ORIGINAL ARTICLE

Influence of Diosmin on Post hemorrhoidectomy Pain: A Single-blind Randomized Controlled Trial

Mina Alvandipoor[1],
Ali Mahdavi[2],
Banafshe Nouri[3]

[1] Assistant Professor, Department of General Surgery, Gastrointestinal Cancer Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] General Surgeon, Sari, Iran
[3] Cardiology Resident, Cardiovascular Research Center, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 29, 2017 ; Accepted August 18, 2019)

Abstract

Background and purpose: Fear of pain is one of the main reasons for refusing surgical hemorrhoidectomy among patients with hemorrhoids. This study investigated the effect of Diosmin on post-hemorrhoidectomy pain.

Materials and methods: A single-blind randomized clinical trial was performed in 92 patients undergoing hemorrhoidectomy. They were randomly divided into two groups; the intervention group (n=46) received Diosmin 500 mg daily, and the placebo group (n=46) received a tablet daily. Both groups were examined after a week. Duration of hospitalization, return to work, and time of complete recovery and pain were also examined. Data analysis was done in SPSS V18.

Results: The mean age of patients was 37.55±12.21 years. In both groups, distribution of population was completely homogeneous in terms of age (0.833), gender (1.00), degree of hemorrhoids (0.538), mucous secretion (0.514), duration of hospitalization (0.821), return to work (0.754), complete recovery (0.631), and postoperative bleeding (0.557) showing no significant relationship between the two groups (0.557). The mean pain intensity was 3.41±1.292 in intervention group and 4.65±1.370 in the placebo group which showed a significant difference between the two groups after the intervention (P=0.000).

Conclusion: Diosmin can be used as a safe drug with minimal side effects to control post-hemorrhoidectomy pain.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20180717040509N1)

Keywords: Diosmin, pain, hemorrhoidectomy

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (177): 91-98 (Persian).

* **Corresponding Author: Ali Mahdavi** - Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
(E-mail: aliyalda1359@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۷ مهر سال ۱۳۹۸ (۹۸-۹۱)

بررسی اثربخشی دیوسمین بر درد پس از هموروئیدکتومی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تک سو کور تصادفی شده

مینا الوندی پور[۱]
علی مهدوی[۲]
بنفشه نوری[۳]

چکیده

سابقه و هدف: از مهم‌ترین دلایل خودداری بیماران مبتلا به هموروئید از جراحی، ترس از درد است. در این مطالعه، تاثیر دیوسمین در درد پس از هموروئیدکتومی بررسی گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی تک سو کور است. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و پلاسبو تقسیم شدند. در گروه مداخله قرص دیوسمین (Diosmin) ۵۰۰ میلی گرم آهسته رهش یک قرص و گروه پلاسبو یک قرص دارونما روزی یک عدد تجویز شد و هر دو گروه پس از یک هفته بررسی شدند. مدت بستری در بیمارستان، مدت بازگشت به کار و مدت بهبودی کامل و درد بررسی شد. برای ارزیابی نتایج به دست آمده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها: ۴۶ بیمار در گروه مداخله و ۴۶ نفر در گروه پلاسبو حضور داشتند که میانگین سن در آنان ۱۲/۲۱±۳۷/۵۵ سال بود. در دو گروه درمانی، توزیع جمعیت از نظر سن (۰/۸۳۳)، جنس (۱/۰۰)، درجه هموروئید (۰/۵۳۸)، وجود ترشح (۰/۵۱۴)، مدت بستری (۰/۸۲۱)، مدت بازگشت به کار (۰/۷۵۴) بهبودی کامل (۰/۶۳۱) و خونریزی پس از عمل (۰/۵۵۷) کاملا همگن می‌باشند و ارتباط آماری معنادار نداشته‌اند. میانگین شدت درد پس از مداخله در گروه دیوسمین ۱/۲۹۲ ± ۳/۴۱ و در گروه پلاسبو ۱/۳۷۰ ± ۴/۶۵ بوده است که میانگین شدت درد بین گروه‌ها اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (P=۰/۰۰۰)

