

## بررسی مقایسه‌ای اثر حمام آب و سرکه و حمام آب و جوش شیرین در درمان واژینیت کاندیدایی

\* مهین بداغ آبادی

♣ حمیدرضا بهنام‌وشانی

کاندیدای آلبیکاناس شایع‌ترین علت واژینیت است. حدود ۷۵ درصد زنان در طول زندگی حداقل یک بار دچار واژینیت کاندیدایی می‌شوند. در این پژوهش ۷۹ خانم مبتلا به واژینیت کاندیدایی علامتدار با کشت قارچی مثبت است به طور تصادفی در گروه‌های درمانی "حمام آب و سرکه" و "حمام آب و جوش شیرین" به همراه یک گروه شاهد تقسیم شدند. در هر سه گروه کلوتریمازول واژینال به عنوان درمان موضعی تجویز می‌شد. در این مطالعه، اساس درمان تغییر PH واژن با استفاده از درمان‌های کمکی بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که در هر سه گروه فوق نشانه‌هایی چون ترشح واژینال، خارش و علائمی نظیر واژینیت و ترشح کاندیدایی یک هفته بعد از اتمام درمان بهبود یافته است. بهبودی در سوزش، دیسپارونیا دیزوری در گروه حمام آب و سرکه و جوش شیرین و بهبودی در مورد ولویت و درد زیر شکم فقط در گروه حمام آب و جوش مشاهده شده است. اما آزمون آماری کروسکال والیس تفاوتی در میانگین رتبه‌ای بهبود علائم کلینیکی سه گروه نشان نداد. همچنین یک هفته پس از درمان، ۴۸ درصد نمونه‌های گروه درمانی شاهد در مقابل ۵۲/۴ درصد گروه درمانی حمام آب و سرکه و ۵۷/۹ درصد گروه درمانی حمام آب و جوش شیرین کشت قارچی منفی داشتند که آزمون  $X^2$  ( $P < 0/05$ ) این تفاوت را معنی‌دار نشان نداد. با استفاده از آزمون آماری اسپیرمن، بین میزان بهبودی در واژینیت و متغیر سن ازدواج و نیز بین میزان بهبودی در ترشح واژن و دفعات مقاربت همبستگی یافت شد.

**واژه‌های کلیدی:** واژینیت کاندیدایی؛ حمام آب و سرکه؛ حمام آب و جوش شیرین.

\* - عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار

♣ - عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار

## مقدمه

به هر نوع عفونت و التهاب واژن، واژینیت گفته می شود. واژینیت شایع ترین علت مراجعه زنان به کلینیک می باشد. در بین انواع واژینیت، کاندیدا که در اثر رشد بیش از حد قارچی به نام کاندیدا به وجود می آید شایع ترین نوع می باشد (۱). حدود ۷۵ درصد زنان در طی زندگی، حداقل یک بار دچار واژینیت کاندیدایی می شوند و تقریباً ۴۵ درصد، دو یا چند نوبت در سال به آن مبتلا می شوند. در آمریکا سالانه حدود ۱۳ میلیون واژینیت کاندیدایی رخ می دهد و میزان وقوع آن طی دهه اخیر در آمریکا و اروپا افزایش یافته است (۲).

در طی پژوهش های انجام شده در ایران، شیوع آن در بعضی مناطق بین ۲۰ تا ۲۳ درصد گزارش شده است (۳) و (۴). این واژینیت با علائمی چون خارش، دیزوری، دیسپانیا، خروج ترشحات آبکی یا پنیری شکل همراه می باشد که گاهی ولو و قسمت های داخلی کشاله ران را نیز مبتلا می سازد (۵).

