

Original Paper

Effect of olive oil on striae gravidarum

Taavoni S (MSc)¹, Soltanipour F (MSc)^{*2}, Haghani H (MSc)³
Ansarin H (MD)⁴, Khayrkhah M (MSc)¹

¹Academic Instructor, Faculty of Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ²Midwifer, Karj University of Medical Sciences, Karj, Iran. ³Academic Instructor, Department of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ⁴Professor, Department of Skin Diseases, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Objective: Striae gravidarum is one of the cutaneous physiological changes during pregnancy with a high prevalence. This study was done to evaluate the effect of olive oil on prevention of striae gravidarum.

Materials and Methods: In a randomized controlled clinical trial, 100 nulliparous women referring to Tehran health centers were gone under investigation during 2009. Those whom had the inclusion criteria were divided to experimental group (using olive oil) and control group. The questionnaire was completed via interview and observation. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-Square test.

Results: Moderate striae gravidarum was seen 32% and 22% in intervention and control groups, respectively. Severe striae gravidarum was 6% and 14% in intervention and control groups, respectively, but this difference was not significant.

Conclusion: This study showed that olive oil did not demonstrate to have any role in reducing of striae gravidarum.

Keywords: Striae gravidarum, Prevention of striae gravidarum, Olive oil

* Corresponding Author: Soltanipour F (MSc), E-mail: farzanehsoltanipoor@yahoo.com

Received 9 February 2010

Revised 22 February 2011

Accepted 13 April 2011

تحقیقی

اثر روغن زیتون بر استریای بارداری

سیمین تعاونی^۱، فرزانه سلطانی پور*^۲، حمید حقانی^۳، دکتر حبیب انصارین^۴، معصومه خیرخواه^۵

۱- کارشناس ارشد آموزش پزشکی، کارشناس ارشد مامانی، عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۲- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده علوم پزشکی کرج، مرکز بهداشت شماره دو. ۳- کارشناس ارشد آمار، عضو هیأت علمی گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۴- استاد گروه بیماری‌های پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۵- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

چکیده

زمینه و هدف: استریای بارداری یکی از تغییرات فیزیولوژیک پوستی دوران بارداری است که از شیوع بالایی برخوردار می‌باشد. این مطالعه به منظور تعیین اثر روغن زیتون بر استریای بارداری انجام شد.

روش بررسی: این کارآزمایی بالینی روی ۱۰۰ زن نخست‌زای ۳۰-۲۰ ساله، با سن بارداری ۲۰-۱۸ هفته و دارای نمایه توده بدنی ۲۵-۱۸/۵ مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران طی سال ۱۳۸۸ انجام شد. زنان باردار به صورت تصادفی در دو گروه ۵۰ تایی مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله مقدار یک سی‌سی روغن زیتون را به میزان دو بار در روز از هفته ۲۰-۱۸ بارداری به صورت موضعی روی پوست شکم تا زمان زایمان استفاده نمودند و گروه کنترل از هیچ ماده‌ای استفاده نکردند. اطلاعات در هفته ۴۰-۳۷ بارداری، توسط پژوهشگر با استفاده از پرسشنامه به روش مصاحبه و مشاهده جمع‌آوری گردید. سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای اسکور تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان استریای خفیف در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۳۲ درصد و ۲۲ درصد تعیین شد. میزان استریای شدید در گروه مداخله ۶ درصد و در گروه کنترل ۱۴ درصد تعیین گردید؛ اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که روغن زیتون اثری بر کاهش بروز و شدت استریای بارداری ندارد.

