

نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۱، شماره ۷۵، ویژه نامه زمستان ۱۳۹۰، صفحات ۴۸ تا ۵۷
تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۲

مقایسه اثر بخشی دهانشویه عسل با دهانشویه آب اکسیژنه بر بهبود ضایعات دهانی در بیماران مبتلا به پمفیگوس

مهشید پروین^۱، دکتر طاهره اشک تراب^{۲*}، اعظم دبیریان^۳، دکتر نوید نصیری^۴

۱. کارشناس ارشد پرستاری، گرایش آموزش داخلی - جراحی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. استاد یار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دکترای آمار زیستی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: بیماری پمفیگوس، یک بیماری نادر، تهدید کننده زندگی و مولد تاول در پوست و غشاء های مخاطی است. شروع بیماری پمفیگوس در بیش از ۸۱ درصد موارد از مخاط دهان گزارش شده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثردهانشویه عسل با دهانشویه آب اکسیژنه بر بهبود ضایعات دهانی در این گروه از بیماران صورت گرفته است.

مواد و روش ها: این پژوهش به روش کار آزمایی بالینی روی ۴۹ بیمار مبتلا به پمفیگوس دارای ضایعات دهانی انجام گرفته است. بیماران به طور تصادفی به دو گروه آزمون (دهانشویه عسل) و شاهد (دهانشویه آب اکسیژنه) تقسیم شدند. مشاهده و بررسی بیماران طی ۱۰ روز انجام شد و جمع آوری اطلاعات با کمک پرسشنامه، فهرست مشاهده ای تعیین درجه زخم دهانی سازمان بهداشت جهانی و چک لیست طراحی شده جهت استفاده صحیح و دقیق از این ابزار، مقیاس دیداری شدت درد و برگه ثبت زمان وقایع صورت گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمون و شاهد از لحاظ سن، جنس، سطح سواد، وضعیت تاهل، وجود تنش در ۶ ماه گذشته، سابقه بیماری خود ایمنی در بیمار و سابقه بیماری پمفیگوس در خانواده اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت. در مقایسه دو گروه، درجه ضایعات دهانی در گروه آزمون (دهانشویه عسل) سریعتر (روز سوم در مقابل روز دهم) بهبود یافت. کاهش شدت درد در گروه آزمون (دهانشویه عسل)، از روز سوم بررسی، معنی دار بود ($P=0.001$) بر خلاف آن در گروه شاهد (دهانشویه آب اکسیژنه) تا روز دهم بررسی، کاهش شدت درد از نظر آماری معنی دار نبوده است.

نتیجه گیری: دهانشویه عسل در مقایسه با دهانشویه آب اکسیژنه، تاثیر سریعتر بر بهبود ضایعات دهانی و اثر بیشتر بر کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به پمفیگوس داشته است و هیچ عارضه ای در استفاده از آن مشاهده نشد.

واژه های کلیدی: پمفیگوس، ضایعه دهانی، عسل، آب اکسیژنه

***نویسنده مسئول مکاتبات:** دکتر طاهره اشک تراب؛ تهران، خیابان ولیعصر، تقاطع نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، گروه تحصیلات تکمیلی.

آدرس پست الکترونیک: T_ashktorab@sbm.ac.ir

مقدمه

بیماری پمفیگوس شایعترین بیماری خودایمنی تاولی در کشورهای شرقی جهان از جمله: هند، مالزی، چین و خاورمیانه است (Burns و همکاران، ۲۰۰۴). این بیماری (تنها در نوع ولگاریس) در ایران، دارای شیوع ۳۰ درصد هزار نفر و بروز ۱/۶-۰/۶۷) درصد هزار نفر در سال است که در مقایسه با بسیاری از کشورها رقم بالا و قابل توجهی می باشد (Asilian و همکاران، ۲۰۰۶). بررسی آمار سه ساله بستری در بخش پوست بیمارستان شهداء تجریش، نشان داد ۴۹/۹ درصد از بستری های این بیمارستان در رابطه با مشکلات پوستی، مربوط به بیماری پمفیگوس می باشد. میزان مرگ و میر در این بیماری سه برابر بیش از افراد سالم اعلام شده است (Langan و همکاران، ۲۰۰۸).

این بیماری به دنبال واکنش بین اتو آنتی بادی IgG، با اتصالات داخل سلولی (ماده ای که سبب بهم پیوستن سلولهای اپیدرمی پوست می گردد) ایجاد می گردد؛ این واکنش سبب تشکیل تاول در داخل اپیدرم و از دست دادن چسبندگی بین سلولهای اپیدرم می شود (Hawks & Black، ۲۰۰۵). علامت نیکولسکی (Nikolsky's sign) در این بیماران مثبت است (Habif و همکاران، ۲۰۰۵).