واژینیت کاندیدایی بندرت یک عامل تهدیدکننده زندگی است ولی نتایج مصیبت باری نظیر ابتلای مکرر، صرف هزینه زیاد و ناباروری را به همراه دارد. طبق یک برآورد در آمریکا، هر عود این بیماری ۶۰ دلار برای معاینه و درمان پزشکی هزینه در بردارد و یک الی سه ساعت وقت پزشک را صرف ارزیابی و درمان می کند (۳). از سوی دیگر، چون این قارچ قادر به تولید توکسین یا آنزیم خارج سلولی می باشد، تجمع بیش از حد توکسین ها باعث تحلیل قوای ایمنی می شود و منجر به ضایعه کاندیدا آلبیکانس چند سیستمی می شود که با اختلالاتی نظیر آکنه، آلرژی، آسم، ناباروری و ... همراه است. همچنین عاملی در بروز بالانتیت کاندیدایی در همسران این زنان می شود. از طرفی، ابتلای به آن در طی بارداری و عدم درمان موثر، باعث بروز برفک دهانی در نوزاد می شود که خود عاملی برای ایجاد اختلال در عمل مکیدن و فرآیند شیردهی موفق می باشد. عوارضی نظیر عصبانیت، زود رنجی، اختلال در روابط جنسی، اختلافات خانوادگی و حتی طلاق نیز در زنان مبتلا به کاندیدایزیس مزمن به طور مکرر مشاهده شده است (۶).

رایج ترین درمان واژینیت کاندیدایی، داروهای موضعی آزول هستند؛ همچنین از ترکیبات نیستاتین، کتوکانارول نیز در درمان استفاده می شود که کارایی کمتری از داروهای آزول دارند. داروهای آزول قادر به جلوگیری از عود عفونت نیستند و از آنجایی که فقط بر روی گونه خاصی از کاندیدا اثر می کنند باعث تغییر فلور واژن و رشد بیش از حد گونه های دیگر کاندیدا می شوند (۷). از سوی دیگر عوارضی نظیر سوزش و تحریک واژن، بثورات جلدی، درد و کرامپ شکمی و افزایش دفعات ادرار باعث ناراحتی در بیماران می شوند. در مصرف موضعی این ترکیبات نیز مقداری جذب سیستمیک گزارش شده است که اثر آن بر انسان در دوره حاملگی و شیردهی هنوز ثابت نشده است (۷). مسلم است که عدم انتخاب صحیح راه درمانی، باعث دوره های مکرر واژینیت کاندیدایی خواهد شد و این سیکل معیوب بدون نتیجه گیری استمرار یافته و حالت یأس و ناامیدی را برای بیمار و پزشک بوجود می آورد. لذا با توجه به اهمیت درمان صحیح واژینیت کاندیدایی و عدم انجام پژوهشی در زمینه اولویت درمانی و عدم کفایت اثر درمانی ترکیبات آزول، پژوهش حاضر با تلفیق درمان کمکی حمام آب و سرکه و حمام آب و جوش شیرین انجام شد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر تحقیقی نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی است که بر روی زنان مراجعه کننده به درمانگاه همت آباد شهرستان سبزوار انجام شد. خانم های متأهلی که از ترشح مهلبلی، خارش، سوزش و ... شکایت داشتند و نتیجه کشت

قارچی آنها از نظر وجود کاندیدا آلیکانس مثبت بود، مورد بررسی قرار گرفته و پرسشنامه ای به روش مصاحبه و مشاهده تکمیل شد. نتایج با در نظر گرفتن نمره صفر تا دو در مصاحبه ثبت شد. نمره صفر به فقدان علائم و شکایات و نمره ۱ به موارد خفیف و نمره ۲ به موارد شدید داده می شد.

از ۱۴۷ خانم مراجعه کننده و دارای شکایات بالینی، ۸۳ نفر با کشت قارچی مثبت و شرایط لازم، مورد بررسی قرار گرفتند و از این تعداد، ۷ نفر به دلیل عدم مراجعه مجدد از مطالعه حذف شدند. نمونه های باقیمانده به طریق احتمالی از نوع تصادفی ساده در سه گروه درمانی قرار گرفتند. در گروه شاهد، کرم واژینال کلوتریمازول به مدت یک هفته تجویز شد. در گروه درمانی حمام آب و سرکه، علاوه بر کلوتریمازول واژینال، استفاده از یک قاشق غذاخوری سرکه در یک لیتر آب، ۲ بار در روز هر بار به مدت ۱۰ دقیقه طی یک هفته کامل توصیه شد. در گروه درمانی حمام آب و جوش شیرین نیز مصرف یک قاشق غذاخوری جوش شیرین در یک لیتر آب به همان روش درمانی حمام آب و سرکه همراه با کرم واژینال کلوتریمازول توصیه شد.