استنتاج: دیوسمین به عنوان داروی امن با حداقل عوارض جانبی در کنترل درد پس از هموروئیدکتومی می‌تواند استفاده شود.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۸۰۷۱۷۰۴۰۵۰۹N۱

واژه های کلیدی: دیوسمین، درد، هموروئیدکتومی

مقدمه

هموروئید یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جراحی در ناحیه آنورکتال است که به صورت درد، خونریزی و خروج توده از ناحیه مقعد خود را نشان می‌دهد(۲،۱). یکی از مهم‌ترین دلایلی که سبب می‌شود بیماران مبتلا به هموروئید از انجام جراحی خودداری کنند، ترس از درد است(۵-۳). کنترل درد در ساعات اول پس از

مولف مسئول: علی مهدوی- ساری: بیمارستان امام خمینی، گروه جراحی عمومی E-mail: aliyalda1359@gmail.com
۱. استادیار، گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات سرطان دستگاه گوارش، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. متخصص جراحی عمومی، ساری، ایران
۳. رزیدنت قلب و عروق، مرکز تحقیقات قلب و عروق، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۹/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۶/۹/۲۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۵/۲۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

جراحی، علاوه بر افزایش رضایت بیمار، منجر به کاهش احتباس ادراری و یبوست نیز خواهد شد(۵، ۶). در حال حاضر جهت کاهش درد بعد از هموروئیدکتومی از مخدرهای سیستمیک مثل پتیدین و مورفین استفاده می‌شود(۷) که علاوه بر مشکل بودن تهیه آن توسط سرویس پرستاری، باعث ایجاد عوارض سیستمیک در بدن می‌شود؛ لذا اگر از دارویی با اثرات سیستمیک کمتر استفاده گردد، میزان استقبال بیماران برای انجام جراحی افزایش می‌یابد(۹-۶). بنابراین بسیاری از بیماران قبل از مبتلا شدن به عوارض هموروئید در پی درمان بیماری بر خواهند آمد. دیوسمین بر مهار مسیرهای پاسخ التهابی و بهبود نشانه‌های حاد و مزمن هموروئید موثر می‌باشد(۱۰،۹) اما مطالعات در این خصوص بسیار اندک است. در این مطالعه به تاثیر دیوسمین بر درد پس از هموروئیدکتومی پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی یک سوکور بود که به بررسی تاثیر استفاده از دیوسمین در حین هموروئیدکتومی بر میزان عملکرد و درد بیماران مراجعه‌کننده به بخش جراحی مرکز آموزشی و درمانی رازی قایم‌شهر در سال ۱۳۹۴ پرداخت. بیمارانی که در این مطالعه وارد شدند شامل افراد بالای ۱۸ سال با هموروئید درجه سه و چهار می‌باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل مشکلات هموروئید پیچیده (دارای ترومبوز)، بیماری زمینه‌ای پری‌آنال، سابقه جراحی پری‌آنال، بیماری‌های التهابی روده، مشکلات انعقادی و همولیتیک، زنان باردار یا شیرده و عدم رضایتمندی بیمار بود.

تعداد ۹۲ نفر با احتساب میزان نیاز به داروهای ضد درد بعد از عمل هموروئیدکتومی در گروه دارو و دارونما، بر اساس منبع شماره(۶)، به ترتیب زیر می‌باشد: توان مطالعه ۹۰ درصد، سطح اطمینان ۹۵ درصد و احتمال ریزش ۱۵ درصد.