در سیر بیماری ضایعات تاولی ۵/۰ تا ۷ سانتی متری ایجاد می شود. تاول ها به آسانی پاره شده و به اطراف گسترش می یابند و سطح وسیعی از پوست و مخاط را درگیر می نمایند (White & Truax، ۲۰۰۷). شروع

بیماری در ۸۱ درصد از بیماران، با ایجاد ضایعه در مخاط دهان است (Uzun و همکاران، ۲۰۰۶). احتمالا تمام حفره دهان بیمار دچار سطوح برهنه می باشد، بافت های مرده روی این مناطق را پوشانده و بر غذا خوردن بیمار تأثیر گذاشته که منجر به کاهش پروتئین خون می گردد (Smeltzer & Bare، ۲۰۰۴). معمولا غذا خوردن در این بیماران کار درد آوری است و امکان دارد همین

امر باعث سوء تغذیه شود (برومند و همکاران به نقل از Luckmann، ۱۳۸۴).

بیمار مبتلا به پمفیگوس، به دلیل اختلال در عملکرد طبیعی و حفاظتی پوست، شدیدا مستعد ابتلا به عفونت می باشد، بعلاوه تاولها خود نیز استعداد عفونی شدن را دارند (Smeltzer و همکاران، ۲۰۰۸). بعلاوه ۸۲/۲ درصد از متخصصان پوست در آسیا جهت درمان بیماری پمفیگوس، از کورتیکواستروئید به همراه یک داروی تضعیف کننده ایمنی استفاده می کنند (Samadi و همکاران، ۱۳۸۵). مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی، بیمار را از جهت ابتلا به عفونت های فرصت طلب و عفونت با سایر ویروس ها، قارچ ها و پروتوزوآهای تقریبا غیر بیماریزا، بسیار مستعد می کند و این عفونت ها می توانند بسیار خطر ناک باشند (Smeltzer & Bare، ۲۰۰۴).

پیشگیری و کنترل عفونت یکی از اهداف اولیه کارکنان بهداشتی - درمانی است (آتش زاده شوریده، ۱۳۸۲). به منظور پیشگیری از عفونت، پوست و مخاط را باید تمیز نگاه داشت و بافت های مرده را از روی آن پاک نمود (Smeltzer و همکاران، ۲۰۰۸). بکارگیری ضد عفونی کننده های موضعی با هدف کم کردن تعداد میکروارگانیسم های سطحی در زخم است تا آنها نتوانند با تجمع یا حضورشان موجب عفونت در زخم شوند (Nix و Bryant &، ۲۰۰۶).

در حال حاضر، بموازات درمان سیستمیک، در بیماران مبتلا به پمفیگوس و دارای ضایعات دهانی، دهانشویه هایی بمنظور ضد عفونی، کاهش درد، افزایش سرعت بهبودی و کمک به تغذیه دهانی توصیه می گردد که این موارد شامل: دهانشویه آب اکسیژنه، دهانشویه لیدوکائین و قطره نیستاتین می باشد. از این میان، دهانشویه آب اکسیژنه به سبب دارا بودن خاصیت ضد عفونی کنندگی بعنوان یک آنتی باکتریال نسبتا مناسب می باشد (Boyd، ۲۰۰۹). ایجاد اثرات بهبودی بوسیله آب

اکسیژنه، تا حد زیادی مکانیکی است، در ضمن رادیکال های هیدروکسیل که از پراکسید هیدروژن حاصل می شوند، در خاصیت ضد عفونی کنندگی تاثیر زیادی دارند (Dehghany, ۱۳۸۰). آب اکسیژنه می تواند ترشح پلازما را از خلال غشاء سلولی افزایش دهد و نفوذ آن به سلولها برای ارگانهای داخل سلولی خطر آفرین می باشد (Feuerestein و همکاران، ۲۰۰۶).

