

## مقایسه تأثیر طب فشاری و پیریدوکسین بر شدت تهوع و استفراغ بارداری در زنان نخست‌زا

تهمینه صالحیان\*، میترا تدین\*\*، معصومه دل آرام\*\*\*، زهرا عباس پور\*\*

\*کارشناس ارشد مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (مؤلف مسئول). \*\* مربی گروه مامایی - دانشگاه علوم پزشکی اهواز.

\*\*\*مربی گروه مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۸۴/۱/۳۰ - تاریخ تأیید: ۸۴/۹/۶

### چکیده:

زمینه و هدف: اختلالات دستگاه گوارش به ویژه تهوع و استفراغ، شایع‌ترین شکایات دوران بارداری می‌باشند. بررسی‌های انجام شده نشان داده که در مراقبت‌های بارداری تقریباً ۲۰ درصد زنان باردار به علت شدت این مشکلات در جستجوی خدمات پزشکی هستند. هدف از این پژوهش مقایسه اثر دو روش درمانی طب فشاری و پیریدوکسین (ویتامین B6) بر روی شدت تهوع و استفراغ خانم‌های باردار نخست‌زا می‌باشد. روش بررسی: در یک کارآزمایی بالینی، پژوهشگر با حضور در مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان اهواز از میان زنان نخست‌حامله‌ای که در زمان انجام پژوهش جهت دریافت خدمات دوران بارداری به مراکز مربوطه مراجعه کرده و دارای تهوع و استفراغ بودند، تعداد ۱۰۰ نفر بصورت مبتنی بر هدف انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه ۵۰ نفره قرار گرفتند. جهت درمان تهوع و استفراغ گروه اول تحت تأثیر طب فشاری با استفاده از نواری بنام سی بانده قرار گرفت و گروه دوم روزانه ۴۰ میلی‌گرم ویتامین B6 دریافت کردند و درمان به مدت ۴ روز برای هر دو گروه انجام شد. برای هر کدام از نمونه‌ها پرسشنامه‌ای تکمیل و به کلیه افراد برگه‌هایی جهت ثبت وضعیت روزانه برای مدت ۴ روز داده شد و داده‌های بدست آمده با استفاده از آزمون آماری کای دو، تی تست، من ویتنی و ویل کاکسون تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که استفاده از ویتامین B6 و سی بانده باعث کاهش شدت تهوع و دفعات استفراغ می‌شود ( $p < 0/001$ ). همچنین طب فشاری در مقایسه با B6 در کاهش دفعات استفراغ مؤثرتر بود ( $p < 0/05$ ). از نظر شدت تهوع بین دو گروه بعد از درمان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. نتیجه‌گیری: طب فشاری نسبت به ویتامین B6 تأثیر بیشتری بر بهبودی استفراغ بارداری دارد. با توجه به استفاده آسان، قیمت پائین، راحت بودن و در دسترس بودن سی بانده استفاده از آن برای کاهش استفراغ‌های دوران بارداری توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: استفراغ، بارداری، پیریدوکسین، تهوع، طب فشاری.

### مقدمه:

گونه‌ای با این مسائل برخورد نمود و آنها را درمان کرد که راههای درمانی ارائه شده کمترین عارضه را برای مادر و جنین داشته باشند. اختلالات دستگاه گوارش

بسیاری از زنان در دوران بارداری با مشکلاتی روبرو می‌شوند که اگر چه جزئی ولی منشأ ناراحتی‌هایی برای خانم باردار می‌باشند. لذا باید به

می توان با حمایت روانی و ایجاد تغییراتی در رژیم غذایی کاهش داد (۳). در صورتی که این روش ها مؤثر نباشد استفاده از دارو مد نظر قرار می گیرد که از میان این داروها می توان به فنوتیازین ها، آنتی هیستامین ها، و متوکلوپرامید اشاره کرد (۹).