پس بعد از کسب مجوز اجرای پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران (IR.MAZUMS.REC.95.1841)، نمونه‌گیری آغاز شد. به شرکت‌کنندگان اطلاعات کتبی در مورد مطالعه داده شد تا به صورت آگاهانه وارد مطالعه شوند. این اطلاعات در ابتدای پرسشنامه آورده شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که شرکت در این پژوهش اختیاری است و رضایت کتبی از آن‌ها گرفته شد.

۴۶ بیمار در هرگروه وارد شدند. بیماران به صورت تصادفی سازی آسان (با استفاده از تکثیر فرو دموگرافی به صورت فرم A و فرم B به تعداد ۴۶ مورد) در دو گروه تخصیص داده شدند. به بیماران دارای فرم A، دیوسمین و بیماران فرم B، پلاسبو داده شد. بیماران از این‌که دارو یا پلاسبو دریافت می‌کردند، کورسازی شدند. بیماران پس از بیهوشی عمومی تحت هموروئیدکتومی به روش میلیگان مورگان قرار گرفتند. پس از جراحی و ترخیص، بیمارانی که وارد مطالعه شدند، به صورت تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند و هر دو گروه درمان حمایتی درد را دریافت کردند. بیماران گروه مداخله علاوه بر درمان‌های روتین، تحت مداوا با داروی دیوسمین ۵۰۰ میلی‌گرم (روژین دارو) آهسته رهش به صورت روزی یک قرص قرار گرفتند و بیماران گروه کنترل درمان‌های روتین حین و بعد از عمل را دریافت کردند و به جای داروی دیوسمین به آن‌ها یک قرص دارونما به صورت روزی یک عدد داده شد تا مقایسه اثر این مطالعه و تاثیر واقعی دیوسمین به بهترین نحو نشان داده شود. هیچ‌کدام از بیماران از نوع داروی مصرفی خود مطلع نبودند و هر دو گروه پس از یک هفته بعد از عمل هموروئیدکتومی تحت پیگیری وضعیت درمانی قرار گرفتند.

عوارض دیوسمین شامل سردرد، درد کرامپی شکم و اسهال می باشد. بهبودی کامل زخم شامل اپیتلیزاسیون زخم بوده که در بیماران طی ویزیت‌های بعدی بررسی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

شـد. اطلاعـات دموگرافیـک بیمـار، سـابقه پزشـکی، هماتولوژیکی و بیوشیمیایی (شمارش سلول‌های خـونی، قند خون، PT، تست‌های عملکرد کلیه و کبد)، جزئیات عمل جراحی، مدت بستری در بیمارستان، دوره بازگشـت به‌کار به معنای توانایی انجام فعالیت‌های شغلی و نشانه‌ها و یا شکایت‌های بعد از عمل بـه صـورت آینـده‌نگـر در طی ویزیت هفته بعد از عمل جراحـی کـه از بیمـاران در مطب به عمل آمد، جمع‌آوری شد.

جهـت آنـالیز داده‌هـای مطالعـه از نـرم‌افـزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. جهت ارزیابی نرمـالیتی متغیرهـای کمی از آزمون کولموگروف اسـمیرنوف اسـتفاده شـد. در صورت نرمال بودن، جهـت مقایسـه بـین گروهـی از آزمون t مسـتقل اسـتفاده شـد و در مـواردی کـه فـرض نرمال بودن تایید نشد، از آزمون ناپارامتری یو من ویتنی استفاده گردید. همچنین جهت بررسـی همگنـی سـطوح متغیرهای کیفی در دو گروه از آزمون های دقیق فیشر و کااسکوار استفاده گردید.

یافته ها

بـر اسـاس یافتـه‌هـای تحقیـق در جـدول شـماره ۱، ملاحظـه شـد گـروه‌هـا از نظـر توزیـع جنسـیتی مشـابه بـوده انـد، بـه طـوری کـه در هـر دو گـروه دارو و دارونما، ۶۹/۶ درصد بیماران زن و ۲۹/۴ درصد بیمـاران مرد بودند.