طبق مشاهدات نویسنده اول مقاله، در هنگام استفاده از دهانشویه آب اکسیژنه، سوزش شدید ضایعات دهانی، آسیب و تخریب قسمت های سالم بافت دهان و بخصوص لبها ایجاد شده و بدنال آن دریافت تغذیه مناسب از راه دهان مختل می گردد. عدم تمایل و رضایت بیماران در استفاده از این دهانشویه، در کنار ضرورت بکار گیری یک محلول ضد عفونی کننده دهانی در این بیماران کاملاً در امر مراقبت، مشهود و در برنامه ریزی پرستاری و رفع مشکلات بیماران قابل توجه و حائز اهمیت می باشد. یکی از موادی که ممکن است بتوان جایگزین آب اکسیژنه کرد، عسل می باشد. عسل توان ضد میکروبی بالایی دارد (Tajik و همکاران، ۱۳۸۶). اثر ضد میکروبی عسل مربوط به ساختار شیمیایی آن از جمله اسیدیته، اسمولاریته و آب اکسیژنه موجود در آن می باشد (Mehrabiyan و همکاران، ۱۳۸۳). خواص آنتی باکتریال عسل اساساً مربوط به آب اکسیژنه موجود در آن است که مستمراً بوسیله آنزیم گلوکز اکسیداز (Glucose Oxidase Enzyme) در آن تولید می شود (Boukraa & Amara, ۲۰۰۸). رقیق کردن عسل اثر آنتی سپتیک آن را افزایش می دهد، چرا که مکانیسم تولید آب اکسیژنه با کمک آنزیم گلوکز اکسیداز موجود در عسل در رطوبت بیشتر، فعالیت خواهد بود؛ روند آهسته تولید آب اکسیژنه در عسل آسیبی برای بافت های سالم ندارد علاوه بر اینکه اثرات ضد میکروبی عسل را در محیط حفظ خواهد کرد (Olaitan و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین عسل بدلیل ماهیت و مکانیزم فعالیتش مانند سایر آنتی سپتیک ها دارای اثر تخریبی و پاتوژنیک بر روی بافت های سالم نیست (Cooper و همکاران، ۱۹۹۹). این پژوهش با هدف مقایسه اثر دهانشویه عسل با دهانشویه آب اکسیژنه

بر بهبود ضایعات دهانی در بیماران مبتلا به پمفیگوس صورت گرفته است.

مواد و روش ها

این پژوهش روی ۴۹ بیمار مبتلا به پمفیگوس که در بخش پوست بیمارستان شهداء تجریش و لقمان حکیم بستری شده اند انجام گرفته است. نمونه گیری بصورت تصادفی و تدریجی بوده است. با ورود هر بیمار به بخش، آموزش های لازم در مورد استفاده از دهانشویه ها، مصرف مایعات کافی و رژیم غذایی مناسب (بدون مواد محرک و پر پروتئین) و نحوه تکمیل برگه ثبت زمان وقایع داده شد.

غلظت دهانشویه عسل در ابتدا با استناد به مقالات موجود، ۱۲/۵، ۲۵ و ۵۰ درصد وزنی تعیین شد که محلول ۵۰ در صد به علت غلظت بالا، برای بیماران قابل تحمل به عنوان دهانشویه نبوده و بنابراین غلظت های ۱۲/۵ در صد و ۲۵ در صد مد نظر قرار گرفتند. پس از این مرحله، غلظت های A، B و C (به ترتیب با غلظت های ۱۲/۵ در صد، ۲۵ در صد و عسل خالص) به منظور تعیین خواص ضد میکروبی، در آزمایشگاه میکروب شناسی بیمارستان شهداء تجریش مورد بررسی قرار گرفتند.

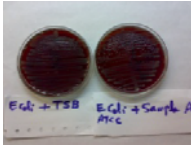
در بررسی خاصیت ضد میکروبی مواد، نیاز به نمونه های استاندارد از باکتری ها می باشد. نمونه های استفاده شده در این پژوهش، به شناسنامه: Staphylococcus ATCC25923 و E. coli ATCC 25922 از آزمایشگاه مرجع سلامت تهیه شدند. باکتری ها در غلظت های مورد نظر از عسل و همچنین محیط TSB (Trypticase Soy Broth) وارد شده و محلول های فوق در شرایط ۳۷ درجه و به مدت ۲۴ ساعت در انکوباتور نگهداری شدند. در مرحله بعد، از ۴ نمونه انکوبه شده، روی محیط کشت آگار خون دار کشت داده شده و محیط ها مورد بررسی قرار گرفتند.

تشکیل شده جدا از هم بوده و دارای جمعیت کمتری بوده اند(تصویر شماره ۱). بنابر یافته های فوق، بهترین و موثرترین غلظت محلول عسل به عنوان دهانشویه، غلظت محلول B بود که معادل غلظت ۱۲/۵ در صد وزنی می باشد.