به دلیل عوارض داروهای مصنوعی امروزه استفاده از درمان های جایگزینی مورد توجه قرار گرفته است این درمان ها دامنه ای از ویتامین درمانی (پیریدوکسین)، گیاه درمسانی، طب سوزنی و فشاری را در بر می گیرد (۱۰). سازمان بهداشت جهانی استفاده از طب سوزنی را برای پاره ای از بیماری ها مجاز اعلام نموده است (۱۱). طب فشاری یکی از شاخه های طب سوزنی است با این تفاوت که در آن نیاز به استفاده از سوزن جهت تحریک نقاط نمی باشد (۱۲).

پرکاربردترین نقطه برای درمان تهوع و استفراغ در طب سنتی چین نقطه پی شش (نیگان) می باشد (۱۳). جهت تحریک این نقطه از وسیله ای به نام سی باند (Sea band) استفاده می شود. این وسیله نوعی باند الاستیکی است که دارای یک تکه در سطح داخلی بوده و با قرار دادن تکه بر روی نقطه نیگان فشار ثابتی به این نقطه وارد می شود (۵). در هنگام شستشو و حمام کردن می توان باند را خارج نمود. چند ساعت خروج باند تأثیری بر روند درمان ندارد (۱۱). برخی از تحقیقات استفاده از طب فشاری را در درمان تهوع و استفراغ بارداری مؤثر می دانند (۱۴) و برخی دیگر نه (۱۵).

یکی دیگر از درمان های تهوع و استفراغ بارداری استفاده از ویتامین B6 می باشد. در دوران بارداری میزان دفع متابولیت های B6 افزایش یافته و نیاز به آن جهت سنتز اسیدهای آمینه ضروری در رشد افزایش می یابند. کمبود این ویتامین می تواند بر وضعیت فیزیولوژیک زن باردار و ایجاد حالاتی مانند

شایع ترین شکایات دوران بارداری می باشند به طوری که در بررسی انجام شده در مراقبت های بارداری تقریباً ۲۰ درصد زنان باردار به علت شدت این مشکلات در جستجوی خدمات پزشکی هستند (۱) در این میان تهوع و استفراغ شایع ترین اختلال می باشد (۲). این اختلال توسط ۸۵ درصد زنان باردار تجربه می شود ولی شدت آن در افراد مختلف متفاوت است (۳). این مشکل حدود هفته ۴ بارداری آغاز می شود و اغلب تا هفته ۱۲ باقی می ماند و در تعداد کمی ممکن است تا هفته ۱۶ ادامه یابد (۲).

تهوع و استفراغ بارداری را عموماً بیماری صبحگاهی می گویند ولی می تواند در هر زمانی از شبانه روز رخ دهد (۴). علت آن به خوبی مشخص نیست اگر چه بعضی تغییرات هورمونی ناشی از بارداری، افزایش محتویات معده و علل روانی را در این زمینه دخیل می دانند (۵). باقی ماندن تهوع و استفراغ پس از ۳ ماهه اول ممکن است علائمی از مشکلات روانی، مول هیداتی فرم و یا استفراغ بدخیم بارداری باشد (۵).

در استفراغ بدخیم بارداری، استفراغ به حدی شدید است که منجر به عدم تعادل الکترولیت، متابولیک و تغذیه می گردد (۶). در موارد شدید با یرقان، تب، خونریزی دستگاه گوارش، پارگی مری و عوارض جینی مانند ناهنجاری های دستگاه عصبی - مرکزی، در رفتگی مادر زادی مفصل ران، تأخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین همراه می باشد (۷). تهوع به تنهایی و یا همراه با استفراغ می تواند اثرات عمیقی بر عملکرد خانوادگی، اجتماعی، شغلی زن باردار داشته باشد (۸).

متأسفانه درمان بیماری صبحگاهی به ندرت آنقدر موفقیت آمیز است که مادر تسکین کاملی را احساس نماید ولی این احساس ناخوشایند را اغلب

تهوع و استفراغ تأثیر گذارد (۱۶).