نتـایج نشـان داد دو گـروه تنهـا در صـفات انـدازه گیری شده وجود خونریزی و شدت درد از نظـر توزیـع فراوانی با هم اختلاف معنی داری داشته اند ($p<۰/۰۵$) و در سایر صفات اختلافی دیده نشد.

بررسـی نتـایج نشـان داد دو گـروه از نظـر میـانگین سنی، مـدت بسـتری، مـدت بازگشـت بـه کـار و مـدت بهبودی کامل با هم اخـتلاف نداشـته انـد بلکـه فقـط در میـانگین شـدت درد در دو گـروه اخـتلاف معنـی‌داری مشاهده شد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: مقایسه صفات دسته بندی شده انـدازه گیـری شـده در گروه دارو و دارونما

	گروه دارو N=46 تعداد (درصد)	گروه دارونما N=46 تعداد (درصد)	مقدار احتمال
جنسیت[1]			
زن	۳۲ (۶۹/۶)	۳۲ (۶۹/۶)	۱/۰۰۰
مرد	۱۴ (۳۰/۴)	۱۴ (۳۰/۴)	
درجه هموروئید[1]			
درجه ۲	۶ (۱۳/۰)	۹ (۱۹/۹)	
درجه ۳	۲۹ (۶۳/۰)	۲۴ (۵۲/۲)	۰/۵۳۸
درجه ۴	۱۱ (۲۳/۹)	۱۳ (۲۸/۳)	
مدت بستری [1]			
یک روز	۳۳ (۷۱/۷)	۳۲ (۶۹/۶)	۰/۸۱۹
دو روز	۱۳ (۲۸/۳)	۱۴ (۳۰/۴)	
مدت بازگشت به کار[2]			
کمتر ای یک هفته	۱ (۲/۲)	۳ (۶/۵)	
۹-۷ روز	۲۶ (۵۶/۵)	۱۹ (۴۱/۳)	
۱۲-۱۰ روز	۱۲ (۲۶/۱)	۱۵ (۳۲/۶)	۰/۴۹۳
۱۵-۱۳ روز	۷ (۱۵/۲)	۸ (۱۷/۴)	
بیشتر از ۱۵ روز	۰ (۰/۰)	۱ (۲/۲)	
مدت بهبودی کامل [2]			
کمتر از یک هفته	۰ (۰/۰)	۱(۲/۰۲	
۹-۷ روز	۱۷ (۳۷/۰)	۱۵ (۳۲/۶)	
۱۲-۱۰ روز	۱۵ (۳۲/۶)	۱۴ (۳۰/۴)	۰/۴۲۶
۱۵-۱۳ روز	۱۱ (۲۳/۹)	۸ (۱۷/۴)	
بیشتر از ۱۵ روز	۳ (۶/۵)	۸ (۱۷/۴)	
وجود ترشح [1]			
ندارد	۱۸ (۳۹/۱)	۱۵ (۳۲/۶)	۰/۵۱۴
دارد	۲۸ (۶۰/۹)	۳۱ (۶۷/۴)	
وجود خونریزی [1]			
ندارد	۳۵ (۷۶/۱)	۱۸ (۳۹/۱)	۰/۰۰۰
دارد	۱۱ (۲۳/۹)	۲۸ (۶۰/۹)	
شدت درد[2]			
۱	۲ (۴/۳)	۰ (۰/۰)	
۲	۱۱ (۲۳/۹)	۶ (۱۳/۰)	
۳	۱۲ (۲۶/۱)	۱ (۲/۲)	
۴	۱۰ (۲۱/۷)	۱۲ (۲۶/۱)	۰/۰۰۰
۵	۹ (۱۹/۶)	۱۳ (۲۸/۳)	
۶	۲ (۴/۳)	۱۲ (۲۶/۱)	
۷	۰ (۰/۰)	۲ (۴/۳)	

