

تأثیر پیریدوکسین (ویتامین B6) در درمان تهوع و استفراغ حاملگی

نویسندگان:

دکتر نیره خادم *

متخصص زنان و زایمان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر مسین مسین زاده

استاد بخش فارماکودینامی و سم شناسی دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر لیلی مفیظی

متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر پیمانہ آذر هوشنگی

داروساز

The Efficacy of Pyridoxine (vit B6) in the Treatment of Nausea and Vomiting of Pregnancy

Abstract:

Objective:

Nausea and vomiting of pregnancy are the most common complaints during the first half of pregnancy, and about 80% of pregnant women experience them. We studied the clinical effect of pyridoxine on nausea and vomiting in pregnancy, and compared it with metoclopramide and placebo.

Materials and Method:

This study was a randomized, prospective and double-blind placebo controlled clinical trial. The subjects were 77 pregnant women with complaining nausea and vomiting presenting to three health and medical centers of Mashhad (Imam Reza Hospital, Shahid Ghodsi and Azadshahr 1 Health Centers) from September 1999 to November, 2000.

Result:

Patients were randomly divided into three groups: case (pyridoxine hydrochloride), positive control (metoclopramide) and placebo (starch powder). The severity and frequency of nausea and vomiting were recorded by patients, and statistical analysis employed were the Paired T test, Tukey, ANOVA and Fisher. (P. value > 0.05 was considered as significant differences). From 77 pregnant women in this study, 28 patients received pyridoxine, 25 received placebo and 24 received metoclopramide. Pyridoxine reduced the severity of nausea and vomiting, but there was not a significant difference with placebo. Also pyridoxine did not reduce the severity and frequency of nausea and vomiting. In contrast, in metoclopramide group either the severity or the frequency of nausea and vomiting were reduced.

Conclusion:

In this study, the efficacy of pyridoxine and placebo on nausea and vomiting of pregnancy was the same. Because these symptoms were improved with placebo we can prescribe pyridoxine or any other placebo for these patients at the first step unless disease has a serious risk for mother and fetus.

Keywords:

Nausea and vomiting of pregnancy, Hyperemesis, Pyridoxine, Vit B6, Metoclopramide, Placebo, Clinical evaluation.

آدرس مکاتبه:

* مشهد، بیمارستان امام رضا (ع)، بخش زنان، دکتر نیره خادم

E-mail: undertaker20052005@yahoo.com

مقدمه:

تهوع و استفراغ یکی از عوارض شایع در نیمه اول بارداری بوده (۱ و ۲)، و معمولاً تا هفته ۲۰ بارداری به طور خود به خود بر طرف می شود (۳).

در واقع تهوع و استفراغ شایعترین شکایت و علت اصلی مراجعه به پزشک در اوایل بارداری است (۴).

تحقیقات نشان می دهد که بیش از ۷۰ تا ۸۵ درصد خانمهای باردار در طی حاملگی تهوع، و حدود نیمی از آنها استفراغ را تجربه می کنند (۵ و ۶) و این مسائل می تواند بر بهداشت جسمی و روانی و کیفیت زندگی آنها اثر بگذارد (۷ و ۸ و ۹)، بطور کلی این عارضه هنوز یکی از علل شایع موربیدیتی مادران محسوب می شود ولی با تمام اینها تا کنون مطالعات محدودی بر روی آن صورت گرفته است و علی رغم سابقه طولانی و شیوع فراوان هنوز موضوعات ناشناخته زیادی در این زمینه وجود دارد (۴ و ۱۰ و ۱۱).

ویتامین B6 (پیریدوکسین هیدروکلراید) یکی از داروهایی است که در حال حاضر توسط بسیاری از همکاران برای درمان تهوع و استفراغ حاملگی استفاده می شود ولی راجع به اثر بخشی آن گزارشات متناقضی وجود دارد.

