

بررسی مداخله‌ای درمان موضعی با عسل پس از عمل جراحی در مبتلایان به سینوس پیلونیدال

دکتر نرگس واسعی: عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارتش

دکتر کتابیون جهانگیری: * استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش

سال هفتم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۷ صص ۳۷۵-۳۷۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۲۲

چکیده

با وجود روش‌های پیشنهادی غیرجراحی در درمان بیماری پیلونیدال هنوز درمان قطعی و اساسی در این بیماری، استفاده از یکی از روش‌های جراحی است. با توجه به مشکلات زیادی که در روش‌های مرسوم جراحی به لحاظ عود و یا دوره‌های طولانی مدت درمانی وجود دارد، از شیوه‌های مختلفی برای ضد عفونی محل پس از اعمال جراحی استفاده می‌شود. یکی از این روش‌ها استفاده از عسل در پانسمان محل زخم باز است. استفاده از عسل موضعی به عنوان ماده پوشاننده زخم، درمانی باستانی است که به اثربخشی آن در مطالعات عصر حاضر مجدداً پی برده شده است. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی مداخله‌ای تأثیر عسل بر روی میزان ترمیم محل زخم پس از عمل جراحی سینوس پیلونیدال انجام گرفت.

مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی بود و بر روی ۲۴ بیمار مبتلا به سینوس پیلونیدال پس از انجام عمل جراحی صورت گرفت. یافته‌های حاصل از مقایسه نتایج پانسمان محل زخم در گروه مداخله ($n=12$) و کنترل ($n=12$) نشان داد که محل زخم در بیمارانی که پانسمان با عسل برای آنها انجام شده بود، کاملاً تمیز و بدون بو و فاقد ترشح چرکی و کشت زخم در همه آنها نیز منفی بود. حال آن که در همه افراد گروه کنترل که از پانسمان مرطوب و شستشوی روزانه با آب و صابون استفاده شده بود، نتیجه کشت میکروبی محل عمل مثبت بود و در ۳ مورد نیز ترشحات محل زخم کاملاً بد بو و سفیدرنگ بود. دو هفته پس از عمل جراحی در محل زخم همه افراد گروه مداخله، بافت جوانه‌ای تازه به طور یکنواخت در سراسر محل زخم مشاهده می‌شد، اما تقریباً در همه موارد در گروه کنترل بافت گرانوله به صورت جزیره‌ای متراکم در محل تشکیل شده بود و برای تشکیل بافت گرانوله قرمز و یکنواخت به دبریدمان روزانه محل عمل با گاز خشک نیاز بود. از نظر طول مدت ترمیم و بسته شدن کامل دیفکت پوستی در هر دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در کل می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از عسل به عنوان یک آنتی سپتیک موضعی مناسب و کم عارضه در پانسمان زخم و محل انسیزیون جراحی می‌تواند به درمان‌های رایج افزوده گردد.

کلیدواژه‌ها: درمان موضعی با عسل، سینوس پیلونیدال، بررسی مداخله‌ای

* نویسنده پاسخگو: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطين جنوبی، خیابان وحید نظری، پلاک ۵۱

نمبر: ۶۶۴۸۰۸۰۵

تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴

E-mail: kjahangiri@ihsr.ac.ir

مقدمه

بیماری پیلونیدال به صورت کیست، سینوس ترشچی و یا آبسه حاد در ناحیه کوکسیژال تظاهر می‌کند. این بیماری در مردان و به‌ویژه در مردانی که در چین گلوئال موی بیشتری دارند، شایع‌تر است [۱].