کلیدواژه‌ها: استریای بارداری، روغن زیتون، کارآزمایی بالینی

* نویسنده مسؤول: فرزانه سلطانی پور، پست الکترونیکی farzanehsoltanipoor@yahoo.com

نشانی: کرج، دانشکده علوم پزشکی کرج، مرکز بهداشت شماره ۲، تلفن ۰۲۶۱-۶۷۰۵۹۹۹، نمابر ۰۲۶۱-۲۱۰۴۲۱۲

وصول مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۲۰، اصلاح نهایی: ۱۳۸۹/۱۲/۳، پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱/۲۴

مقدمه

استریای بارداری تغییرات فیزیولوژیک پوستی دوران بارداری است و از خطوطی به رنگ قرمز (۱) و بنفش (۲) ایجاد شده روی پوست شکم و گاهی روی پوست پستان، ران‌ها و زیربغل تشکیل می‌گردد (۱). اگرچه علت اصلی استریای بارداری نامشخص است (۱)؛ لیکن عوامل ژنتیکی (۲) سابقه خانوادگی، نوع پوست، رنگ پوست، سن کم مادر، سن حاملگی، وزن نوزاد (۳ و ۴)، سوء تغذیه (۳)، دیابت حاملگی (۴) و کاهش کلاژن پوست (۲) در بروز آن مؤثر می‌باشند.

تغییرات جلدی ناشی استریای بارداری در ۹۰ درصد از بارداری‌ها مشاهده شده و به زیبایی مادر لطمه وارد می‌نماید (۵) و گاهی سبب بروز مشکلات روحی (۶) و عدم اعتماد به نفس مادر می‌گردد (۷). در برخی از موارد، محل استریا به علت ایجاد خارش، زخمی می‌شود (۸). با توجه به مشکلاتی که به دنبال استریا ایجاد می‌شود؛ همواره چالش‌هایی برای پیشگیری و رفع این مشکل وجود داشته است (۱). چنانچه که از قرن‌ها پیش شواهد مختلفی در مورد درمان استریای بارداری موجود است (۴). بسیاری از زنان برای درمان استریا ایجاد شده؛ حاضر به پرداخت هزینه‌های گزافی هستند (۲).

از آنجایی که علت استریای بارداری نامشخص است؛ تاکنون روش قطعی و مشخصی برای پیشگیری و درمان آن مطرح نشده است. امروزه برای پیشگیری و درمان استریای بارداری روش‌های مختلفی نظیر روش‌های طبی از جمله کرم‌ها، لوسیون‌ها، لیزردرمانی، جراحی و گیاه‌درمانی پیشنهاد شده است (۹). گیاه‌درمانی یکی از روش‌های طب مکمل می‌باشد و با توجه به کم عارضه و ارزان بودن در مقابل روش‌های تهاجمی مانند لیزردرمانی و جراحی زیبایی ارجح می‌باشد (۹ و ۲). در گیاه‌درمانی می‌توان به روغن‌های گیاهی، روغن زیتون، روغن بادام و کره کاکائو اشاره نمود که نتایج مطالعات مختلف (۲) میزان بهبودی متفاوتی را به دنبال مصرف آنها ذکر نموده‌اند. در مطالعه Poidevin در سال ۱۹۵۶ روی ۱۱۶ زن، مصرف جلدی روغن زیتون اثری در پیشگیری از شدت استریا نشان نداد (۱۰). بالعکس در مطالعه Davey در سال ۱۹۷۲ روی ۷۰ زن، روغن زیتون از عوامل کاهنده شدت استریا ذکر گردید (۱۱). لذا با توجه به نتایج

متناقض، این مطالعه به منظور تعیین اثر روغن زیتون بر استریای بارداری انجام شد.

روش بررسی

این کارآزمایی بالینی روی ۵۰ زن نخست‌زا ۳۰-۲۰ ساله، با سن بارداری ۲۰-۱۸ هفته و دارای نمایه توده بدنی ۲۵-۱۸/۵ مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران طی سال ۱۳۸۸ انجام شد. زنان باردار به صورت تصادفی در دو گروه ۵۰ تایی مداخله و کنترل قرار گرفتند.

افراد مورد مطالعه در ۵ مرکز بهداشتی و ۳ مرکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد پیگیری قرار گرفتند.

این مطالعه با اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط افراد مورد مطالعه انجام گردید.

اطلاعات این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران به شماره IRCT138807282172N2 ثبت شده است.

در ابتدای مطالعه برای افراد واجد شرایط ورود به مطالعه، توضیحاتی در خصوص اهداف پژوهش و تصادفی بودن در گروه‌های مداخله و کنترل ابراز گردید.