همچنین در طی دوره درمان ۷ روزه، بیمار باید از مقاربت پرهیز نماید یا مقاربت همراه با کاندوم داشته باشد. توصیه های لازم بهداشتی نیز به هر سه گروه به صورت چهره به چهره ارائه شد. همچنین، همین مطالب در قالب برگه های تایپ شده جهت مطالعه بیشتر در اختیار نمونه ها قرار گرفت و سپس یک هفته بعد از اتمام دوره درمان، مجدداً از ترشحات واژن کشت تهیه شد.

## یافته ها

بعد از اتمام نمونه گیری که به مدت یک سال به طول انجامید، نتایج توسط آزمون های آماری کای دو، اسپیرمن، کروسکال والیس و تی زوجی مورد بحث قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۵۲/۳ درصد نمونه هایی که قبل از درمان، کشت قارچی مثبت داشته اند بعد از درمان، بهبود آزمایشگاهی یافته و نتایج کشت قارچی آنها منفی شده است که به تفکیک، ۴۸ درصد از گروه شاهد، ۵۲/۴ درصد از گروه سرکه درمانی و ۵۷/۹ درصد از گروه جوش شیرین درمانی می باشد. آزمون  $X^2$  با فاصله اطمینان ۹۵ درصد این تفاوت را معنی دار نشان نداد. در مورد شکایات و علائم بالینی به تفکیک گروه درمانی نتایج زیر بدست آمد: در گروه درمانی سرکه میزان شکایت از ترشح مهبل، خارش، سوزش، دیسپارونیا، مشکلات ادراری، ولویت، ترشح کاندیدایی و واژینیت بعد از اتمام دوره درمان کاهش یافته بود و در مورد سرویسیت تفاوتی نکرده بود که آزمون تی زوجی این تفاوت را در مورد ترشح مهبل، خارش، سوزش، دیسپارونیا، مشکل ادراری، ترشح کاندیدایی و واژینیت معنی دار نشان داد ( $P<0/05$ ). در گروه درمانی جوش شیرین بعد از اتمام دوره درمان، شکایات بیمار در مورد ترشح مهبل، خارش، سوزش، دیسپارونیا، درد زیردل، مشکل ادراری، ولویت، ترشح کاندیدایی و واژینیت کمتر شده بود. اما در مورد زخم ران و سرویسیت بیشتر شده بود که آزمون تی زوجی این تفاوت را در مورد ترشح مهبل، خارش، سوزش، دیسپارونیا، درد زیر شکم و واژینیت معنی دار نشان داد ( $P<0/05$ ).

در گروه درمانی شاهد، میزان شکایت از خارش، ترشح، سوزش، درد زیر شکم، مشکل ادراری، ولویت، زخم ولو، زخم ران، ترشح کاندیدایی، واژینیت بعد از اتمام دوره درمان کمتر شده است در مورد سرویسیت افزایش یافته است ولی در مورد دیسپارونیا تفاوتی نکرده است؛ آزمون تی زوجی این تفاوت را در مورد ترشح مهبل، خارش، ترشح واژینال کاندیدایی و واژینیت معنی دار نشان داد ( $P<0/05$ ).