در گروه شاهد، بیماران علاوه بر استفاده از دهانشویه لیدوکائین و نیستاتین، ۵۰ سی سی دهانشویه آب اکسیژنه ۱/۵ در صد را طبق روش متداول بخش یعنی نیم ساعت بعد از هر وعده غذا بمدت ۳-۵ دقیقه، سه نوبت در روز، در دهان چرخانده و خارج کردند(این دهانشویه به سبب ساختار شیمیایی اش فرو برده نمی شود ولی با احتیاط و در صورت تحمل بیمار، امکان غرغره کردن آن وجود دارد). در گروه آزمون بیماران ۵۰ سی سی از دهانشویه عسل با غلظت ۱۲/۵ در صد وزنی را نیم ساعت بعد از هر وعده غذایی بمدت ۳-۵ دقیقه، سه نوبت در روز، در دهان چرخانده و پس از غرغره آنرا خارج کردند. ثبت علائم و تغییرات با استفاده دهانشویه ها، در روز شروع و سپس یک روز در میان، به مدت ۱۰ روز، قبل از وعده ناهار بیماران، توسط نویسنده اول انجام گرفت. در هردوگروه، استفاده از دهانشویه ها، توسط بیمار در ابزار خود گزارشی ثبت گردید.

ابزار جهت گردآوری داده ها: پرسشنامه، فهرست مشاهده ای تعیین درجه زخم دهانی سازمان بهداشت جهانی و چک لیست طراحی شده جهت استفاده صحیح و دقیق از این ابزار، مقیاس دیداری شدت درد (Visual Analog Scale) و برگه ثبت زمان وقایع از نوع ساختار یافته (Time Diaries) بوده است.

پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات جمعیتی و اطلاعات مربوط به بیماری فعلی بوده است. فهرست مشاهده ای تعیین درجه زخم دهانی، بر گرفته از معیار بررسی موکوزیت دهانی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵) بوده که بر اساس این معیار زخم دهانی به پنج درجه تقسیم بندی شده است .

	استافیلوکوک، در نمونه های C و B، از نظر الگوی رشد میکروبی، نسبت به رشد در محیط TSB کمتر بوده است. در محیط TSB کلنی ها کاملاً فشرده و بهم چسبیده بودند ولی در نمونه های مورد آزمایش C و B، کلنی ها جدا از هم و دارای جمعیت نسبتاً کمتری بوده اند.
	رشد ایکلای در نمونه A، از نظر رشد میکروبی نسبت به رشد در محیط TSB کمتر بوده است.
	ایکلای در نمونه B دارای هیچگونه رشدی نبوده است (No Growth).
	ایکلای در نمونه C فقط دارای ۵ عدد کلنی، در مقابل رشد سنگین در محیط TSB بوده است.

تصویر شماره ۱: تصاویری از رشد میکروبی استافیلوکوک و ایکلای TSB در محیط و در نمونه های A، B و C.

باکتری ایکلای در محیط TSB دارای رشد سنگین، فشرده و بهم چسبیده بوده است ولی در نمونه های C و B، الگوی رشد بسیار متفاوت و در حد چند کلنی و یا عدم رشد بوده است. باکتری استافیلوکوک نیز در محیط TSB دارای رشد سنگین، فشرده و بهم چسبیده بوده است و در مقابل در نمونه های C و B، کلنی های

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه و فهرست مشاهده ای تعیین درجه زخم دهانی و چک لیست مشاهده ای، از روش اعتبار محتوی (Content Validity) و اعتبار صوری (Face Validity) استفاده شد، به این ترتیب که پس از مطالعه مقالات، فرم جمع آوری اطلاعات تهیه و در اختیار ۸ نفر از (اعضای گروه داخلی - جراحی) هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و ۲ نفر از متخصصین پوست قرار داده شد و بعد از اصلاح، مورد استفاده قرار گرفت. یغمایی (۱۳۸۶) در مورد اعتبار و پایایی ابزار ثبت زمان وقایع می نویسد: ثبت زمان وقایع، مقدار واقعی عملکرد (نه کمتر و نه بیشتر) را نشان می دهد و این روش اطلاعات معتبر و پایایی بدست می دهد. جهت تعیین پایایی فهرست مشاهده ای تعیین درجه موکوزیت دهانی و چک لیست مشاهده ای، از سنجش پایایی بین مشاهده گران (Inter - Observer reliability) استفاده شد ($r=0.87$).

این پژوهش با کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، کسب اجازه از روسای بخش های مربوطه و اخذ رضایت نامه از بیماران مورد پژوهش صورت گرفته است.

یافته ها

میانگین سنی در مجموع ۴۹ بیمار $13/13 \pm 46/3$ بوده که از این تعداد ۲۸ نفر (۵۷/۱) در صد) مرد و بقیه زن بوده اند. در مجموع واحدهای پژوهش، ۳۰/۶ در صد دارای دیپلم، ۲۶/۵ در صد با تحصیلات دانشگاهی و مابقی تحصیلات متوسطه و پایین تر داشته اند و اکثریت (۸۳/۶ در صد) متاهل بوده اند. سابقه بیماری پمفیگوس و بیماری خود ایمنی در بیش از ۹۰ در صد موارد وجود نداشته است.