۱: گزارش مقدار احتمال بر مبنای آزمون کااسکوار است،

۲: گزارش مقدار احتمال بر مبنی آزمون دقیق فیشر است (درصد)

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین شاخص های اندازه گیری شـده در گروه دارو و دارونما

	گروه دارو N=46 انحراف معیار ± میانگین	گروه دارونما N=46 انحراف معیار ± میانگین	مقدار احتمال
سن ۱	۳۷/۲ ± ۱۱/۶	۳۷/۷ ± ۱۱/۱	۰/۸۳۳
مدت بستری ۲	۱/۲۸ ± ۰/۴۵۵	۱/۳۰ ± ۰/۴۶۵	۰/۸۲۰
مدت بازگشت به کار۲	۹/۵۰ ± ۱/۴۷۴	۹/۸۵ ± ۳/۱۴۱	۰/۷۵۶
مدت بهبودی کامل ۲	۱۱/۲۶ ± ۳/۳۶۹	۱۲/۱۱ ± ۴/۴۲۸	۰/۶۳۱
شدت درد۲	۳/۴۱ ± ۱/۲۹	۴/۶۵ ± ۱/۳۷۰	۰/۰۰۰

۱: مقدار احتمال بر مبنی آزمون t دو گروه مستقل است،

۲: گزارش مقدار احتمال بر مبنی آزمون یو من ویتنی است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