این دارو برای اولین بار توسط Willis و همکارانش در سال ۱۹۴۲ برای درمان تهوع و استفراغ حاملگی موثر شناخته شد (۲) ولی در سال ۱۹۷۹ American Medical Association Council on Drugs اعلام کرد که مدرک محکمی جهت موثر بودن ویتامین B6 در تهوع و استفراغ حاملگی وجود ندارد (۲) و در سال ۱۹۹۱ نیز در Iowa تحقیق کنترل شده ای با دارونما انجام شد که نشان داد پیریدوکسین خوراکی بر روی علائم بیماریاتی که شدت تهوع و استفراغ آنها متوسط است تأثیری ندارد (۲) و نهایتاً مقاله ای در سال ۲۰۰۲ بر اساس ۱۲ مطالعه انجام شده منتشر و اعلام شد که از بین درمانهای جدید، پیریدوکسین در کاهش شدت تهوع از بقیه موثرتر است ولی در هیچکدام از این مطالعات پیریدوکسین در درمان Hyperemesis Gravidarum موثر نبوده است (۵).

بنابراین با توجه به کاربرد گسترده ویتامین B6 در درمان تهوع و استفراغ حاملگی و گزارشات محدود و در عین حال متناقضی که درباره تأثیر این دارو وجود دارد، لزوم مطالعه ای در رابطه با آن احساس می شد و به این منظور، بررسی تأثیر دارو بر روی بیماران مبتلا

تهوع و استفراغ حاملگی مراجعه کننده به سه مرکز بهداشتی درمانی شهر مشهد (بیمارستان امام رضا (ع)، مرکز بهداشت شهید قدسی و آزادشهر ۱) از مهر ماه ۱۳۷۸ تا آبان ۱۳۷۹ انجام گرفت.

روش کار و جمعیت مورد مطالعه:

پژوهش حاضر یک کار آزمایی بالینی درمانی است که بصورت آینده نگر، تصادفی، دوسو نا آگاه، کنترل شده با دارونما و همچنین شاهد مثبت انجام گرفت.

نمونه ها شامل ۷۷ نفر خانم باردار مبتلا به تهوع و استفراغ حاملگی در محدوده سنی ۲۰-۳۰ سال و سن حاملگی کمتر از ۱۶ هفته بودند که از میان مراجعه کنندگان به مراکز یاد شده در طی یک سال به طور مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

در اولین مراجعه برای هر بیمار معاینات فیزیکی، آزمایشات و ارزیابی های معمول مراقبتهای دوران حاملگی انجام، و در صورت نیاز از سونوگرافی جهت اطمینان از سن و سلامت و تعداد جنین استفاده شد. بیمار باردار شده با درمانهای نازائی، وجود حاملگی چند قلو، مول هیدا تیفورم، سردردهای میگرنی و یا هر بیماری دیگری از قبیل کم خونی و عفونت ادراری (حتی بدون علامت) وارد مطالعه نشدند.

در طول انجام پژوهش بیماران بطور تصادفی در هر یک از ۳ گروه آزمون، شاهد مثبت و دارونما قرار گرفتند. به افراد گروه آزمون ۲۰ کپسول هر یک حاوی ۴۰ میلی گرم پیریدوکسین هیدروکلراید ساخت شرکت ایران هورمون و به افراد گروه دارونما ۲۰ کپسول حاوی پودر نشاسته ساخت شرکت مرک آلمان تحویل داده شد که باید سه بار در روز پس از غذا بمدت ۷ روز مصرف می کردند و به افراد گروه شاهد مثبت نیز ۲۰ کپسول هر یک حاوی ۱۰ میلی گرم متوکلوپرامید ساخت شرکت داروسازی حکیم تحویل گردید که باید ۳ بار در روز نیم ساعت قبل از غذا به همان مدت مصرف می کردند.

شکل ظاهری دارو در هر سه گروه یکسان و به صورت کپسول ۲۵۰ میلی گرمی ساخته شد و زمان مصرف دارو، ساعت ۸-۶ صبح، ۴-۲ و ۱۰-۸ بعد از ظهر توصیه گردید.