با وجود روش‌های پیشنهادی غیرجراحی در درمان بیماری پیلونیدال هنوز درمان قطعی و اساسی در این بیماری، استفاده از یکی از روش‌های جراحی است [۲]. با توجه به مشکلات زیادی که در روش‌های مرسوم جراحی به لحاظ عود و یا دوره‌های طولانی مدت درمانی وجود دارد، از شیوه‌های مختلفی برای درمان سینوس پیلونیدال استفاده می‌شود که ساده‌ترین آن، برداشتن ضایعه و باز گذاشتن محل زخم حاصله است. برای ضدعفونی محل زخم پس از عمل جراحی نیز از روش‌های متفاوتی استفاده می‌شود که یکی از آنها استفاده از عسل در پانسمان محل زخم باز است [۳]. استفاده از عسل موضعی به عنوان ماده پوشاننده زخم، درمانی باستانی است که به اثربخشی آن در مطالعات عصر حاضر مجدداً پی برده شده است [۴].

عسل از حدود ۲۰۰۰ سال پیش از آن که باکتری کشف شود، برای درمان زخم‌های عفونی مورد استفاده قرار می‌گرفته است. در سال ۵۰ قبل از میلاد دیوسکوریدس (Dioscorides) از عسل به عنوان دارویی مؤثر در درمان زخم‌های ریشه‌دار و زخم‌هایی که منجر به ایجاد حفره می‌شده نام برده است [۵]. ابن سینا نیز از عسل برای ترمیم زخم‌های سوختگی استفاده می‌کرده است [۶]. در قرآن کریم در سوره نحل آیه‌های ۶۸ و ۶۹ [۷] و سوره محمد (ص) آیه ۱۵ به قدرت شفابخشی عسل اشاره شده است [۸].

مطالعات اخیر نشان داده است که عسل دارای اثرات مهارتی (Inhibitory) بر روی حدود ۶۰ گونه از باکتری‌ها اعم از هوازی، بی‌هوازی، گرم مثبت و گرم منفی است [۹]. غلظت بالای گلوکز در عسل خود به تنهایی دارای اثر مهارکننده بر روی رشد باکتری‌ها و قارچ‌ها می‌باشد [۱۰]. وجود پر اکسید هیدروژن در عسل که به صورت آهسته - رهش (Slow release) در بافت مجاور زخم آزاد شده و تا ۲۴ ساعت بر روی بافت باقی می‌ماند، نیز نقش مهمی در از بین بردن عوامل میکروبی در زخم عفونی دارد [۱۱]. Ph اسیدی عسل همراه با اثرات اسموتیک آن، تحریک حضور لنفوسیت‌ها در محل زخم و افزایش فعالیت فاگوسیت‌ها و سایر اجزای آنتی باکتریال دیگری که در عسل شناخته شده است نیز توسط مطالعات

محققین به اثبات رسیده است [۱۲]. علاوه بر آن عدم وجود عوارض جانبی عامل مهم دیگری است که جراحان و محققین را در استفاده از این ماده طبیعی تشویق می‌نماید [۱۳].

بر طبق مطالعات انجام شده، عسل قادر است بوی بد زخم را از بین برده، روند بهبود را تسریع کرده و سبب تحریک ترمیم زخم شود [۱۴]. خاصیت اسموتیک عسل در تماس با زخم مانع از سخت و خشک شدن پانسمان شده و به این ترتیب به هنگام تعویض پانسمان درد و یا آسیب بافتی ایجاد نخواهد شد [۱۵].

مجموع این ویژگی‌ها ما را بر آن داشت تا با انجام یک مطالعه مداخله‌ای، تأثیر عسل را بر روی میزان ترمیم محل زخم پس از عمل جراحی سینوس پیلونیدال مورد ارزیابی قرار دهیم.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی RCT و با رعایت اصول مندرج در ICH-GCP طراحی شد. محیط پژوهش، بیمارستان بعثت نیروی هوایی ارتش جمهوری اسلامی بوده و بر روی بیماران مبتلا به سینوس پیلونیدال و پس از انجام عمل جراحی به منظور درمان آنها صورت گرفته است. به این منظور، تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به سینوس پیلونیدال که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و فاقد بیماری‌های زمینه‌ای همچون دیابت، بیماری‌های قلبی، کلیوی و ... بودند و برای ورود به مطالعه رضایت دادند، انتخاب شدند.