زنان گروه مداخله یک سی سی روغن زیتون را به میزان دوبار در روز از هفته ۲۰-۱۸ بارداری، به صورت موضعی، به آرامی و بدون انجام ماساژ بر روی ناحیه پوست شکم تا زمان زایمان استفاده نمودند. به آنان یادآور گردید؛ در صورت بروز هرگونه حساسیت در پی استفاده از روغن زیتون از ادامه مصرف آن خودداری نمایند. زنان گروه کنترل از هیچ ماده‌ای استفاده نمودند. زنان گروه کنترل در صورت استفاده یا تمایل به استفاده از هرگونه کرم یا روغن از مطالعه خارج شدند. به منظور کنترل نحوه مصرف روغن زیتون افراد گروه مداخله از طریق تماس تلفنی پژوهشگر پیگیری شدند. تیم تحقیق در صورت صورت نیاز به تماس تلفنی بیشتر آزمودنی‌ها، آماده پاسخگویی به سؤالات بودند.

معیارهای خروج از مطالعه شامل تشخیص بارداری چندقلو، پلی‌هیدرامنیوس، پیدایش بیماری جلدی، مصرف داروهای از دسته کورتن‌ها، مصرف سایر کرم‌ها در ناحیه شکم، عدم تمایل به ادامه مصرف روغن زیتون و یا مصرف کمتر از سه روز در هفته بود.

آزمون کای اسکوتر استفاده گردید. سطح معنی داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی مصرف کنندگان روغن زیتون ۲۳/۸۸±۲/۷۸۲ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۲۳/۸۴±۲/۶۹۸ سال تعیین شد.

۴ نفر (۸ درصد) از گروه مداخله و ۲ نفر (۴ درصد) از گروه کنترل سقط را تجربه کرده بودند. تحصیلات ۳۵ نفر (۷۰ درصد) از گروه مداخله و ۲۳ نفر (۴۶ درصد) از گروه کنترل دیپلم بود. ۹ نفر (۱۸ درصد) از گروه مداخله و ۱۲ نفر (۲۴ درصد) از گروه کنترل دارای پوستی با رنگ روشن بودند. ۳۶ نفر (۷۲ درصد) از گروه مداخله و ۳۰ نفر (۶۰ درصد) از گروه کنترل سابقه استریا در بستگان درجه اول را ذکر نمودند (جدول یک).

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک گروه‌های مداخله (مصرف کننده روغن زیتون) و کنترل

p-value	مداخله		کنترل	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۰/۱۲۰	۲۱ (۴۲)	۸ (۱۶)	۲۱ (۴۲)	۸ (۱۶)
	۲۳ (۴۶)	۳۵ (۷۰)	۲۳ (۴۶)	۳۵ (۷۰)
	۶ (۱۲)	۷ (۱۴)	۶ (۱۲)	۷ (۱۴)
۰/۵	۲ (۴)	۴ (۸)	۲ (۴)	۴ (۸)
	۴۸ (۹۶)	۴۶ (۹۲)	۴۸ (۹۶)	۴۶ (۹۲)
۰/۴۳۹	۳۰ (۶۰)	۳۶ (۷۲)	۳۰ (۶۰)	۳۶ (۷۲)
	۲۰ (۴۰)	۱۴ (۲۸)	۲۰ (۴۰)	۱۴ (۲۸)
۰/۰۱۷	۳۸ (۷۶)	۴۱ (۸۲)	۳۸ (۷۶)	۴۱ (۸۲)
	۱۲ (۲۴)	۹ (۱۸)	۱۲ (۲۴)	۹ (۱۸)

جدول ۲: توزیع فراوانی شدت استریا در گروه‌های مداخله (مصرف کننده روغن زیتون) و کنترل

شدت استریا	مداخله		کنترل	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
صفر	۱۸ (۳۶)	۲۰ (۴۰)	۱۸ (۳۶)	۲۰ (۴۰)
خفیف	۱۶ (۳۲)	۱۱ (۲۲)	۱۶ (۳۲)	۱۱ (۲۲)
متوسط	۱۳ (۲۶)	۱۲ (۲۴)	۱۳ (۲۶)	۱۲ (۲۴)
شدید	۳ (۶)	۷ (۱۴)	۳ (۶)	۷ (۱۴)

P<۰/۴

سن، تحصیلات، سقط، نوع پوست و سابقه استریا در بستگان درجه اول گروه مداخله و کنترل از نظر آماری با هم اختلاف معنی داری نداشتند. لذا مشخص گردید که گروه‌ها از نظر مشخصات با یکدیگر همگون هستند.