دستورات بهداشتی لازم به بیماران یکسان بوده و به همه توصیه شد که غذا به مقادیر کم و در دفعات متوالی صرف کنند و غذایشان غنی از کربوهیدرات ولی کم چربی باشد (۱ و ۱۲).

مقادیر P معادل ۰/۰۵ یا کوچکتر از نظر آماری معنی دارد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

از مجموع ۷۷ نفری که شرایط این پژوهش را داشتند و تا مرحله آخر همکاری کردند ۲۸ نفر در گروه آزمون (پیریدوکسین)، ۲۵ نفر در گروه شاهد (دارونما) و ۲۴ نفر هم در گروه شاهد مثبت (متوکلوپرامید) قرار گرفتند.

سه گروه مورد مطالعه از نظر تحصیلات مادر، نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته بودن)، تعداد بارداری، تعداد افراد خانواده، دور بودن از آنها، سن و وزن مادر تفاوت معنی داری با هم نداشتند و همگن بودند (جدول ۱ و ۲).

نتایج به صورت میانگین \pm خطای معیار بیان شده اند. بر اساس نتایج حاصل از آزمون Tukey اختلاف معنی داری بین ۲ گروه از نظر متغیرهای فوق وجود ندارد و همگن می باشند.

دفعات تهوع استفراغ ۱-۲ بار در روز به عنوان کم، ۳-۵ بار متوسط و بیشتر از ۵ بار، زیاد در نظر گرفته شد.

بر اساس نتایج حاصل از آزمون فیشر بین گروه پیریدوکسین و دارونما در کاهش دفعات تهوع و استفراغ اختلاف معنی داری وجود ندارد و این اختلاف در گروه متوکلوپرامید معنی دار است ($P=0.01$).

همچنین سه گروه از نظر شدت و دفعات تهوع - استفراغ قبل از درمان همگن بودند (جدول ۳ و ۴)، نتایج اثرات تجویز پیریدوکسین بر تهوع و استفراغ حاملگی در جدول ۳ و ۴ ارائه شده است. شدت تهوع و استفراغ قبل و بعد از درمان در هر سه گروه اختلاف معنی داری داشت (جدول ۳).

در گروه پیریدوکسین حدود ۶/۵٪ (میانگین ۲/۷ سانتی متر بر اساس مقیاس دیداری) کاهش یافت که این میزان کاهش در مقایسه با دارونما تفاوت معنی داری نداشت (کاهش در دارونما ۲۸٪ بود)، در حالی که این اختلاف با متوکلوپرامید معنی دار بود ($P<0.01$).

در رابطه با دفعات تهوع و استفراغ روزانه قبل و بعد از درمان، همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، پیریدوکسین مانند دارونما بر روی دفعات تهوع و استفراغ روزانه اثر چندانی نداشت، در حالی که متوکلوپرامید در مقایسه با پیریدوکسین و دارونما بر روی دفعات تهوع و استفراغ روزانه موثر نبود و

به هر بیمار یک برگه مخصوص مقیاس دیداری جهت مشخص کردن شدت تهوع و استفراغ تحویل داده شد.

این برگه شامل مقیاس ۱۰ سانتی متری بوده و به وی آموزش داده شد که هر روز در چهار نوبت صبح، ظهر، عصر و شب شدت تهوع و استفراغ خود را بر روی آن علامت بزند.

در این مقیاس عدد صفر بدون تهوع و ۱۰ شدیدترین حالت در نظر گرفته شد. شدت تهوع - استفراغ ۲۴ ساعت قبل از مصرف دارو توسط بیمار علامت زده می شد و این کار را در ۷ روز آینده نیز انجام می داد.

پس از کامل شدن دوره درمان علامتهای روی هر مقیاس به کمک خط کش اندازه گیری شدند و به این ترتیب شدت تهوع و استفراغ هر فرد در مدت ۷ روز تعیین گردید و در بررسی آماری میانگین آن با میزان شدت تهوع و استفراغ قبل از درمان مقایسه شد و درصد تغییرات در سه گروه مشخص شد.