این افراد به طور تصادفی Random Allocation به ۲ گروه تقسیم شدند و همگی توسط یک جراح و با تکنیکی مشابه تحت عمل جراحی سینوس پیلونیدال قرار گرفتند. پس از خاتمه عمل جراحی و در اتاق عمل، بر روی زخم محل عمل در گروه مداخله از پانسمان گاز آغشته به عسل و در گروه کنترل از پانسمان با گاز مرطوب استفاده شد. گروه مداخله در دو هفته نخست حمام روزانه شده و سپس محل عمل را با عسل پانسمان می‌کردند. در گروه کنترل پس از حمام روزانه، پانسمان با گاز مرطوب و شستشو با آب و صابون یک بار در روز انجام شد.

پس از دو هفته محل عمل جراحی در هر دو گروه، توسط جراح مورد معاینه و ارزیابی قرار گرفت و برای بررسی وجود میکروارگانیسم‌های گرم منفی و گرم مثبت، از ترشحات کف زخم نیز نمونه جهت کشت تهیه شد. ثبت اطلاعات بر طبق اصول ICH-GCP انجام شد. تمامی بیماران دو ماه پس از عمل جراحی

پانسمان با نرمال سالین و گاز مرطوب انجام پذیرفت و پس از ۴۸ بعد از عمل جراحی مجدداً از پانسمان عسل استفاده شد.

بحث و نتیجه گیری

استفاده از عسل برای درمان زخم‌های عفونی از حدود ۲۰۰۰ سال پیش از آن که باکتری کشف شود، رواج داشته است [۱۶]. در سال ۵۰ قبل از میلاد دیوسکوریدس (Dioscorides) از عسل به عنوان دارویی مؤثر در درمان زخم‌های ریشه دار و زخم‌هایی که منجر به ایجاد حفره می‌شود نام برده است [۱۷].

در مطالعه RCT که بر روی ۲۶ بیمار دچار عفونت زخم پس از عمل انجام شد، در نیمی از بیماران از پانسمان عسل و در نیمی دیگر از شستشوی محل با اتانول و پانسمان با بتادین استفاده شد. همه بیمارانی که با عسل پانسمان شده بودند بهبود یافتند، حال آن که دو بیمار گروه پانسمان با بتادین بهبود نیافتند. ضمن این که زمان بهبود در بیمارانی که برای آنها از پانسمان عسل استفاده شده بود نصف زمانی بود که برای گروه دوم نیاز بود [۱۸]. در مطالعه دیگری زخم‌های عفونی با پسودومونا که به دیگر درمان‌ها جواب نداده بودند با استفاده از عسل به سرعت درمان شده و به پزشک معالج خود اجازه انجام گرافت پوستی موفق را دادند [۱۹، ۲۰].

در پژوهش دیگری که بر روی ۹ نوزاد که دچار عفونت محل زخم جراحی بودند و به درمان با آنتی بیوتیک وریدی و شستشوی محل عفونت با محلول کلرهگزیدین ۰/۰۵ درصد پاسخ نمی‌دادند، از پانسمان با عسل استفاده شد. پس از ۵ روز درمان با عسل، زخم‌ها بسته شدند و بعد از ۲۱ روز کاملاً تمیز و عاری از عفونت گزارش شدند [۲۱].

در مطالعه ما نیز انجام کشت از ترشحات کف زخم و منفی بودن کشت در همه افراد گروه مداخله و مثبت شدن کشت در همه افراد گروه کنترل بیانگر آن است که خاصیت ضد میکروبی عسل می‌تواند آن را به عنوان ماده‌ای مناسب در پانسمان زخم‌های پس از عمل جراحی مطرح نماید. گرچه باید این نکته نیز در نظر گرفته شود که عسل مورد استفاده باید به گونه‌ای تهیه گردد که فاقد هاگ کلستریدیوم بوتولینوم باشد.