با توجه به اینکه مطالعات بسیاری مؤثر بودن ویتامین B6 را در درمان تهوع و استفراغ تأیید کرده اند و از طرفی تمایل روز افزونی که به استفاده از طب فشاری در درمان انواع بیماری ها از جمله تهوع و استفراغ بارداری در سراسر جهان وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر این دو روش درمانی با هم انجام گردید تا چنانچه طب فشاری اثر مشابهی یا بهتری نسبت به ویتامین B6 داشته باشد آن را به عنوان روش جایگزینی در کنترل تهوع و استفراغ به کار برد.

### روش بررسی:

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی بود که در فاصله زمانی فروردین الی مرداد ۸۲ بر روی ۱۰۰ نفر از زنانی که حاملگی اول خود را تجربه می کردند و دچار تهوع و استفراغ بودند انجام شد. شرایط ورود به مطالعه داشتن جنین تک قلو، سن بارداری ۱۶-۱۰ هفته بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی (Last Menstrual Period =LMP) و یا سونوگرافی، داشتن سواد خواندن و نوشتن و نداشتن بیماری های گوارشی و سایر بیماری های داخلی جراحی بود.

افرادی که دارای تهوع و استفراغ شدید بارداری بودند و به همین دلیل تحت درمان بودند به مطالعه وارد نشدند. نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شده و افراد به طور تصادفی در دو گروه ۵۰ نفره طب فشاری و ویتامین B6 قرار داده شدند. جهت جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه، حاوی مشخصات فردی و وضعیت روزانه تهوع و استفراغ افراد که بر اساس برگ ثبت وضعیت روزانه تکمیل می گردید، استفاده شد. روایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوی و پایائی آن از روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی یک مورد تأیید قرار گرفت. در ابتدای کار برگه ای جهت

ثبت وضعیت تهوع و استفراغ روزانه در اختیار نمونه ها قرار گرفت و به آنان چگونگی ثبت شدت تهوع بر مبنای مقیاس سنجش دیداری و تعداد دفعات استفراغ در طی روز آموزش داده شد. در این برگه ها نمودارهایی به شکل خط عمودی ۱۰ سانتی متری جهت سنجش شدت تهوع موجود بود (۱۴). ارزیابی شدت استفراغ نیز، بر اساس مقیاس انکولوژی خاور انجام شد. به این صورت که وقوع ۱-۲ بار استفراغ در روز به عنوان حالت خفیف، ۳-۵ بار به عنوان حالت متوسط و بیش از ۵ بار به عنوان حالت شدید در نظر گرفته شد (۱۴). افراد هر دو گروه صبح روز دوم ویزیت شدند و در یک گروه باندهای لاستیکی (Sea-Band) بر روی نقطه نیگان در مچ دست بسته شد. این وضعیت به مدت ۴ روز ادامه داشت. البته در هنگام شستشو و حمام کردن خارج می گردید. به افراد گروه دیگر نیز یک پاکت حاوی ۴ عدد قرص ۴۰ میلی گرمی ویتامین B6 داده شد (۱۷). از آنجائی که مدت ۲۴-۸ ساعت وقت لازم است تا طب فشاری اثر بهینه و طولانی مدت خود را ظاهر سازد (۱۸)، جهت یکسان بودن شرایط دو گروه، مدت زمان ۲۴ ساعت برای هر دو گروه در نظر گرفته شد و از مادران در خواست گردید که روز پنجم جهت تحویل برگه های ثبت وضعیت روزانه مراجعه نمایند. جهت پیگیری مداوم و تشویق افراد ارتباط تلفنی پژوهشگر با واحدهای پژوهش حفظ شد. اطلاعات روز دوم به علت اینکه ۲۴ ساعت وقت لازم بود تا طب فشاری اثرات بهینه خود را ظاهر نماید، در تجزیه و تحلیل آماری دخالت داده نشد. جهت مقایسه ویژگی های دموگرافیک دو گروه از آزمون کای دو، تی تست و جهت مقایسه شدت تهوع و دفعات استفراغ در دو گروه قبل و بعد از درمان از آزمون من ویتنی و ویل کاکسون استفاده شد.