وجود تنش در ۶ ماه گذشته در ۹۱/۸ در صد کل موارد مثبت و میانگین مدت ابتلا به بیماری (به ماه) در کل واحد های مورد پژوهش $20/9 \pm 17/6$ ماه بوده است. اولین ضایعه بیماری در ۶۷/۳ در صد از مجموع بیماران تحت پژوهش، در مخاط دهان و ۲۸/۶ در صد در پوست و مابقی در سایر نقاط (پوست سر و مخاط بینی) بوده است.

به منظور درمان کلیه بیماران مبتلا به پمفیگوس، از پردنیزولون به همراه یک داروی تضعیف کننده سیستم ایمنی در دو بیمارستان تحت مطالعه استفاده می شد.

مقایسه درجه زخم دهانی و شدت درد ضایعات دهانی، در روز اول بستری، نشان داد اختلاف معنی دار آماری بین دو گروه آزمون و شاهد از این لحاظ وجود نداشته است ($P>0/05$).

مقایسه درجه زخم دهانی بین روز اول با روزهای سوم، پنجم، هفتم و دهم، در هر گروه به صورت جداگانه (نمودار ۱) با آزمون ویلکاکسون انجام شد. اثر دهانشویه عسل بر کاهش درجات زخم دهانی در گروه آزمون بین روز اول با روز سوم معنی دار بوده است ($P=0/01$) و بیانگر آن است که دهانشویه عسل با گذشت ۳ روز اثر بهبودی معنی داری را بر روی ضایعات دهانی داشته است. همچنین مقایسه درجات زخم دهانی بین روز اول با روزهای پنجم، هفتم و دهم به شدت معنی دار بوده است ($P<0/001$). این مقایسه در گروه شاهد، بین روز اول با روز سوم، پنجم و هفتم معنی دار نبوده ($P>0/05$) در حالی که مقایسه بین روز اول با روز دهم در این گروه اختلاف آماری معنی داری نشان داده ($P=0/004$)، که نشانگر آن است که آب اکسیژنه با گذشت ۱۰ روز اثر بهبودی معنی داری را بر روی ضایعات دهانی داشته است.

مقایسه شدت درد ضایعات دهانی بین روز اول با روزهای سوم، پنجم، هفتم و دهم، در هر گروه به صورت جداگانه (نمودار ۲) با آزمون ویلکاکسون انجام شد. اثر دهانشویه عسل بر کاهش شدت درد در گروه آزمون بین روز اول با روز سوم معنی دار بوده است ($P=0/001$) و

مقایسه درجه زخم دهانی در روز دهم ($P=0/1$) نشان داد دو گروه به سطحی از بهبودی دست یافته اند که اختلاف بین آنها از نظر آماری، معنی دار نیست. مقایسه شدت درد ضایعات دهانی در روز دهم نشان داد اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی دار بوده است ($P=0/003$)، به بیان دیگر کاهش شدت درد در گروه آزمون بیشتر بوده و این تفاوت در بررسی آماری معنی دار است.

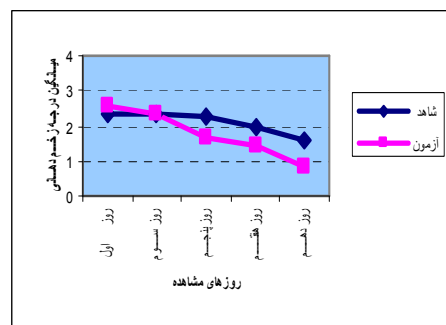
بحث

دهان عضوی برای صحبت کردن، خوردن و تنفس کردن می باشد و اگر این عضو خشک، کثیف و بیمار گردد، ارتباطات، تغذیه و تنفس بیمار تحت تاثیر قرار گرفته و دشوار و ناراحت کننده خواهد بود. ضایعات دهانی به اشکال متفاوت از علائم بالینی برخی بیماری ها هستند و در سطح بیماری های مزمن، حاد، سالمندان، اختلالات سیستم ایمنی و همچنین به عنوان عوارض دارویی تشخیص داده شده و نیازمند مراقبت های پرستاری هستند.

پژوهش های زیادی به منظور بکارگیری محلولی مناسب جهت دهانشویه انجام شده است که در این بین بکارگیری عسل بعنوان دهانشویه از آن جمله است. همچنین استفاده از عسل در درمان زخم ها نیز مورد پژوهش قرار گرفته و نتایج قابل توجهی را در بر داشته است.