استریا در ۳۲ نفر (۶۴ درصد) از گروه مداخله و ۳۰ نفر (۶۰ درصد)

اطلاعات مربوط به شرکت کنندگان در مطالعه با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی شامل سن، میزان تحصیلات، تعداد حاملگی، تعداد سقط، سن حاملگی در زمان بررسی خطوط استریا، وزن در قبل از مداخله، وزن مادر بعد از مداخله (برای بررسی نمایه توده بدنی)، سابقه استریا در بستگان درجه اول، نوع پوست، نوع مداخله، مدت استفاده از روغن‌ها، توسط پژوهشگر به صورت مصاحبه و مشاهده ثبت گردید.

با توجه به احتمال افت نمونه تعداد ۲۴۰ نفر در نمونه‌گیری اولیه شرکت داده شدند. بدین ترتیب که در هفته ۲۰-۱۸ نمونه‌ها وارد مطالعه شدند و در طول حاملگی تا زمان زایمان پیگیری صورت گرفت. لذا حدود ۸ ماه نمونه‌گیری به طول انجامید. دلایلی نظیر تغییر مکان، نداشتن دسترسی به آدرس دقیق، ترس از عوارض، مصرف توأم روغن زیتون با کرم‌های دیگر باعث افت نمونه گردید. در نهایت هنگام زایمان تعداد نمونه‌های مورد بررسی، ۱۰۰ نفر بود و با تخمین قبلی مشکلی در فرایند مطالعه ایجاد نمود.

برای اثبات وجود استریا در هفته ۴۰-۳۷ بارداری تصویربرداری با استفاده از دوربین Cannon با وضوح ۱۰ مگاپیکسل انجام شد.

مشاهده استریای بارداری براساس تقسیم‌بندی استریای Davey انجام شد (۱۱). به صورتی که شکم از ناحیه ناف به چهار ربع فرضی تقسیم گشته و یک خط عمودی و یک خط افقی از ناف عبور می‌نماید. در مواردی که استریا در هر ربع وجود نداشته باشد؛ نمره صفر تعلق می‌گیرد. در صورت وجود خطوط خفیفی از استریا در هر ربع نمره ۱ و وجود خطوط شدید استریا در هر ربع نمره ۲ داده می‌شود.

برای کورسازی مداخله و حداقل تورش برگه مشاهده استریای Davey؛ در هفته ۴۰-۳۷ بارداری توسط یک کارشناس مامایی (کمک پژوهشگر) که آموزش‌های لازم از نظر استفاده از ابزار بروز استریا را دریافت نموده بود و از نوع مداخله قبلی هیچ اطلاعی نداشت؛ تکمیل گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-17 تجزیه و تحلیل شدند. از آمار توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف نمونه‌ها و برای تعیین تفاوت میزان بروز استریا در دو گروه مداخله و کنترل از آمار استنباطی و

درصد) از گروه کنترل مشاهده گردید ($P=0/439$ ، $df=2$ ، $\chi^2=1/648$).

شدت استریا در ۳ نفر (۳ درصد) از گروه مداخله و ۱۲ نفر (۱۴ درصد) از گروه کنترل شدید بود. استریای متوسط در ۲۶ درصد از گروه مداخله و در ۲۴ درصد گروه کنترل مشاهده گردید (جدول ۲).

بحث

در این مطالعه بروز و شدت استریای بارداری در گروه‌های مصرف کننده روغن زیتون و کنترل تفاوت آماری معنی داری نشان ندادند.

در مطالعه Poidevin در سال ۱۹۵۶ در دانشگاه آدلای کشور استرالیا درصد بروز استریا در مصرف کنندگان روغن زیتون ۶۰ درصد و در گروه کنترل ۵۵ درصد تعیین گردید (۱۰) که با نتایج مطالعه ما مشابهت دارد.