همچنین بیماران بر اساس دفعات تهوع و استفراغ به سه گروه تقسیم شدند.

گروه دفعات زیاد، شامل افرادی بودند که بیشتر از ۵ بار در روز تهوع همراه با استفراغ داشتند، گروه متوسط ۳-۵ بار، و گروه خفیف ۱-۲ بار در روز تهوع همراه استفراغ داشتند که با این تقسیم بندی امکان بررسی تاثیرات دارو در هر گروه به طور جداگانه حاصل شد.

عدم کاهش دفعات و یا شدت تهوع - استفراغ و نیز وجود تهوع و استفراغ پس از دوره ۷ روزه به عنوان معیار عدم پاسخ به درمان و از بین رفتن کامل استفراغ به عنوان موفقیت در درمان در نظر گرفته شد.

اطلاعات لازم در این تحقیق توسط فرم مصاحبه جمع آوری شد، ۱۸ بیمار به علت عدم مراجعه به موقع و همچنین عدم امکان دستیابی به آنها از مطالعه حذف شدند و جمعیت مورد بررسی ما که تا آخرین مرحله با ما همکاری نمودند مجموعاً ۷۷ نفر بودند.

نتایج آماری بسا آزمون paired - T.test جهت مقایسه قبل و بعد از درمان، آزمون ANOVA و Tukey برای مقایسه بیشتر از دو گروه و آزمون فیشر جهت بررسی اطلاعاتی که به صورت کیفی جمع آوری شدند، مقایسه گردید.

اختلاف معنی داری داشت ($P=0.01$).

تاثیر مسائل روحی و روانی بر تهوع، استفراغ حاملگی نیز یکی از مسائلی بود که به طور جنبی از این پژوهش به دست آمد از جمله، دفعات تهوع، استفراغ روزانه در افرادی که دور از خانواده خود زندگی می کردند بیشتر بود و یا مادرانی که تحصیلات متوسطه و عالی داشتند نسبت به مادرانی که سواد آنها در حد ابتدایی و راهنمایی بود شدت و دفعات تهوع و استفراغ روزانه کمتر بود ولی رابطه‌ای میان تعداد بارداری و شدت دفعات تهوع، استفراغ مشاهده نشد.

بحث:

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که پیریدوکسین هیدروکلراید شدت تهوع بیماران را در حد یک دارو نما بهبود بخشیده ولی در کاهش دفعات تهوع و استفراغ روزانه بی اثر است و با متوکلوپرامید که میتواند سبب کاهش در شدت و دفعات تهوع استفراغ روزانه شود، تفاوت واضحی دارد.

یافته‌های فوق در تائید نتایج گزارش شده توسط بعضی از پژوهشگران دیگر می باشد.

Vutya vanich و همکاران (۱۹۹۵) گزارش کردند که ویتامین B6 سبب کاهش شدت تهوع می شود (۱۳) که این با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت دارد و در بعضی از مطالعات سبب کاهش دفعات تهوع و استفراغ حاملگی نیز شده است (۵) که این با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در حالی که متوکلوپرامید بر شدت دفعات تهوع و استفراغ، هر دو اثر می گذارد (۱۴) و درمان موثری هم برای Hyperemesis Gravidarum می باشد (۱۵)، که با یافته‌های مطالعه ما مشابه می باشد.

با توجه به متفاوت بودن مکانیسم‌های ایجاد تهوع و استفراغ دوران بارداری و ناشناخته بودن علل واقعی ایجاد تهوع - استفراغ در دوران بارداری (۴) مشکل می توان به مکانیسم اثرات مفید داروها از جمله پیریدوکسین پی برد. ولی آنچه مسلم است این که با توجه به علل و شرایط متفاوتی که در ایجاد، شدت و دفعات تهوع - استفراغ دخالت دارد، پاسخهای متفاوتی به درمان مشاهده می شود و بررسی همه جانبه اثرات داروها در این رابطه مشکل است و چون یکی از عوامل دخیل در تهوع و استفراغ دوران بارداری را عوامل فردی و روحی و نوع زندگی مادر می دانند، می توان تاثیرات روحی و روانی ناشی از مصرف دارو را یکی از علل اثرات مفید