همانطور که در مقدمه اشاره شد بر طبق مطالعات انجام شده، عسل قادر است بوی بد زخم را از بین برده و روند ترمیم را تسریع کرده و سبب تحریک ترمیم زخم شود. در مطالعه ما نیز زخم در گروه مداخله فاقد بوی بد بوده و ایجاد بافت جوانه‌ای یکنواخت دو هفته پس از عمل جراحی تأییدکننده مطالعات قبلی بود. اما بین

از نظر بسته شدن کامل دیفکت پوستی توسط جراح مورد معاینه و پی‌گیری قرار گرفتند.

یافته‌ها

تمامی بیماران مذکر بوده و در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۴ سال قرار داشتند. به منظور ممانعت از تأثیر عوامل محیطی بر روند درمان زخم سعی شد تا شرایط و ابزار مربوط به پانسمان، تغذیه و استراحت برای همه یکسان گردد. نیز برای کلیه پانسمان‌های گروه مداخله از عسل بدون موم با مارک تجاری مشخص و همسان استفاده شد. نتایج مقایسه پانسمان محل زخم در گروه مداخله و کنترل نشان داد که محل زخم در بیمارانی که پانسمان با عسل برای آنها انجام شده بود، کاملاً تمیز و بدون بو و فاقد ترشح چرکی در موضع بوده و کشت زخم در همه آنها نیز منفی بود. در صورتی که در همه افراد گروه کنترل که از پانسمان مرطوب و شستشوی روزانه با آب و صابون استفاده شده بود، نتیجه کشت مثبت و محل عمل با انواع میکروب‌های گرم مثبت و گرم منفی آلوده شده بودند. در همه افراد گروه مداخله، ترشحات محل زخم بدون بو و فاقد چسبندگی بود. حال آن که در گروه کنترل، ترشحات محل زخم در ۳ مورد از بیماران کاملاً بد بو و سفیدرنگ بود.

دو هفته پس از عمل جراحی در محل زخم همه افراد گروه مداخله، بافت جوانه‌ای تازه به طور یکنواخت در سراسر محل زخم مشاهده می‌شد، اما تقریباً در همه موارد در گروه کنترل بافت گرانوله به صورت جزیره‌ای متراکم در محل تشکیل شده بود و برای تشکیل بافت گرانوله قرمز و یکنواخت به دبریدمان روزانه محل عمل با گاز خشک نیاز بود.

از نظر طول مدت ترمیم و بسته شدن کامل دیفکت پوستی در هر دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. طول این مدت به طور متوسط حدود دو ماه بود.

نکته قابل توجه در موارد پانسمان با عسل درد بیماران در موضع پانسمان بود که بعد از هر پانسمان در محل زخم درد شدیدی توسط بیمار ابراز می‌شد که تا حدود ۲ ساعت به طول می‌انجامید و سپس قطع می‌شد، اما در پانسمان با گاز مرطوب به جز درد ناشی از تعویض پانسمان و شستشوی محل زخم شکایتی وجود نداشت.

در بیش از نیمی از افراد گروه مداخله یعنی در ۷ مورد از ۱۲ مورد، حدود ۲ ساعت بعد از عمل جراحی، در محل زخم اوزینگ خون ایجاد شد که به ناچار گاز آغشته به عسل برداشته شده و

تعویض پانسمان درد و یا آسیب بافتی ایجاد نخواهد شد. حال آن که در مطالعه ما بیماران پس از پانسمان با گاز آغشته به عسل دچار درد شدید شده و در بیش از نیمی از افراد گروه مداخله، در محل عمل اوزینگ خون ایجاد شد که بررسی علل آن نیازمند انجام مطالعات تکمیلی است. در کل می‌توان نتیجه گرفت که عسل می‌تواند به عنوان یک آنتی‌سپتیک موضعی مناسب و کم‌عارضه در پانسمان زخم و محل انسیزیون جراحی استفاده نمود.