**یافته ها:**

متغیرهای مداخله گری همچون سن، شغل، تحصیلات، شاخص های توده بدنی، در آمد ماهیانه، تمایل به بارداری و سن بارداری تحت بررسی قرار گرفته و با انجام آزمون تی و کای دو اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. میانگین شدت تهوع قبل و بعد از درمان با طب فشاری به ترتیب  $5/8 \pm 2/06$  و  $3/85 \pm 1/58$  همینطور قبل و بعد از درمان با ویتامین B6 به ترتیب  $5/68 \pm 2/04$  و  $3/7 \pm 1/37$  بود. آزمون ویلکاکسون اختلاف معنی داری در شدت تهوع قبل و بعد از درمان در دو گروه نشان داد ( $p < 0/001$ ). شدت تهوع بین دو گروه بعد از درمان اختلاف معنی داری را نشان نداد. این بدان معناست که ویتامین B6 و طب فشاری در کاهش شدت تهوع به یک اندازه مؤثر بوده اند.

همچنین میانگین دفعات استفراغ قبل و بعد از درمان با طب فشاری به ترتیب  $1/48 \pm 0/50$  و  $0/7 \pm 0/42$  و قبل و بعد از درمان با ویتامین B6 به ترتیب  $1/54 \pm 0/5$  و  $0/86 \pm 0/38$  بود. آزمون ویلکاکسون اختلاف معنی داری در دفعات استفراغ قبل و بعد از درمان در دو گروه نشان داد ( $p < 0/001$ ). و همچنین آزمون من ویتنی تفاوت معنی داری در دفعات استفراغ بعد از درمان در دو گروه نشان داد ( $p < 0/05$ ). این بدان معناست که طب فشاری در مقایسه با ویتامین B6 در کاهش دفعات استفراغ مؤثرتر بوده است.

**بحث:**

نتایج این مطالعه نشان داد که شدت تهوع قبل و بعد از درمان با طب فشاری تفاوت معنی داری دارد. بدین معنا که طب فشاری در کاهش شدت تهوع مؤثر بوده است. در این زمینه Steele و همکاران و Werntoft و همکاران که از سی بانده جهت تحریک نقطه نیگان در درمان تهوع و استفراغ استفاده کرده بودند، گزارش

کردند که بین گروه درمان و گروه کنترل از نظر شدت تهوع تفاوت معنی داری وجود دارد (۱۹،۱۸). Hsue و همکاران نتیجه گرفته اند که طب فشاری تأثیری بر روی شدت تهوع و استفراغ بارداری ندارد (۱۵) شاید علت این تفاوت مربوط به کوتاه بودن زمان مطالعه Hsue و همکاران باشد. زیرا در پژوهش آنها تأثیر طب فشاری ۳۰ و ۶۰ دقیقه بعد از اعمال فشار سنجیده شده است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Norheim نیز همراستا می باشد (۱۴). تحریک نقطه نیگان ممکن است سبب آزاد شدن یک ماده نوروشیمیایی گردد که این ماده مرکز استفراغ در مغز را غیر حساس می کند (۹). نتایج پژوهش همچنین نشان داد که تفاوت معنی داری در شدت تهوع قبل و بعد از درمان با ویتامین B6 وجود دارد. یعنی ویتامین B6 باعث کاهش شدت تهوع گردیده است. نتایج پژوهش حاضر از نظر کاهش شدت تهوع با یافته های Vuttyavanich، Sahakian و همکاران همراستا می باشد (۱۶،۱۷).