پیریدوکسین دانست در رابطه با نوع زندگی مادر نیز نتایج بررسی ما نشان داد که دفعات تهوع و استفراغ روزانه در افرادی که دور از خانواده زندگی می کنند بیشتر است، که در تائید نتایج گزارش شده، Deuchar در سال ۱۹۹۵ رابطه معنی داری بین تهوع و استفراغ شدید بارداری و زندگی مادران در خانواده‌های پر جمعیت و دور از خانواده پیدا کرد (۷)، که دلیل آن احتمالاً آرامش روحی بیشتر و تنش عصبی کمتر در مادری است که در کنار خانواده خود زندگی می کند.

در پژوهش ما رابطه‌ای میان تعداد بارداری و شدت دفعات تهوع - استفراغ مشاهده نشد، در حالی که کلبانف در تحقیقاتش در سال ۱۹۹۱ اعلام کرد که تهوع و استفراغ در بارداری اول بیشتر است (۲) و در مقابل سامیسیو گزارش کرد که در خانمهای چندزا تهوع و استفراغ بیشتر از خانمهای اول را می باشد (۱۶).

همچنین در پژوهش ما، مادرانی که تحصیلات متوسطه و عالی داشتند نسبت به مادرانی که تحصیلات آنها در حد ابتدایی و راهنمایی بود، شدت و دفعات تهوع و استفراغ روزانه کمتری داشتند که شاید دلیل آن آگاهی و دقت بیشتر مادران تحصیل کرده نسبت به توصیه‌های بهداشتی و غذایی باشد که نقش زیادی در کاهش تهوع و استفراغ دوران بارداری دارد. یافته‌های فوق با نتایج مطالعات Singer در سال ۱۹۹۵ مطابقت دارد که گزارش کرد تهوع و استفراغ در زنان با تحصیلات کمتر از دیپلم بیشتر دیده می شود (۱۶) در حالی که نورانی در سال ۱۳۷۶ اعلام کرد که بین تهوع و استفراغ دوران بارداری و تنش‌های عصبی رابطه معنی داری وجود دارد ولی با سن و تحصیلات مادر، تعداد بارداری و دوری از خانواده ارتباط معنی داری مشاهده نشده است (۱۷).

در توجیه اختلافاتی که در گزارشات فوق مشاهده می شود میتوان گفت که چون تهوع و استفراغ دوران بارداری متأثر از مجموعه عوامل مختلفی مانند شرایط زندگی و اختلافات فردی، روحی و اجتماعی است و این عوامل با هم در ارتباط می باشند، نمی توان یکی را جدا از دیگری بررسی کرد و نتایج یکسان بدست آورد، بلکه باید همه عوامل فوق را در ارتباط با یکدیگر سنجید و بیمار را درمان نمود. هر چند که به ندرت درمان آنقدر موفق است که مادر در تمام روز احساس راحتی کامل نماید و این به دلیل ناشناخته

نتیجه توصیه شده است که در این بیماران هرچه سریعتر تغذیه وریدی شروع شود (۲۱) و می توان از داروهای ضد تهوع و استفراغ که هم شدت و هم دفعات استفراغ را کم می کند استفاده نمود (۱۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳).

نتیجه گیری:

به عنوان یک نتیجه کلی می توان گفت که در این تحقیق اثرات پیریدوکسین بر تهوع- استفراغ بارداری در حد یک دارونما بوده است و چون این نوع تهوع و استفراغ به دارونما خوب پاسخ می دهد می توان علاوه بر دستورات بهداشتی، دارونما را تا هنگامی که تهوع- استفراغ خطر جدی برای سلامت مادر و جنین ایجاد نکرده است بعنوان خط اول درمان تجویز نمود. متوکلوپرامید به عنوان ضد تهوع و استفراغ در دوران بارداری، داروی موثرتری است و سبب کاهش شدت و همچنین دفعات تهوع و استفراغ می گردد که در صورتی که علائم بیمار به خط اول درمان جواب ندهد و مشکل بیمار هم زیاد باشد می توان از آن استفاده کرد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از زحمات مسئولین و پرسنل محترم در مانگاه امام رضا (ع) و مراکز بهداشتی شهید قدوسی و آزاد شهر ۱ و مرکز کامپیوتر دانشکده داروسازی تشکر و قدردانی می شود.