همچنین در مقایسه میزان بهبودی علائم و نشانه ها در سه گروه درمانی، آزمون کروسکال والیس این تفاوت ها را معنی دار نشان نداد. نتایج آزمون اسپیر من نشان داد که بین میزان بهبودی در ترشح واژن و دفعات مقاربت و نیز بین واژینیت و سن ازدواج همبستگی مثبت وجود دارد:

$$(P<0/032 \text{ با } R=0.253 \text{ و } P<0.32 \text{ با } R=0/269)$$

در مورد میزان احساس بهبودی بر اساس اظهارات بیمار ۷۸/۳ درصد گروه شاهد، ۸۴/۲ درصد گروه سرکه درمانی و ۷۲/۲ درصد گروه درمانی جوش شیرین احساس بهبودی کرده اند که آزمون این اختلاف را معنی دار نشان نداد.

$$(P>0.676 / df=2 / X=0.783)$$

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار میزان بهبودی علائم و نشانه ها در سه گروه شاهد، سرکه درمانی و درمان با جوش شیرین.

P	نتیجه آزمون کروسکال والیس	کلوتریمازول + حمام آب و جوش شیرین			گروه علائم	
		کلوتریمازول + حمام آب و سرکه	کلوتریمازول + حمام آب و سرکه	کلوتریمازول	ترشح مهبل	شکایات
-/۷۹۷	-/۴۵۳	-/۵۲ ± ۰/۷۷	-/۴۷ ± ۰/۶	-/۴۰ ± ۰/۶۵		
-/۸۹۸	-/۲۱۴	۱/۱۰ ± ۰/۷۴	۱/۱۹ ± ۰/۶	۱/۰۸ ± ۰/۷۶		
-/۱۱۴	۴/۳۴۲	-/۵۲ ± ۰/۹۶	-/۷۶ ± ۰/۸۳	-/۲۴ ± ۰/۷۸		
-/۱۳۴	۴/۰۱۸	-/۴۷ ± ۰/۸۴	-/۳۸ ± ۰/۷۴	۰ ± ۰/۷۰		
-/۳۱۲	۲/۳۲۷	-/۳۶ ± ۰/۵۹	-/۱۹ ± ۰/۷۴	۴ ± ۰/۶۱		
-/۹۰۴	-/۲۰۲	-/۲۱ ± ۰/۵۸	-/۳۸ ± ۰/۸۰	-/۱۲ ± ۰/۶۷		
-/۹۰۴	-/۲۰۲	-/۲۱ ± ۰/۵۸	-/۲ ± ۰/۶۷	-/۱۳ ± ۰/۵۱		
-/۳۶۸	۲	.	.	۵/۸۸ ± ۰/۲۴		
۱	.	.	.	.		
-/۲۲۶	۲/۹۷۰	-۵/۲۶ ± ۰/۲۲	.	۸/±۳۳ ۰/۴۰		
-/۱۶۷	۳/۵۹۹	۵/۲۶ ± ۱/۱۲	-/۴۷ ± ۰/۸	-/۶۳ ± ۰/۹۲		
-/۶۳۸	-/۸۹۹	-/۳۶ ± ۰/۸۳	-/۵۷ ± ۰/۶۰	-/۴۲ ± ۰/۷۸		
-/۳۵۲	۲/۰۸۸	-۰/۲۹ ± ۰/۴۹	۰ ± ۰/۷۰	-۰/۵۷ ± ۰/۹۸		