در مطالعه Davey در سال ۱۹۷۲ که در لندن انجام شد؛ بروز استریا در مصرف کنندگان روغن زیتون ۲۶ درصد و در گروه کنترل ۶۱ درصد تعیین گردید. همچنین در گروه استفاده کننده توأم روغن زیتون با ماساژ، بروز استریای خفیف و متوسط به ترتیب ۲۲ درصد و ۲۹ درصد تعیین شد و استریای شدید مشاهده نگردید (۱۱). نتایج مطالعه ما با یافته‌های Davey هم خوانی ندارد و می توان علت آن را در نوع مطالعه، شرایط نمونه‌های مورد بررسی و یا روش استفاده از روغن‌ها ذکر نمود. در مطالعه Osman و همکاران (۳) در سال ۲۰۰۸

در بیروت، بروز استریا در مصرف کنندگان کره کاکائو ۴۵ درصد و در گروه کنترل ۴۸ درصد و در مطالعه Buchanan و همکاران در سال ۲۰۰۹ این میزان در مصرف کنندگان کره کاکائو ۴۴ درصد و در گروه کنترل ۵۶ درصد تعیین گردید (۱۲). با توجه به این که کره کاکائو مانند روغن زیتون از سایر انواع روغن‌های گیاهی است؛ نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعات فوق (۳ و ۱۲) مطابقت دارد.

در مطالعه Osman و همکاران میزان استریای خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۲۰/۵ درصد، ۲۱/۸ درصد و ۹ درصد تعیین گردید (۳). میزان استریای خفیف در مطالعه حاضر با یافته مطالعه Osman متفاوت است؛ ولی میزان استریای متوسط و شدید به مطالعه فوق نزدیک است.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روغن زیتون اثری بر کاهش بروز و شدت استریای بارداری ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه برای اخذ کارشناسی ارشد مامایی خانم فرزانه سلطانی پور بود. بدین وسیله مراتب سپاس فراوان خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که حمایت مالی تحقیق را متقبل شدند؛ اعلام می‌داریم. همچنین از همکاری‌های بی‌دریغ مسئولین و کارکنان محترم مرکز بهداشت غرب و بیمارستان‌های لولاگر و شهید اکبرآبادی صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

References

1. Macdonald C, Levenno G, Gilstrap C, Hauth Katharine C, Wenstrom D. Williams Obstetrics. 21st. New York: McGraw-Hill. 2005; pp:172-3.
2. Osman H, Rubeiz N, Tamim H, Nassar AH. Risk factors for the development of striae gravidarum. Am J Obstet Gynecol. 2007 Jan;196(1):62.e1-5.
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. BJOG. 2008 Aug;115(9):1138-42.
4. Tunzi M, Gray GR. Common skin conditions during pregnancy. Am Fam Physician. 2007 Jan; 75(2):211-8.
5. Biringner A. Common physical discomforts of pregnancy. Can Fam Physician. 1988 Sep;34:1965-8.
6. Ghasemi A, Gorouhi F, Rashighi-Firoozabadi M, Jafarian S, Firooz A. Striae gravidarum: associated factors. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007 Jul;21(6):743-6.

7. Chang AL, Agredano YZ, Kimball AB. Risk factors associated with striae gravidarum. J Am Acad Dermatol. 2004 Dec;51(6):881-5.
8. Singh G, Kumar LP. Striae distensae. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2005;71(5):370-2.
9. Tay YK, Kwok C, Tan E. Non-ablative 1,450-nm diode laser treatment of striae distensae. Lasers Surg Med. 2006 Mar;38(3):196-9.
10. Poidevin LO. Striae gravidarum. Their relation to adrenal cortical hyperfunction. Lancet. 1959 Sep;2(7100):436-9.
11. Davey CM. Factors associated with the occurrence of striae gravidarum. J Obstet Gynaecol Br Commonw. 1972 Dec;79(12):1113-4.
12. Buchanan K, Fletcher HM, Reid M. Prevention of striae gravidarum with cocoa butter cream. Int J Gynaecol Obstet. 2010 Jan;108(1):65-8.