بودن علت تهوع و استفراغ بارداری است، ولی به هر حال درمان بیمار، احساس ناخوشایند و ناراحتی وی را به حداقل رسانده و عوارض مادری و جنینی را کاهش می دهد (۱۸).

البته با توجه به تراژون بودن بسیاری از داروها و ناشناخته بودن اثرات بعضی از داروها در حاملگی بخصوص پس از داستان غم انگیز تالیدومید که یک فاجعه در معالجه دارویی تهوع و استفراغ دوران بارداری باقی گذاشت، اکثر پزشکان ترجیح می دهند که با رژیم غذایی و حمایت روانی و اطمینان بخشی به بیمار علائم بهبود یابد (۶ و ۱۹) و تنها در مواردی که این روشها موثر نباشند پیشنهاد می شود که از درمانهای دارویی بطور سرپائی جهت بهبودی بیمار استفاده گردد که این درمان نقش عمده ای نیز در کاهش هزینه ها دارد و عود مجدد بیماری هم نسبت به کسانی که در بیمارستان بستری بوده اند کمتر می باشد (۲۰). البته مسلم است که در صورت وجود اختلالات الکترولیتی و کتونوری در Hyperemesis gravidarum و شکست درمان سرپائی، لازم است بیماران برای درمان وریدی و ارزیابی بیشتر در بیمارستان بستری گردند.

در مطالعه ای هم که در سال ۱۹۹۵ بر روی تهوع- استفراغ شدید حاملگی انجام شد مشخص گردید که بیش از ۶۰٪ بیماران که تحت رژیم درمانی خوراکی بوده اند مقادیر تیامین، ریبوفلاوین، پیریدوکسین و ویتامین A سرم آنها کمتر از حد مطلوب بوده و در

جدول ۱ - مشخصات ۳ گروه مورد مطالعه از مادران مبتلا به تهوع و استفراغ حاملگی مراجعه کننده به ۳ مرکز بهداشتی درمانی مشهد

گروه	سن بارداری (هفته)	تعداد بارداری	تعداد افراد خانواده	وزن (kg)	سن مادر (سال)
دارونما (n=۲۵)	۹/۸±۲/۳	۲/۳±۰/۲	۳/۶±۰/۴	۶۰/۵±۲/۲	۲۳/۳±۰/۷
پیریدوکسین (n=۲۸)	۹/۵±۲/۷	۲/۷±۰/۲	۳/۷±۰/۶	۶۰/۲±۲/۴	۲۳/۷±۰/۷
متوکلوپرامید (n=۲۴)	۹/۷±۲/۲	۲/۲±۰/۳	۳/۲±۰/۳	۶۳/۶±۳/۸	۲۶±۱/۲

نتایج به صورت میانگین ± خطای معیار بیان شده اند.

جدول ۲ - مشخصات ۳ گروه مورد مطالعه از زنان مبتلا به تهوع، استفراغ حاملگی مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی مشهد

