Trofolastin
- 2-BIO
- 3-Lanolin
- 4-Stearin
- 5-Trietanolamin
- 6-Almond oil
- 7-Bizovac Amid in Glycerin

دقیق، ترس از عوارض، مصرف توأم کرم ساج با کرم‌ها و روغن‌های دیگر باعث افت نمونه شد. در نهایت در زمان زایمان تعداد نمونه‌های مورد بررسی ۱۰۰ مورد بودند. در زمان نمونه‌گیری، نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند.

نمونه‌های گروه مداخله مقدار ۱ سانتی‌متر از کرم که از تیوب آن با فشار خارج می‌شد. (حدود دو گرم) دو بار در روز تا زمان زایمان و به صورت موضعی و به آرامی بر روی ناحیه پوست شکم بدون انجام ماساژ قرار می‌دادند. به نمونه‌ها تذکر داده شد که، در صورت بروز هر گونه حساسیت در پی استفاده از کرم ساج از ادامه مصرف آن خودداری نمایند. نمونه‌های گروه کنترل در مدت مشابه از کرم خاصی برای درمان استریا استفاده نمی‌کردند.

معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ تشخیص بارداری چندقلو، پلی‌هیدرامنیوس، پیدایش بیماری‌های جلدی، بیماری‌های زمینیه‌ای پوستی، مصرف داروهای کورتنی، مصرف سایر کرم‌ها در ناحیه شکم، عدم تمایل به ادامه مصرف کرم ساج و یا مصرف آنها کمتر از سه روز در هفته بودند.

با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی شرکت‌کنندگان شامل؛ سن، میزان تحصیلات، تعداد حاملگی، تعداد سقط، سن حاملگی در زمان بررسی خطوط استریا، وزن در قبل از مداخله، وزن مادر بعد

ترفولاستین در پیشگیری از استریای بارداری مؤثر می‌باشد (۱۲). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی ۵۰ نفر خانم باردار ۲۵-۲۰ ساله به صورت کارآزمایی بالینی انجام شد، مشخص شد که پماد ورم حاوی ویتامین ای، اسیدهای چرب اصلی، فنتانل و الاستین در پیشگیری از استریای بارداری مؤثر می‌باشد (۱۳).

از آنجا که شواهدی دال بر انجام پژوهش تجربی و مداخله‌ای به منظور بررسی تأثیر کرم ساج بر روی استریای بارداری در دسترس نبود، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر کرم ساج بر شدت استریای بارداری انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از کسب مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران و اخذ رضایت کتبی شرکت‌کنندگان انجام شد. مطالعه بر روی زنان نخست‌زای ۲۰-۱۸ هفته‌ها با سن ۳۰-۲۰ سال و نمایه توده بدنی ۲۵-۱۸/۵ کیلوگرم بر مجذور متر مربع انجام شد. واحدهای پژوهش در ۵ مرکز بهداشتی و ۳ مرکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد پیگیری قرار گرفتند.

با توجه به احتمال افت نمونه تعداد ۲۴۰ نفر نمونه‌گیری اولیه صورت گرفت. بدین ترتیب که در هفته ۱۸-۲۰ بارداری نمونه‌ها وارد مطالعه شده و در طول حاملگی تا زمان زایمان پیگیری صورت گرفت. حدود ۸ ماه نمونه‌گیری پژوهش فوق به طول انجامید. دلایلی همچون تغییر مکان، نداشتن دسترسی به آدرس

1-Wierrani et al

داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS^(۱) و آمار توصیفی، درصد، میانگین و انحراف معیار آزمون آماری مجذور کای^(۲) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که افراد دو گروه مداخله و کنترل از نظر خصوصیات دموگرافیک از جمله؛ سن، تحصیلات، سقط، نوع پوست، سابقه استریا در بستگان درجه اول و رنگ پوست اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند و دو گروه هم‌تا بودند ($p > 0/05$) (جدول ۱).

بر اساس نتایج حاصله استریای شکم در ۳۲ نفر (۶۴ درصد) از افراد گروه مداخله و ۳۰ نفر (۵۰ درصد) از افراد گروه کنترل مشاهده شد که اختلاف معنی‌داری را نشان نداد ($p = 0/43$). همچنین نتایج نشان داد که توزیع فراوانی شدت استریا در گروه مداخله با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری نداشت ($p = 0/69$) (جدول ۲).

از مداخله (جهت بررسی نمایه توده بدنی)، سابقه استریا در بستگان درجه اول، نوع پوست، نوع مداخله و مدت استفاده از کرم، به وسیله پژوهشگر به صورت مصاحبه و مشاهده ثبت شدند.

برای اثبات وجود استریا در هفته ۳۷-۴۰ بارداری با دوربین کائن با وضوح ۱۰ عکس برداری شد. شکم از ناحیه ناف به چهار ربع فرضی تقسیم شد، به طوری که یک خط عمودی و یک خط افقی از ناف عبور نماید، در مواردی که استریا در هر ربع وجود نداشته باشد نمره صفر، در صورت وجود خطوط خفیفی از استریا نمره ۱ و در صورت وجود خطوط شدید استریا نمره ۲ در هر ربع داده شد. در هفته ۳۷-۴۰ حاملگی به کمک یک پژوهشگر که کارشناس ماهری بود و آموزش‌های لازم از نظر استفاده از ابزار بروز استریا را دریافت نموده بود و از نوع مداخله قبلی هیچ اطلاعی نداشت، تکمیل گردید.