طول مدت بسته شدن کامل زخم در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در گروه مداخله به هنگام ایجاد بافت جوانه‌ای پانسمان زخم با عسل، زخم را در یک حالت ثابت (Steady state) قرار داده و از بسته شدن زخم جلوگیری می‌کرد و به این ترتیب سیر بهبود زخم به تعویق می‌افتاد. در مطالعات قبلی ذکر شده بود که خاصیت اسموتیک عسل در تماس با زخم مانع از سخت و خشک شدن پانسمان شده و به این ترتیب به هنگام

منابع

- 1- Schwartz S, Spencer FG. Principle of Surgery. 10th Edition, Mc Grow Hill: New York, 2007
- ۲- لاهوتی مجید، فلپ فاشیایی - جلدی در درمان سینوس پابلونیدال ناحیه ساکروکوکسیژال، جراحی پلاستیک و ترمیمی ایران، ۱۳۷۸، ۲، ۲۷-۲۱
- 3- Betts JA, Molan PC. A pilot trial of honey as a wound dressing has shown the importance of the way honey is applied to wounds. 11th Conference of the European Wound Management Association, 2001: Dublin, Ireland
- 4- Molan, PC. Honey for the treatment of infections. The New Zealand Beekeeper 1992; 216:19-20. [Re-printed in Bee Informed 1996; 3: 6-9]
- 5- Günter RT. The Greek Herbal of Dioscorides. Hafner: New York, 1934 (reprinted 1959)
- ۶- محرابی ولی‌الله، تاریخ مصور پزشکی جهان، از کهن‌ترین روزگاران تا دوره معاصر، جلد دوم، چاپ اول، نقشینه پیمان، تهران، ۱۳۸۳
- ۷- قرآن کریم، سوره نحل، آیه‌های ۶۸ و ۶۹
- ۸- قرآن کریم، سوره محمد، آیه ۱۵
- 9- Molan PC. The antibacterial activity of honey: the nature of the antibacterial activity. Bee World 1992; 73: 5-28
- 10- Bose B. Honey or sugar in treatment of infected wounds? Lancet 1982; 1: 963
- 11- Pruitt KM, Reiter B. Biochemistry of peroxidase system: antimicrobial effects. In: Pruitt KM, Tenovuo JO. The Lactoperoxidase System: Chemistry and Biological Significance. Marcel Dekker: New York, 1985: 144-78
- 12- Abuharfeil N, Al-Oran R, Abo-Shehada M. The effect of bee honey on the proliferative activity of

- human B- and T-lymphocytes and the activity of phagocytes. Food and Agriculture Immunology 1999; 11: 169-77
- 13- Kiistala R, Hannuksela M, Makinen-Kiljunen S, Niinimäki A, Haahtela T. Honey allergy is rare in patients sensitive to pollens. Allergy 1995; 50: 844-7
- 14- Efem SE. Recent advances in the management of Fournier's gangrene: preliminary observations. Surgery 1993; 113: 200-4
- 15- Chirife J, Herszage L, Joseph A, Kohn ES. In vitro study of bacterial growth inhibition in concentrated sugar solutions: microbiological basis for the use of sugar in treating infected wounds. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 1983; 23: 766-73
- 16- Somerfield SD. Honey and healing. Journal of the Royal Society of Medicine 1991; 84: 179
- 17- Gunther RT. The Greek Herbal of Dioscorides. Hafner: New York, 1934 (Reprinted 1959)
- 18- Al-Waili NS, Saloom KY. Effects of topical honey on post-operative wound infections due to gram positive and gram negative bacteria following caesarean sections and hysterectomies. European Journal of Medical Research 1999; 4: 126-30
- 19- Dunford C, Cooper R, Molan P. Using honey as a dressing for infected skin lesions. Nursing Times 2000; 96: 7-9
- 20- Robson V, Ward RG, Molan PC. The use of honey in split-skin grafting. 10th Conference of the European Wound Management Association, 2000; Harrogate, UK
- 21- Vardi A, Barzilay Z, Linder N, Cohen HA, Paret G, Barzilai A. Local application of honey for treatment of neonatal postoperative wound infection. Acta Paediatrica 1998; 87: 429-32