جدول ۲: بررسی رابطه بین برخی متغیرهای مستقل با میزان بهبودی علائم و نشانه ها

سن ازدواج	سن	دفعات مقاربت	دفعات ابتلاء	مدت آلودگی	متغیر مستقل علائم و نشانه ها
R = ۰/۱۷۶ P = ۰/۱۶۴	R = ۰/۵۹ P = ۰/۲۱	R = ۰/۲۶۹ P = ۰/۰۳۲	R = ۰/۱۷۵ P = ۰/۱۶۸	R = ۰/۰۷۶ P = ۰/۵۴۹	ترشح مهبل
R = ۰/۳۰۲* P = ۰/۱۵	R = ۰/۰۷۶ P = ۰/۵۵	R = ۰/۰۰۴ P = ۰/۷۵۱	R = ۰/۰۷۸ P = ۰/۵۴۱	R = ۰/۲۰۷ P = ۰/۰۹۸	خارش
R = ۰/۱۲ P = ۰/۳۴۶	R = ۰/۰۲۴ P = ۰/۸۵۱	R = ۰/۰۲۶ P = ۰/۸۴	R = ۰/۰۴۳ P = ۰/۷۳۸	R = ۰/۰۵۵ P = ۰/۶۶۵	سوزش
R = ۰/۰۳۹ P = ۰/۸۰۳	R = ۰/۰۹۳ P = ۰/۵۵۳	R = ۰/۰۱۱۶ P = ۰/۴۵۴	R = ۰/۰۰۴۴ P = ۰/۷۸	R = ۰/۰۲۸ P = ۰/۸۵۸	ولویت
R = ۰/۱۴۶ P = ۰/۲۵۴	R = ۰/۰۷۴ P = ۰/۵۶۶	R = ۰/۰۱۲۰ P = ۰/۳۴۹	R = ۰/۰۰ P = ۱	R = ۰/۲۳۸ P = ۰/۰۵۸	زخم کشاله ران
R = ۰/۲۵۳* P = ۰/۰۴۶	R = ۰/۱۴۴ P = ۰/۲۶۰	R = ۰/۰۰۴۷ P = ۰/۷۱۶	R = ۰/۰۰۵۷ P = ۰/۶۵۸	R = ۰/۲۴۴ P = ۰/۰۵۲	واژینیت
R = ۰/۱۸۲ P = ۰/۴۱۶	R = ۰/۲ P = ۰/۳۶۱	R = ۰/۲۹۲ P = ۰/۱۸۷	R = ۰/۰۱۶ P = ۰/۴۶۵	R = ۰/۱۲۷ P = ۰/۵۶۴	سرویت

\*همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار است (۲ دامنه)

## بحث

کاندیدا به صورت ساپروفیت در واژن خانم ها یافت می شود و تحت تأثیر عواملی نظیر مهار شدید باکتری های طبیعی واژن، مهار ایمنی سلولی موضعی و تغییرات سوخت و ساز و تغذیه در واژن و علل ناشناخته دیگر، رشد بیش از حد یافته و باعث واژینیت علامتدار می شود. در این نوع واژینیت، PH کمتر از ۴/۵ است و تشخیص آن معمولا با دیدن اسپورها یا پزودوهیفها در اسمیر KOH ۱۰ درصد میسر می شود (۵).

رایج ترین درمان واژینیت کاندیدایی داروهای موضعی آزول هستند (۳). عوارض موضعی، مشخص نبودن تأثیر آنها بر انسان طی دوره بارداری و شیر دهی و اثر درمانی ناقص آنها موجب تمایل فزاینده درمانگران به استفاده از روش های کمکی در درمان واژینیت کاندیدایی شده است. از آنجا که کاندیدیازیس به دلیل نوسانات شدید PH واژن به وجود می آید، با تغییر PH می توان باعث کاهش بروز این عارضه شد.

بامسلاک و میشلز شستشو با سرکه هو ماست را جهت درمان خانگی واژینیت کاندیدایی پیشنهاد می کنند ولی هیچ گونه مقایسه ای در جهت مزیت و کارایی یک روش نسبت به روش دیگر صورت نگرفته است (۶). گمان می رود که سرکه با خاصیت اسیدی و ماست به دلیل محتوای لاکتوباسیلی آن در بهبود واژینیت کاندیدایی موثر باشد.

آقاجانی از حمام آب و سرکه رقیق و حمام آب و نمک غلیظ در درمان واژینیت تریکومونایی زنان باردار استفاده نمود و نتایج پژوهش او نشان داد که میزان بهبودی در علائم و نشانه ها ۱۰۰ درصد بوده و در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشته است (۸).