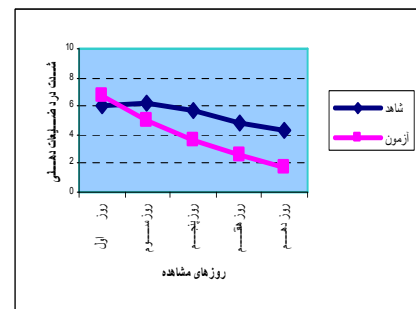
(Motallebnejad و همکاران، ۲۰۰۸) پژوهشی را با هدف، بررسی اثر موضعی عسل بر موکوزیت دهانی در بیماران تحت رادیوتراپی در مرکز سرطان بابلسرانجام دادند. این کارآزمایی بالینی، بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به سرطان سر و گردن در شروع رادیوتراپی صورت گرفته است. گروه مورد آزمایش، ۲۰ سی سی عسل را ۱۵ دقیقه قبل از رادیوتراپی و سپس ۱۵ دقیقه و ۶ ساعت بعد از رادیوتراپی اطراف دهان چرخانده و بتدریج فرو داده تا عسل از ناحیه حلق نیز عبور کند. گروه کنترل پروتکل استاندارد یعنی شستشوی دهان با نرمال سالین ۰/۹٪ قبل و بعد از رادیوتراپی را استفاده نموده اند. نتایج نشان دادند گروهی که از

بیانگر آن است که دهانشویه عسل با گذشت ۳ روز اثر کاهنده بر شدت درد ضایعات دهانی داشته است، و این اختلاف بین روز اول با روز پنجم، هفتم و دهم به شدت معنی دار بوده است ($P<0/001$). این مقایسه در گروه شاهد، بین روز اول با روز سوم، پنجم، هفتم و دهم از نظر آماری معنی دار نبود ($P>0/05$) و این یافته پژوهش حاضر، شکایت بیماران را مبنی بر استمرار درد ضایعات دهان در زمان استفاده و پس از استفاده از دهانشویه آب اکسیژنه تایید می نماید.



نمودار ۱: سیر بهبودی درجه زخم دهانی بر حسب میانگین، به تفکیک

دو گروه شاهد و آزمون طی روزهای مشاهده.



نمودار ۲: سیر کاهش شدت درد ضایعات دهانی بر حسب میانگین، به

تفکیک دو گروه شاهد و آزمون طی روزهای مشاهده.

عسل استفاده کرده اند به طور معنی داری ($P=0/0001$) در جلوگیری از ابتلا به موکوزیت موفق تر بوده اند. این مطالعه نشان می دهد عسل اثر قابل توجهی بر پیشگیری از ابتلا به موکوزیت در بیماران تحت رادیوتراپی دارد.

مطالعه ای دیگر با عنوان "تأثیر پانسمان عسل جهت معالجه زخمهای فشاری" در سال ۲۰۰۷ توسط Gunes، در از میر ترکیه انجام شده است. در این کارآزمایی بالینی ۲۶ بیمار، دارای زخم فشاری انتخاب و به دو گروه تقسیم شدند. در هر دو گروه زخم فشاری در نواحی ساکروم، شانه، مفصل ران بوده است. ۹۶٪ از زخمهای بیماران تحت پژوهش درجه سه و مابقی درجه دو گزارش شده است. ارزیابی روند بهبود زخمها در ابتدا و سپس هر هفته توسط پژوهشگر با کمک ابزار بهبود زخم فشاری نسخه ۳ انجام شده و نتایج نهایی پس از پنج هفته بررسی شده است. در یک گروه از بیماران روزانه شستشوی زخمها با محلول اتوکسی- دیامینواکریدین انجام شده و پس از مالیدن پماد نیتروفلورازون به محل زخم با گاز آغشته به محلول اتوکسی- دیامینواکریدین پانسمان شده است. در گروه دیگر از بیماران روزانه شستشوی زخمها با محلول نرمال سالین ۰/۹٪ انجام شده و پس از مالیدن عسل روی زخم و ۱۰ سانتی متری اطراف آن، با یک پانسمان نیمه تراوا پوشانده شده است. در هر دو گروه تعویض پانسمان به صورت روزانه بوده است. نتایج این مطالعه نشان داد زخمهای گروه پانسمان شده با عسل چهار برابر سریعتر سیر بهبودی را طی کرده است و کاهش اندازه زخمها اختلاف معنی داری ($P<0/0001$) در گروه پانسمان شده با عسل در مقایسه با گروه دیگر نشان داده است.