بحث

نتایج نشان داد گروه‌ها قبل از مداخله از نظر جنسیت، درجه همورویید و سن با هم اختلافی نداشته‌اند (P>۰/۰۵). همچنین از نظر مدت بستری، مدت بازگشت به کار و مدت بهبود و وجود ترشح نیز بین دو گروه دارو و دارونما اختلاف معنی داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). وجود خونریزی در گروه دارو به‌طور معنی‌داری کم‌تر از گروه دارونما بود (P<۰/۰۰۱) و همچنین میانگین شدت درد در گروه دارو نیز به طور معنی‌داری کم‌تر از گروه دارونما بوده است (P<۰/۰۰۱). درد یکی از مهم‌ترین عوارض زودرس و مشکل ساز پس از جراحی هموروئیدکتومی می‌باشد که بسیار آزاردهنده است، به نحوی که عده‌ای آن را به عنوان عارضه عمل جراحی در نظر نمی‌گیرند، بلکه آن را یک پیامد قابل پیش‌بینی این عمل بر می‌شمارند. یکی از مهم‌ترین عللی که سبب می شود بیماران مبتلا به هموروئید از انجام عمل جراحی هموروئیدکتومی خودداری کنند، ترس از درد زیاد پس از عمل است. همچنین تسکین نامناسب درد پس از عمل از علل اصلی طولانی شدن مدت بستری بیمار در بیمارستان و تاخیر در به راه افتادن بیمار به دنبال هموروئیدکتومی است. کنترل درد به خصوص در ۲۴ ساعت اول پس از انجام عمل علاوه بر افزایش رضایت بیماران منجر به کاهش شیوع عوارضی مانند احتباس ادراری و یبوست نیز خواهد شد(۱۲،۱۱). امروزه روش‌های درمانی جدیدتر بدون درد یا با درد کم‌تر مورد توجه پزشکان و بیماران می‌باشد و اکثر بیماران مبتلا به هموروئید در جستجوی این روش‌ها می‌باشد. تاکنون تحقیقات زیادی در مورد کاهش درد پس از عمل هموروئیدکتومی انجام شده است که شامل تزریق داخل اسفکنتری کتورولاک(۱۳)، تزریق داخل جلدی فنتانیل(۱۴)، تزریق داخل جلدی مورفین از طریق پمپ(۱۵)، تزریق مورفین به صورت اپی‌دورال بعد از عمل(۱۶)، استفاده از مورفین اکسترادورال به صورت لومباروکودال(۱۷)، تزریق بی‌حس‌کننده‌ها به طور موضعی(۱۸،۷)، تزریق و یا مصرف خوراکی دکسترومتورفان(۲۰،۱۹)، استفاده از مترونیدازول خوراکی(۲۱)، انجام عمل همزمان اسفکتروتومی داخلی(۱۴)، استفاده از باند نیترودرم(۲۲)، استفاده از پماد موضعی نیتروگلیسرین پس از عمل(۲۲)، بلوک حفره پری‌آنال خلفی(۲۳) و استفاده از اثرات تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست(۲۴) می‌باشد. تعدد تحقیقات و روش‌های انجام شده بیانگر عدم وجود روش مشخص و مطمئن در کاهش درد پس از انجام عمل و نشان‌دهنده این موضوع است که هنوز تسکین درد بیماران پس از انجام هموروئیدکتومی در مراحل اولیه پس از عمل و نیز در مراحل بازتوانی بیمار به عنوان یک مشکل باقی مانده است. در حال حاضر روش متداول کنترل درد در این بیماران استفاده از داروهای مخدر سیستمیک می‌باشد که دارای عوارض مهمی از جمله دپرسیون تنفسی، سردرد، تهوع و استفراغ است(۲۵). به طور کلی جهت کاهش درد پس از هموروئیدکتومی باید از روشی اسفاده کرد که کم‌ترین عارضه را داشته باشد. سایر روش‌های تسکین درد مانند بی‌حسی اسپاینال، اپی دورال و کودال اگر چه با کاهش درد در مراحل اولیه پس از عمل همراه هستند، ولی میزان عوارض مانند احتباس ادراری در آن‌ها بیش‌تر است(۸،۲). روش کودال به میزان ۱۰- ۵ درصد احتمال عدم موفقیت دارد و از عوارض آن ضعف در اندام تحتانی و حتی عدم توانایی درحرکت گاهی تا ۱۱ ساعت بعد از بی‌حسی کودال ذکر شده(۸) که در مواردی که بیمار قرار است در همان روز بعد از عمل جراحی مرخص شود، قابل قبول نیست. همچنین در برخی مطالعات، احتمال عفونت بعد از انجام بی‌حسی کودال یا اسپاینال ذکر شده است. تزریق زیرجلدی مورفین از طریق پمپ، تزریق اپیدورال مورفین و تزریق داخل جلدی فنتانیل با ریسک بالاتر احتباس ادراری همراه است(۲). به علاوه تزریق زیرجلدی فنتانیل ممکن است سبب دپرسیون تنفسی نیز شود(۵). در حالی که در مطالعه ما مشخص شد که مصرف دیوسمین خوراکی علاوه بر این‌که منجر به تسکین درد بیمار بعد از عمل و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

کاهش مصرف داروهای مسکن تزریقی می‌شود، با عوارض ذکر شده نیز همراه نمی‌باشد.

در مطالعه Meshikhes، Daflon باعث بهبود درد، خونریزی و کاهش ترشحات موکوسی شد. همچنین از نظر آماری، بهبود قابل توجهی در ظاهر ضایعه در پروکتوسکوپی مشاهده شد(۲۶).

در مطالعه Diana و همکاران، درد و خونریزی بیماران کاهش یافت که در هفته اول درد و خونریزی ۷۹ درصد و ۶۷ درصد تخفیف یافت. در هفته دوم میزان درد ۹۷ درصد و میزان خونریزی ۸۶ درصد نسبت به پایه کاهش داشت. همچنین میزان تحمل دارو در بیماران بسیار عالی بود(۲۷).