متغیر	گروه		
	دارونما n=۲۵	پیریدوکسین n=۲۸	متوکلوپرامید n=۲۴
ترس از بارداری و زایمان	کم	۹ (%۳۲/۱۴)	۱۰ (%۴۱/۶۷)
	متوسط	۱۱ (%۳۹/۲۸)	۸ (%۲۳/۳۳)
	زیاد	۸ (%۲۸/۵۷)	۶ (%۲۵)
نوع بارداری	خواسته	۲۰ (%۴۳/۴۷)	۱۶ (%۶۶/۶۷)
	ناخواسته	۸ (%۴۲/۱)	۸ (%۳۳/۳۳)
تحصیلات مادر	ابتدایی	۱۳ (%۴۶/۴۳)	۱۲ (%۵۰)
	متوسطه	۴ (%۱۴/۲۹)	۴ (%۱۶/۶۷)
	راهنمایی	۸ (%۲۸/۵۷)	۶ (%۲۵)
	عالی	۳ (%۱۰/۷۱)	۲ (%۸/۳۳)
دوری از خانواده	بلی	۱۱ (%۳۹/۲۸)	۶ (%۲۵)
	خیر	۱۷ (%۶۰/۷۱)	۱۸ (%۷۲)

بر اساس نتایج حاصل از آزمون فیشر سه گروه از نظر متغیرهای فوق باهم همگن هستند و تفاوت معنی داری ندارند.

جدول ۳ - مقایسه شدت تهوع و استفراغ حاملگی در سه گروه مورد مطالعه

P	شدت تهوع و استفراغ		
	مقدار کاهش تهوع و استفراغ	پس از درمان	قبل از درمان
۰/۰۵	۱/۶۷ ± ۰/۳۹ (%۲۸/۷)	۳/۸۸ ± ۰/۳۹	۵/۵۵ ± ۰/۳۸
۰/۰۱	۲/۷۱ ± ۰/۳۸ (%۴۶/۵)	۳/۰۳ ± ۰/۳۵	۵/۷۴ ± ۰/۴۰
۰/۰۰۰۱	۴/۱۳ ± ۰/۵۶ (%۶۶/۳)	۲/۲۹ ± ۰/۶۳	۶/۴۲ ± ۰/۵۰

جدول ۴ - مقایسه دفعات تهوع و استفراغ در ۳ گروه مورد مطالعه مراجعه کننده به سه مرکز بهداشتی درمانی مشهد

P	پس از درمان				قبل از درمان			دفعات تهوع و استفراغ گروه
	بدون تهوع	زیاد	متوسط	کم	زیاد	متوسط	کم	
N.S	۵ (%۲۰)	۴ (%۱۶)	۴ (%۱۶)	۱۲ (%۴۸)	۴ (%۱۶)	۵ (%۲۰)	۱۶ (%۶۴)	دارونما n=۲۵
N.S	۶ (%۲۱/۴)	۴ (%۱۴/۳)	۶ (%۲۱/۴)	۱۲ (%۴۲/۸)	۵ (%۱۷/۸)	۹ (%۳۲/۱۴)	۱۴ (%۵۰)	پیریدوکسین n=۲۸
۰/۰۱	۱۶ (%۶۶/۶)	۲ (%۸/۳)	۴ (%۱۶/۷)	۲ (%۸/۳)	۴ (%۱۶/۷)	۱۰ (%۴۱/۷)	۱۰ (%۴۱/۷)	متوکلوپرامید n=۲۴

خلاصه:

مقدمه:

تهوع و استفراغ حاملگی شایع‌ترین شکایت در نیمه اول بارداری است و حدود ۸۰٪ خانمهای باردار آن را تجربه می‌کنند. مادر این مطالعه اثرات بالینی ویتامین B6 را بر روی تهوع و استفراغ حاملگی بررسی کرده و آن را با متوکلوپرامید و دارونما مقایسه نمودیم.

روش کار:

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی بود که به صورت تصادفی، آینده نگر، دوسونا آگاه و کنترل شده با دارونما انجام گرفت. نمونه‌ها شامل ۷۷ خانم باردار با شکایت تهوع و استفراغ حاملگی بودند که به سه مرکز بهداشتی درمانی مشهد (بیمارستان امام رضا(ع)، مرکز بهداشت شهید قدسی و آزادشهر) از مهر ماه ۱۳۷۸ تا آبان ۱۳۷۹ مراجعه کرده بودند.