نتایج پژوهش ما حاکی از آن است که درمان با طب فشاری و ویتامین B6 در کاهش شدت تهوع، تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته اند. به عبارت دیگر اثر دو روش درمانی مشابه بوده است. میانگین دفعات استفراغ در گروه طب فشاری قبل و بعد از درمان تفاوت معنی داری داشته است. یعنی طب فشاری توانسته است میانگین دفعات استفراغ را کاهش دهد. نتایج پژوهش Cunningham، Steele و Norheim و همکاران نیز با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. مدت و زمان تحریک و فشار بر روی نقطه نیگان در اکثر مطالعات انجام شده مشابه پژوهش فعلی بوده است (۳،۱۴،۱۸). میانگین دفعات استفراغ قبل و بعد از درمان با ویتامین B6 نیز تفاوت معنی داری داشته است. بدین معنا که ویتامین B6 نیز در کاهش دفعات استفراغ مؤثر بوده است. نتایج

با توجه به اینکه برای درمان تهوع و استفراغ بارداری هر ساله مبالغ هنگفتی (شامل: منابع مالی، اتلاف وقت، هزینه ویزیت پزشکان و مراقبت های مامایی و غیره) مصرف می شود. لذا پیشنهاد می گردد کاربرد طب فشاری در نقطه نیگان جهت درمان تهوع و استفراغ بارداری را به طور وسیع در کلاس های باز آموزی کلیه ماماها و پزشکان آموزش دهند، تا بدین وسیله مراقبت های لازم را به مدد جویان ارائه دهند. همچنین در تدوین مقررات و قوانین آموزشی طب سنتی اقدامی شایسته مبذول فرمایند.

در پایان به مسئولین مراکز بهداشتی - درمانی آموزشی قبل از ازدواج پیشنهاد می گردد مبحثی به این موضوع و نیز روش درمانی طب فشاری در نقطه نیگان اختصاص داده شود.

### نتیجه گیری:

طب فشاری نسبت به ویتامین B6 تأثیر بیشتری بر بهبودی استفراغ بارداری دارد و با توجه به راحتی، قیمت پائین و در دسترس بودن سی باند استفاده از آن برای کاهش استفراغ های دوران بارداری توصیه می شود.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از زحمات و همکاری اساتید ارجمند دانشگاه علوم پزشکی اهواز، معاونت پژوهشی و پرسنل محترم دفتر مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تشکر و قدردانی می شود.

این پژوهش با نتایج Sahakian همخوانی داشته زیرا آنها در پژوهش خود نشان دادند که مصرف ویتامین B6 باعث کاهش دفعات استفراغ می گردد (۱۷).

نتایج پژوهش حاضر همچنین گویای این است که استفاده از طب فشاری در مقایسه با ویتامین B6 بیشتر توانسته است دفعات استفراغ را کاهش دهد و عوارضی نیز به دنبال نداشته است. بنابراین می تواند در درمان تهوع و استفراغ بارداری استفاده شود. از آنجایی که هدف از مراقبت های دوران بارداری کاهش ناراحتی های جسمی و روحی مادران بوده و یکی از وظایف پرسنل مامایی و پزشکی شناخت مشکلات این دوران می باشد. لذا یافته های حاصل از این پژوهش می تواند در اختیار کلیه افرادی که در مراقبت از زنان باردار نقشی به عهده دارند، از جمله پزشکان، ماماها و دانشجویان پزشکی قرار گیرد. یافته های پژوهش حاکی از آن است که ویتامین B6 و طب فشاری هر دو در کاهش شدت تهوع مؤثر می باشند ولی تأثیر طب فشاری در کاهش شدت استفراغ در مقایسه با ویتامین B6 بیشتر است. با توجه به اینکه طب فشاری دارای مزایای گوناگونی از جمله سادگی، راحتی، ارزان و در دسترس بودن و فاقد عوارض و مداخلات تهاجمی می باشد و از سوی دیگر با توجه به اینکه این روش با کاهش هزینه های مربوط به درمان تهوع بیماران و نیز کاهش خطرات ناشی از مصرف داروهای ضد تهوع در سه ماهه اول بارداری همراه می باشد. بنابراین آگاهی از نتایج این پژوهش می تواند برای مسئولین و پرسنل مراکز بهداشتی - درمانی مفید باشد.