Miriyani و همکاران ۱۳۸۳، کار آزمایی بالینی با هدف مقایسه دومحلول دهانشویه بی کربنات سدیم و عسل، در پیشگیری از ضایعات دهانی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه انجام دادند. در این پژوهش ۶۰ بیمار در فاصله سنی ۶۵ - ۱۸ سال که در وضعیت اغما بودند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. گروه

اول با محلول بی کربنات سدیم و گروه دوم با محلول عسل ۵۰٪ دهانشویه شدند. مداخله روزی ۳ مرتبه و هر بار به مدت ۵ دقیقه، در طی مدت یک هفته انجام شد. نتایج بدست آمده در روز هفتم نشان داده است که هیچ یک از دو گروه دچار زخم دهانی نشده بودند. ولی از نظر حفظ رنگ، حالت طبیعی لب و زبان و مخاط دهانی، عدم وجود پلاک، محلول عسل مؤثرتر از محلول بی کربنات بوده است. در بررسی آزمونهای آماری تفاوت معنی داری ($p<0/0001$) بین دو گروه شاهد و آزمون نشان داده شده که حاکی از اثر بخشی مطلوب عسل می باشد.

(Alijanzadeh, ۱۳۸۴)، کارآزمایی بالینی با هدف بررسی تأثیر عسل در بهبود استوماتیت بیماران تحت شیمی درمانی انجام داد. پژوهش بر روی ۷۰ بیمار مبتلا به لنفوتید و میلوتید حاد که شیمی درمانی شده و دارای استوماتیت درجه ۱ و ۲ بودند انجام شده است. گروه آزمایش روزی ۳ بار، ۲۰ سی سی عسل را ۶۰-۳۰ ثانیه در دهان نگه داشته و سپس فرو برده اند. گروه کنترل ۴ بار در روز، محلول روتین بخش (شریت آلومینیوم ام جی ای+ دیفن هیدرامین + قطره نیستاتین +محلول لیدوکائین) را در دهان چرخانده و خارج نموده اند. بررسی بیماران هفته ای سه نوبت و به مدت سه هفته انجام شده است. پژوهش نشان داد ۳۱٪ از نمونه ها در گروه آزمایش و ۲۰٪ نمونه ها در گروه کنترل، بهبود یافته اند که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بوده است ($P<0/05$). نتایج حاکی از آن است که عسل در مقایسه با محلول روتین بخش سبب بهبودی بیشتر استوماتیت می گردد.

پژوهش ما نشان داد، بموازات درمان سیستمیک بیماری پمفیگوس، استفاده از دهانشویه عسل توانست از روز سوم بررسی، تأثیر معنی داری بر بهبود ضایعات دهانی و کاهش شدت درد ضایعات دهانی داشته باشد و روند بهبود و کاهش شدت درد تا روز دهم بررسی ادامه داشته است. هیچ یک از بیماران در این گروه دچار افزایش درجه زخم دهانی نشدند و درد بیماران به شدت خفیف و بدون درد تقلیل یافت. یافته ها نشان

داد دهانشویه عسل در مقایسه با دهانشویه آب اکسیژنه، سریعتر(روز سوم در مقابل روز دهم) سبب بهبود ضایعات دهانی در بیماران مبتلا به پمفیگوس شده است. همچنین دهانشویه عسل (در مقایسه با دهانشویه آب اکسیژنه) بر کاهش شدت درد و کمک به اصلاح تغذیه دهانی در بیماران مبتلا به پمفیگوس بسیار موثر بوده است.

یافته های این پژوهش در مراقبت های پرستاری، امر پیشگیری، مراقبت و کمک به بهبود ضایعات دهانی کاربرد سودمندی خواهد داشت.

بعلاوه یافته های این پژوهش می تواند، در سطح مدیریت و برنامه ریزی آموزشی- بهداشتی، راهی برای استفاده گسترده از این نعمت الهی می باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد ،خانم مهشید پروین به راهنمایی سرکارخانم دکترطاهره اشک تراب می باشد. بدین وسیله از همکاری کلیه بیماران گرامی که در این پژوهش شرکت نمودند قدردانی می شود. همچنین از مساعدت مسئولین محترم شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و دانشکده پرستاری و مامایی، ریاست بخش پوست بیمارستان های شهداء تجریش و لقمان حکیم ، جناب آقای دکتر محمد شهیدی دادرس و جناب آقای دکتر فرهادملکزاد، همکاران محترم پرستاری و دستیاران در بخش پوست بیمارستان های فوق تشکر و قدردانی می شود.