جدول ۱: مقایسه متغیرهای دموگرافیک گروه‌های شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر گروه	میانگین و انحراف معیار سن (سال)	تحصیلات تعداد (درصد)	سابقه سقط تعداد (درصد)	سابقه استریا تعداد (درصد)	رنگ پوست تعداد (درصد)
مداخله	۲۴/۲ ± ۳/۳	زیر دیپلم (۳۶)۱۸ دیپلم (۵۲)۲۶ دانشگاهی (۱۲)۶	(۴)۲	(۶۴)۳۲	تیره (۹۶)۴۸ روشن (۴)۲
کنترل	۲۳/۸ ± ۲/۷	(۴۲)۲۱ (۴۶)۲۳ (۱۲)۶	(۴)۲	(۶۰)۳۰	(۷۶)۳۸ (۲۴)۱۲
سطح معنی‌داری	۰/۷۹	۰/۱۲	۰/۵	۰/۴۳	۰/۰۱

1-Statistical Package for Social Sciences
2-Chi-Square Test

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی شدت استریا در گروه‌های مورد مطالعه

شدت استریای شکم	گروه	مداخله تعداد(درصد)	کنترل تعداد(درصد)	سطح معنی‌داری
ندارد		۱۸(۳۶)	۲۰(۴۰)	۰/۶۹
خفیف		۸(۱۶)	۱۱(۲۲)	
متوسط		۱۷(۳۴)	۱۲(۲۴)	
شدید		۷(۱۴)	۷(۱۴)	
جمع		۵۰(۱۰۰)	۵۰(۱۰۰)	

بحث

با توجه به روش‌های مختلف برای درمان استریای بارداری (۹ و ۸، ۵)، هدف این مطالعه بررسی تأثیر کرم ساج بر استریای بارداری بود.

در مطالعه فوق‌بروز و شدت استریای بارداری در گروه مداخله (مصرف کنندگان کرم ساج) و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت. در مطالعه بهنیا و حسینی (۱۹۹۹) بروز استریا را در مصرف کنندگان روغن بادام ۶۶ درصد، در مصرف کنندگان گلیسیرین ۷۱ درصد و در گروه کنترل ۷۹ درصد مطرح نمودند (۱۱). نتایج مطالعه حاضر به یافته‌های مطالعه ذکر شده نزدیک است. در مطالعه‌ای که با هدف تعیین پیشگیری از استریای بارداری با روش موضعی به صورت کارآزمایی بالینی در کشور ژاپن انجام شد، تعداد ۸۰ نفر خانم باردار سالم شرکت داشتند که ۴۱ نفر از آنها در گروه مداخله و ۳۹ نفر آنها در گروه کنترل شرکت داشتند. در گروه مداخله از کرم ترفولاستین که شامل توکو فرول، کلاژن و الاستین هیدرولاستنتز تشکیل شده بود، از هفته ۱۲ حاملگی تا زمان زایمان روزی یکبار استفاده شد و نتایج نشان داد که بروز استریای بارداری در مصرف کنندگان کرم

ترفولاستین ۳۶ درصد و در گروه کنترل ۵۶ درصد بود، باشد (۱۲). در مطالعه دیگری که در آن تعداد ۵۰ نفر خانم باردار ۲۰-۳۵ ساله سالم شرکت داشتند و ۲۴ نفر از آنها در گروه مداخله و ۲۶ نفر در گروه کنترل بودند، گروه مداخله از کرم ساج حاوی ویتامین ای، اسیدهای چرب اصلی، فنتانل و الاستین از هفته ۲۰ بارداری روزانه یکبار تا زمان زایمان استفاده کردند. در گروه مداخله ۲۶ درصد استریا بروز کرده بود (۱۴). نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه‌های فوق تفاوت دارد. علت آن تعداد نمونه یا ژنتیک یا نوع ماده تشکیل دهنده کرم می‌باشد.

در مطالعه حاضر به دنبال مصرف کرم ساج ۱۶ درصد استریای خفیف، ۳۴ درصد استریای متوسط و ۱۴ درصد استریای شدید مشاهده شد. در مطالعه بهنیا و حسینی (۱۹۹۹) که در شهر تهران انجام شد، در مصرف کنندگان روغن بادام شدت استریای خفیف ۳۰ درصد، استریای متوسط ۳۲ درصد و استریای شدید ۷/۵ درصد بود (۱۱). نتایج استریای متوسط مطالعه حاضر با مطالعه ذکر شده مطابقت دارد، ولی نتایج استریای خفیف و شدید متفاوت می‌باشد. در مطالعه دیگری شدت استریای

بارداری در مصرف کنندگان گلیسیرین ۳۰ درصد استریای خفیف، ۳۴ درصد استریای متوسط و ۹/۴ درصد استریای شدید بود (۱۵ و ۱۱). نتایج استریای متوسط و شدید مطالعه حاضر با مطالعه ذکر شده مطابقت دارد ولی نتایج استریای خفیف متفاوت می باشد.