در پژوهش حاضر، حمام آب و سرکه و حمام آب و جوش شیرین تا حدود زیادی باعث بهبودی علائم و نشانه های کلینیکی و آزمایشگاهی شده است و از آنجایی که علت سرویسیت ممکن است مربوط به کلامیدیا، هرپس سیمپلکس، سوزاک و تریکومونا واژینالیس باشد و این موارد به درمان موضعی جواب نمی دهند لذا عدم بهبودی و یا تشدید علامت سرویسیت در گروه های مورد نظر ممکن است مربوط به این مسأله باشد و با توجه به این که ۴۷/۷ درصد نمونه ها در سه گروه، بعد از اتمام دوره درمان همچنان کشت قارچی مثبت داشته اند ممکن است ارتباطی بین سرویسیت و نتیجه درمان وجود داشته باشد. ولی پژوهشگر به دلیل محدودیت نمونه ها قادر به حذف این افراد نبوده است.

### تقدیر و تشکر

از آقای معالی و خانم ها کوشکی و بهرام پور جهت انجام بررسی های آزمایشگاهی و از آقای دکتر کوشکی و خانم های رشیدی، بهنامی فر، نجفی که در تمام مراحل نمونه گیری از کمک و مساعدت آنها بهره مند بودم قدردانی و تشکر می نمایم.

## Abstract

### *A Comparative Study of Vinegar Solution Bath and Soda Solution Bath in the Treatment of Candida Vaginitis in Sabzevar Clinic in 1379-80*

*Candida albicans* is the most common cause of vaginitis. About 75% of women experience candida vaginitis at least once throughout their lives. In this study , 79 women with marked candida vaginitis and positive fungal culture were assigned randomly into two groups of vinegar bath and soda bath ; a third group was considered as control group . Vaginal chlotrimazole was prescribed for the three groups as local treatment . Vagina PH variation with auxiliary treatments was the basis of treatment for this study. The results indicated that symptoms such as vaginal secretions , itching , vaginitis and candida secretions did improve after the treatment . Both groups experienced improvements in burning , dyspareunia and dysuria ; however , vulvitis and hypogastrium pain improved only with the soda bath group . But Kruskal-Wallis test indicated no improvement in the clinical symptoms of the three groups . Also, one week after the treatment , 48% of the control group , 52.4% of the vinegar solution bath group and 57.9% of the soda bath group experienced negative fungal culture ; however , it was not statistically significant ( $P>0.05$ ) . Spearman test revealed a correlation between vaginitis improvement and marital age and also between improvement in vaginal secretion and times of intercourse.

**Key Words:** *Candida Vaginitis ; Vinegar Solution Bath ; Soda Solution Bath .*

### منابع

1. Lawrence, Impey. *Obstetrics and Gynaecology*. Blackwell Science Ltd. 1999. Oxford.
- 2- برک، ا.ج. بیماری های زنان نواک؛ ترجمه قره باغی. پ و همکاران. چاپ اول. انتشارات گلباران، ۱۳۷۶.
- 3- شکوهی، ط.ولو و واژینیت کاندیدایی در مراجعیت به دمانگاه های زنان شهر ساری ۷۳-۱۳۷۲. مجله دانشکده علوم پزشکی گیلان، سال پنجم، شماره ۱۹-۱۸، ۱۳۷۵.

- ۴- اسدی، م و همکاران. بررسی شیوع کاندیدازیازیس واژن در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کاشان در سال ۱۳۷۳-۱۳۷۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی کاشان، شماره ۱، بهار ۱۳۷۶.
- ۵- ریان، ک.ج. و همکاران. بیماریهای زنان کیستنر. ترجمه امیر خانی، ژ. چاپ دوم، مرکز نشر اشاعت، ۱۳۷۲.
- ۶- بامسلاک ن. و میشلز. خود درمانی عفونت های قارچی زنان. ترجمه رحمتی، پ. چاپ اول، انتشارات ققنوس. تابستان ۱۳۷۴.
- ۷- هیأت مولفین. داروهای ژنریک ایران. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. شرکت سهامی داروپخش.
- ۸- آقاجانی، دلاور.م. اثر حمام آب و نمک غلیظ و حمام آب و سرکه رقیق در درمان واژینیت تریکومونایی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال ششم، شماره ۱۲، بهار و تابستان ۱۳۷۵.