### References:

1. Choen Wayne R. Complications of pregnancy. 5<sup>th</sup> ed. NewYork: Lippincott Williams & Wilkins Company. 2000; p: 305-17.
2. Stables D, Rankin J. Disorders in early pregnancy. In: Stables D. Physiology in child bearing. 1<sup>st</sup> ed. London: Bailliere Tindall Company. 1999; p: 382-94.

3. Cunningham FG. Prenatal Care. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hanth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD, et al. *William obstetrics*. NewYork: Lippincott Williams & Wilkins Company. 2005; p: 222-44.
4. Neff CH. Nausea and vomiting in pregnancy. In: Neff CH, Larry G. *Introduction to maternal and child nursing*. NewYork: Lippincott Williams & Wilkins Company. 2000; p: 113-15.
5. Arlene B. Health care during pregnancy. In: Arlene B. *Maternity nursing an introduction text*. Philadelphia: WB Saunders Company. 1997; p: 80-108.
6. Nibly JR. Pyridoxine in nausea and vomiting. In: Nibly JR, Yankowitz J. *Drug therapy in pregnancy*. 3<sup>th</sup> ed. NewYork: Lippincott Williams & Wilkins Company. 2001; p: 77-86.
7. Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD, et al. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol*. 2002 Jul; 100(1): 94-100
8. Vilming B, Nesheim BI. Hyperemesis gravidarum in a contemporary population in Oslo. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000 Aug; 79(8): 640-3.
9. Emelianova S, Mazzotta P, Einarson A, Koren G. Prevalence and severity of nausea and vomiting of pregnancy and effect of vitamin supplementation. *Clin Invest Med*. 1999 Jun; 22(3): 106-10.
10. Sarah K. Disorders caused by pregnancy. In: Bennett VR, Brown LK. *Myles textbook for midwives*. 13<sup>th</sup> ed. London: Churchill Livingstone Company. 1999; p: 290-302.
11. Dundee JW, Ghaly RG, Bill KM, Chestnutt WN, Fitzpatrick KT, Lynas AG. Effect of stimulation of the P6 antiemetic point on postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth*. 1989 Nov; 63(5): 612-8.
12. Christensen A. Disorders in early pregnancy. In: Christensen A, Kokrow C. *Foundations of nursing*. 3<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby Company. 1999; p: 399-458.
13. Rhodes B, Verna A. Nausea, vomiting and retching. *Nursing Clin North Am*. 2001; 25(4): 885-97.
14. Norheim AJ, Pedersen EJ, Fonnebo V, Berge L. Acupressure against morning sickness *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2001 Sep; 30, 121(23): 2712-5.
15. Hsue E, Pei V, Shofer F. A prospective randomized controlled trial of acupressure vs sham for pregnancy related nausea and vomiting in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2003; 10(5): 437-9.
16. Vutyavanich T, Wongtra-ngan S, Ruangsri R. Pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 1995 Sep; 173(3 Pt 1): 881-4.
17. Sahakian V, Rouse D, Sipes S, Rose N, Niebyl J. Vitamin B6 is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind placebo-controlled study. *Obstet Gynecol*. 1991 Jul; 78(1): 33-6.
18. Steele NM, French J, Gatherer-Boyles J, Newman S, Leclair S. Effect of acupressure by Sea-Bands on nausea and vomiting of pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001 Jan-Feb; 30(1): 61-70.
19. Werntoft E, Dykes AK. Effect of acupressure on nausea and vomiting during pregnancy. A randomized, placebo-controlled, pilot study. *J Reprod Med*. 2001 Sep; 46(9): 835-9.