نتیجه گیری

در مجموع این مطالعه نشان داد، استفاده از کرم ساج بر بروز شدت استریای بارداری تأثیری ندارد. پیشنهاد می شود، پژوهش های دیگری در مقایسه با سایر روغن های گیاهی از قبیل؛ روغن بادام، گلیسیرین و کره کاکائو و همچنین سایر کرم های موجود به ویژه تولیدات داخل کشور جهت دستیابی به بهترین تأثیر بر پیشگیری از بروز استریا و کنترل شدت آن صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به خاطر حمایت مالی و همچنین مسئولین و کارکنان مرکز بهداشت غرب تهران و بیمارستان های لولاگر و شهید اکبرآبادی تهران به دلیل همکاری در اجرای این پژوهش، تشکر و قدردانی می شود.

REFERENCES:

1. Macdonald C, Leveno G, Gilstrap C, Hauth Katharine C, Wenstrom D. Williams obstetrics. 21th ed. Newyork: McGraw-Hill medical publishing Division; 2005;172-3.
2. Wahman JA, Finan MA, Cameron Emerson S. Striae gravidarum as a predictor of vaginal lacerations at delivery . Journal OF Southern Medical 2000; 4(2): 56-65 .
3. Osman H, Usta IM, Rubeiz N, Abu-Rustum R, Charara I, Nassar AH. Cocoa butter lotion for prevention of striae gravidarum: a double-blind, randomised and placebo-controlled trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2008; 28: 1137-42.
4. Public relation. Tehran university of medical Sciences. skin and pregnancy. Available at: <http://publicrelations.tums.ac.ir/articles/index.asp?articleID=36>. Accessed ,2008.
5. Poidevin LOS, Sydney MB. Striae gravidum their rlation to adrenal cortical hyperfunction. Journal of Lancet 1956; 26: 436-9.
6. Ghasemi A, Gorouhi F, Rashighi-Firoozabadi M, Jafarian A, Firooz A. Striae gravidarum: associated factors. JEADV ISSN 2007; 21(6): 743-6.
7. MARC TUNZI, GRAY G. Common skin conditions during pregnancy. Available at: www.aafp.org/afp. Accessed, 2006; 211-218..
8. Biringer A. Common physical discomforts of pregnancy. Can Fam Physician 1988; 34: 1965-8.
9. Fitzharris M. Stretch marks in pregnancy (striae gravidarum). Available at: <http://articles.smashits.com/articles/health-medical/79553/stretch-marks-in-pregnancy-striae-gravidarum-.html>. Accessed,2008.
10. Laboratory healthy and cosmetics seapid roo. Saj cream . cream moisture of skin and proteat skin .Tehran; 1993.
11. Behnia H, Hosseini M. The protective effect of almond oil and glycerin in striae gravidarum. J RESEARCH Pejouhanedeh 1999; 19: 111-4
12. Young GL, Jewell D. Creams for preventing stretch marks in pregnancy (Review). Available at: <http://www.thecochranelibrary.com/>. Accessed,2008; 1-7
13. Chang ALS, Agredano YZ, Kimball AB. Risk factors associated with striae gravidarum. J Am Acad Dermatol 2004; 51(6): 881-5.
14. Salter SA, Kimball AB. Striae gravidarum. Clin in dermatol 2005; 24(2): 97-100.
15. Davey CM. Factors associated with the occurrence of striae gravidarum. J Obstet Gynaecol Br Commonw 1972; 79(12): 1113-4.

A Study on the Effects of Teak Cream on Striae gravidarum

Sltanipoor F^{1*}, Taavoni S², Hagani H³

¹Department of Midwifery, Health Center of Number 2, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran, ²Department of Midwifery, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ³Department of Bio Statistics, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 16 Apr 2012 Accepted: 07 Aug 2012

Abstract

Background & aim: striae gravidarum is a form of scarring of the skin during pregnancy and there are always some challenges to its prevention and treatment. This study was conducted to determine the effects of Teak cream on the severity of striae gravidarum.

Methods: This clinical trial was conducted on 100 primigravidas who were referred to health centers of Tehran. The participants were randomly assigned to either the intervention group (consuming Teak cream) or control group (using placebo). A Canon Camera was used to photograph the presence of Striae gravidarum in both groups during 37-40 weeks of pregnancy. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square test.

Results: Striae had emerged among 64% of those using Teak cream and 60% of those in the control group but the difference was not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusion: This study demonstrated that the use of Teak cream in pregnancy is not effective in reducing the occurrence of striae gravidarum.

Key words: prevention, striae gravidarum, Teak cream

*Corresponding Author: Sltanipoor F, Department of Midwifery, Health Center of Number 2, Alborz University of Medical Sciences, karaj, Iran
Email: farzanehsoltanipoor@yahoo.com