در مطالعه Cospite، میزان درد، خونریزی، Discomfort و ترشحات آنال در هر دو گروه کاهش یافت اما در گروه دافلون این تغییرات معنی‌دار بود. التهاب، احتقان، ادم و پرولاپس در گروه درمانی دافلون به میزان قابل توجهی کاهش یافت. با استفاده از خود ارزیابی‌هایی که بیمار از خود انجام می‌داد، طول مدت و شدت اپیزودهای حمله هموروئید در مصرف‌کننده‌های دافلون کاهش داشت. میزان استفاده از مسکن‌ها و داروهای موضعی در بیماران تحت درمان با دافلون کاهش قابل‌توجهی داشت. عارضه جانبی عمده‌ای در هیچ‌یک از بیماران مشاهده نشد(۲۸).

در مطالعه Thanapongsathorn و Vajrabukka، اثربخشی دافلون در روز چهارم به‌طور چشمگیری در وضعیت بهبودی بیماران اثر داشت، به طوری‌که تورم و احتقان کاهش یافت. میزان بهبودی در روز چهارم و چهاردهم تفاوتی نداشت. در واقع دیوسمین بیشترین تأثیر خود را در چند روز نخست درمان دارد(۸).

در مطالعه Sakr و همکاران، دافلون باعث تخفیف شدت کلیه علائم و کاهش زمان خونریزی و تنسموس پس از جراحی شد. به‌طوری‌که یک هفته پس از درمان علائم به‌طور کامل برطرف شدند که در مطالعات دیگر نیز یافته‌های مشابه به دست آمد(۳۰،۲۹). در مطالعه گذشته‌نگر HO و همکاران، MPFF باعث کاهش خونریزی پس از هموروئیدکتومی شد(۳۱).

در پایان می توان نتیجه گیری کرد که این مطالعه پیشنهاد می‌کند یکی از روش‌ها با کم‌ترین عوارض جهت تسکین درد بعد از عمل جراحی هموروئیدکتومی و افزایش رضایت بیمار و کاهش دوز مصرف مسکن تزریقی، مصرف دیوسمین خوراکی بعد از انجام عمل جراحی می‌تواند باشد.

References

1. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. Gastroenterology 2013; 144(1): 218-238.
2. Hollingshead JR, Phillips RK. Haemorrhoids: modern diagnosis and treatment. Postgrad Med J 2016; 92(1083): 4-8.
3. Ruiz-Castro M, San Jose Santos M, Rodriguez-Miguel A, de Abajo Iglesias FJ. Intraspinal administration of morphine hydrochloride combined with low doses of bupivacaine in hemorrhoidectomy: a clinical randomised trial. Minerva Anestesiol 2017; 83(9): 930-938.
4. Emile SH, Youssef M, Elfeki H, Thabet W, El-Hamed TMA, Farid M. Literature review of the role of lateral internal sphincterotomy (LIS) when combined with excisional hemorrhoidectomy. Int J Colorectal Dis 2016; 31(7): 1261-1272.
5. Emile SH, Youssef M, Elfeki H, Thabet W, El-Hamed TM, Farid M. Literature review of the role of lateral internal sphincterotomy (LIS) when combined with excisional hemorrhoidectomy. Int J Colorectal Dis 2016; 31(7): 1261-1272.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