REFERENCES

- Asilian A Yoosefi A Faghihi G (2006). Pemphigus vulgaris in Iran: epidemiology and clinical profile. *Skin Medicine*. 5 (1) 69-71.
- Alijanzadeh H (2006). Effect of Honey on The Improvement of Stomatitis in Patients Receiving CHemotherapy in Inpatient Hospitals Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. Tehran , Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services.
- Black JM Hawks JH (2005). *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*. 8th edition. Saunders. Elsevier Science Health Science.
- Boukraa L Amara K (2008). Synergistic effect of starch on the antibacterial activity of honey. *Journal of Medicinal Food* . 11 (1) 195-198.
- Boyd R (2009). Effects on gingivitis of daily rinsing with %1/5 H₂O₂. *Journal of Clinical Periodontology* . 16 (9) 557-562 .
- Bryant R Nix D (2006). *Acute and Chronic Wounds Current Management Concepts*. 3th edition. United States of America. Elsevier.
- Burns T Breathnach S Cox N et al (2004). *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th edition. London. Blackwell Science.
- Cooper RA Molan P Harding K (1999). Antibacterial activity of honey against strains of staphylococcus aureus from infected wounds. *Journal of the Royal Society of Medicine* . 92 (6) 283-285.
- Dehghany H (2001). Hospital Environmental Health Guide, Health Engineering Methods to Control the Microorganisms. 1st edition. Tehran. Nakhl Publisher. (Persian).
- Du Gas B (2003). [Nursing foundations]; Translated by Atashzadeh Shourideh F Barzabadi Farahani Z Khazaie N et al; Tehran. Golban Medical Publication. (Persian).
- Feuerstein O Moreinos D Steinberg D (2006). Synergic antibacterial effect between visible light and hydrogen peroxide on streptococcus mutans. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 57 (5) 872 – 876 .
- Gunes Y(2007) . Effectiveness of A Honey Dressing for Healing Pressure Ulcer . *The Journal of Wound , Ostomy and Continence Nursing*. 34(2):184 -190 .
- Habif TH Campbell J Chapman SH et al (2005). *Skin Disease Diagnosis and Treatment*. 2nd edition. Philadelphia. Elsevier Mosby co.
- Langan S Smeeth L Hubbard R et al. ``Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris—incidence and mortality in the UK: population based cohort study``. *BMJ*. [on line]. < <http://www.bmj.com> >. [7 May 2008].
- Luckmann J(2005). [Text Book of Medical Surgical Nursing]; Translated by Bromand P et al; Tehran. Boshra. Publication. (Persian).
- Mehrabiyan S Bavandy R Mohamadiyan Z (2004). [Comparison of chemical structure and antimicrobial properties of honey regions in iran]. Basic Sciences, Islamic Azad University. (14) 4235-43. (Persian).
- Miriyani M , Najafi S , Carimi A , Panahi Y , Rasekhi F(2004) . Compared Two Sets of Bicarbonate and Honey in Prevention of Oral Lesions Patients Hospitalized in The Unit Special Care . *Medical Journal Kosar* . 9 : 223-228
- Motallebnejad M , Akram S , Moghadamnia A , Moulana Z , Omid S(2008) . The Effect of Topical Application of Pure Honey on Radiation-Induced Mucositis : A Randomized Clinical Trial . *The Journal of Contemporary Dental Practice* . 9(3): 40-47.
- Olaitan P Adeleke O Ola L (2007). Honey: A reservoir for microorganisms and an inhibitory agent for microbes. *African Health Sciences*. 7 (3) 159-165.

- Samadi z Grohi F Davary P et al (2007). Expert opinions from asia on the diagnosis and treatment of pemphigus vulgaris. Indian Journal of Medical Sciences. 61(3) 144-151.
- Smeltzer S Bare B (2004). **Brunner & Suddarth's , Textbook of Medical Surgical Nursing**. 10th edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Smeltzer S Bare B Hinkle JL et al (2008). **Brunner & Suddarth's , Textbook of Medical Surgical Nursing**. 11th edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Tajik H Shokohi F Valehi S (2007).[Evaluation of antimicrobial potential of honey produced in the commercial city of Urmia]. Sciences and Food Technology. (2) 39-44. (Persian).
- Uzun S Durdu M Akman A et al (2006). Pemphigus in the mediterranean region of Turkey: A study of 148 cases. **International Journal of Dermatology**. 45 (5) 523-528.
- White B Truax D (2007). **The Nurse Practitioner in Long-term Care, Guidelines for Clinical Practice**. 2nd edition. Massachusetts. Jones and Bartlett Publisher.
- WHO. [Home page]. 2005. [Online]. < <http://www.kepivance.com>>. [Feb2008].
- Yaghmaei F (2007).[Measuring Behavior in Research by Valid and Reliable Instruments]. 1st edition. Tehran. Shahid Beheshti University of Medical Sciences Publisher. (Persian).