6. Sakr MF. Assessment of Daflon 500 mg in ameliorating symptoms after ligasure hemorrhoidectomy for prolapsed hemorrhoids: A controlled randomized study. Global J Surg 2011; 2(1): 37-45.
7. Chester JF, Stanford BJ, Gazet JC. Analgesic benefit of locally injected bupivacaine after hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1990; 33(6): 487-489.
8. Thanapongsathorn W, Vajrabukka T. Clinical trial of oral diosmin (Daflon) in the treatment of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1992; 35(11): 1085-1088.
9. Thanapongsathorn W, Vajrabukka T. Clinical trial of oral diosmin (Daflon) in the treatment of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1992; 35(11): 1085-1088.
10. Milligan E, Morgan CN, Jones L, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. Lancet 1937; 230(5959): 1119-1124.
11. Petros JG, Bradley TM .Factors influencing postoperative urinary retention in patients undergoing surgery for benign anorectal disease. Am J Surg 1990; 159(4): 374-376.
12. O'donovan S, Ferrara A, Larach S, Williamson P. Intraoperative use of Toradol facilitates outpatient hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1994; 37(8): 793-799.
13. Kilbride M, Morse M, Senagore A. Transdermal fentanyl improves management of postoperative hemorrhoidectomy pain. Dis Colon Rectum 1994; 37(11): 1070-1072.
14. Goldstein ET, Williamson PR, Larach SW. Subcutaneous morphine pump for postoperative hemorrhoidectomy pain management. Dis Colon Rectum 1993; 36(5): 439-446.
15. Kuo R-J. Epidural morphine for post-hemorrhoidectomy analgesia. Dis Colon Rectum 1984; 27(8): 529-530.
16. Chen KP, Chan HC, Chen FS, Wong CH, Chuah EC, Tan PP. Lumbar extradural morphine and caudal extradural morphine for postoperative analgesia and their adverse effects. Ma Zui Xue Za Zhi 1993; 31(1): 25-30-31.
17. Marsh GD, Huddy SP, Rutter KP. Bupivacaine infiltration after haemorrhoidectomy. J R Coll Surg Edinb 1993; 38(1): 41-42.
18. Liu ST, Wu CT, Yeh CC, Ho ST, Wong CS, Jao SW, et al. Premedication with dextromethorphan provides posthemorrhoidectomy pain relief. Dis Colon Rectum 2000; 43(4): 507-510.
19. Chang FL, Wu CT, Yeh CC, Lin TC, Ho ST, Wong CS. Postoperative intramuscular dextromethorphan injection provides postoperative pain relief and decreases opioid requirement after hemorrhoidectomy. Acta Anaesthesiol Sin 1999; 37: 179-184.
20. Balfour L, Stojkovic SG, Botterill ID, Burke DA, Finan PJ, Sagar PM. A randomized, double-blind trial of the effect of metronidazole on pain after closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 2002; 45(9): 1186-1190.
21. Coskun A, Duzgun SA, Uzunkoy A, Bozer M, Aslan O, Canbeyli B. Nitroderm TTS band application for pain after hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 2001; 44(5): 680-685.
22. Wasvary HJ, Hain J, Mosed-Vogel M, Bendick P, Barkel DC, Klein SN. Randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of effect of nitroglycerin ointment on pain after hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 2001; 44(8): 1069-1073.
23. Chiu JH, Chen WS, Chen CH, Jiang JK, Tang GJ, Lui WY, et al. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief on patients undergoing hemorrhoidectomy: prospective, randomized,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

controlled trial. Dis Colon Rectum 1999; 42(2): 180-185.

24. Walder B, Schafer M, Henzi I, Tramer M. Efficacy and safety of patient controlled opioid analgesia for acute postoperative pain. A quantitative systematic review. Acta Anaesthesiol Scand 2001; 45(7): 795-804.
25. Meshikhes AN. Efficacy of Daflon in the treatment of hemorrhoids. Saudi Med J 2002; 23(12): 1496-1498.
26. Diana G, Catanzaro M, Ferrara A, Ferrari P. Activity of purified diosmin in the treatment of hemorrhoids. Clin Ter 2000; 151(5): 341-344.
27. Cospite M. Double-blind, placebo-controlled evaluation of clinical activity and safety of Daflon 500 mg in the treatment of acute hemorrhoids. Angiology 1994; 45(6 Pt 2): 566-573.
28. Misra MC, Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. Br J Surg 2000; 87(7): 868-872.
29. Johanson JF. Evidence-based approach to the treatment of hemorrhoidal disease. Evid-Based Gasteronterology 2002; 3(1): 26-31.
30. Ho YH, Foo C, Seow Choen F, Goh H. Prospective randomized controlled trial of a micronized flavonidic fraction to reduce bleeding after haemorrhoidectomy. Br J Surg 1995; 82(8): 1034-1035.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]