یافته‌ها:

در طول پژوهش، بیماران به طور تصادفی در سه گروه آزمون (پیریدوکسین هیدروکلراید)، شاهد مثبت (متوکلوپرامید) و دارونما (پودر نشاسته) تقسیم شدند. شدت تهوع استفراغ بیماران و دفعات آن ثبت شد و نتایج آماری با آزمون Paired-T.test, ANOVA, Tukey, Fisher مقایسه شدند (مقادیر P معادل ۰/۰۵ یا کمتر معنی دار در نظر گرفته شد). از مجموع ۷۷ بیمار، ۲۸ نفر پیریدوکسین، ۲۵ نفر دارونما و ۲۴ نفر متوکلوپرامید دریافت نمودند.

نتیجه گیری:

پیریدوکسین سبب کاهش شدت تهوع و استفراغ بارداری شد ولی در این زمینه با دارونما اختلاف عمده‌ای نداشت و در کاهش دفعات تهوع و استفراغ بی اثر بود. در حالی که متوکلوپرامید سبب کاهش شدت و دفعات تهوع و استفراغ شد.

در این مطالعه اثر پیریدوکسین بر تهوع و استفراغ بارداری مشابه یک دارونما بود و چون این نوع تهوع و استفراغ به دارونما خوب پاسخ می‌دهد، می‌توان ویتامین B6 و یا هر دارونمای دیگری را تا هنگامی که بیماری خطر جدی برای سلامت مادر و جنین ایجاد نکرده است به عنوان خط اول درمان تجویز نمود.

واژه‌های کلیدی:

تهوع و استفراغ بارداری، پیریدوکسین، ویتامین B6، متوکلوپرامید، دارونما، بررسی بالینی

References:

- 1- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21st ed, New York, MC Graw-hill companies 2001: 242,1275.
- 2- Sahakian V, Rouse D, Sipes S. Vitamine B6 is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 33-6.
- 3- Cherry M, Sheldon M, Merkat Z, Irwin R. Complication of Pregnancy Medical , Surgical, Gynecology, Psychosocial and Perinatal. 4th ed, Williams &Wilkins 1991:278 - 781.
- 4- Crotti M, Aguzzoli L, Carossino E, Accors P, et al. Evaluation and Treatment of Hyperemesis Gravidarum. *Minerva Ginecol.* 2001; 53:413-9.
- 5- Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Acp J Club.* 2002; 137(2):67.
- 6- Gadsby R, Barnie A, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract* 1993;43:245-8.
- 7- Deuchar C, Neil G. Nausea and vomiting in pregnancy: a review of the problem with particular regard to psychological and social aspects. *BrJ Obstet Gynecol* 1995; 102:6-8.
- 8-O'brien B, Naber S. Nausea and vomiting during pregnancy: effects on the quality of woman's lives. *Birth* 1992; 19:138-43.
- 9- Arsenaullt MY, Lane CA, Mackinnon CJ, Bartellas E, et al. The management of nausea and vomiting of pregnancy. *J Obstet Gynecol* 2002; 24:817-31.
- 10- Safari Hamid R, Micheal J. MD, Irene C. Fassett MD et al. The efficacy of methyl prednisolone in the treatment of hyperemesis gravidarum . *Am J obstet Gynecol* 1998; 179:921-4.
- 11- Scott J. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 6th ed, Philadelphia, Lippincott company 1990:133.
- 12-Katharyn A, May L, Mahlmeistser R. Comprehensive Maternity Nursing. 2nd ed. Philadelphia, J B. Lippincott Company 1990: 482 - 486.
- 13- Vutyavarich T, Wongtranan S, Ruangsri R. Pyridoxine for nausea and vomiting of pergnancy: a randomized, double blind, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 173: 881-4
- 14- Berkovitch M, Mazzota P, Greenbery R, et al . Metoclopramide for nausea and vomiting of pregnancy: a prospective multicenter international study. *Am J perinatol* 2002; 19:311-60
- 15- Buttinol IR, Coleman Sk, Bergauer NK , et al . Home subcutaneous metoclopramide therapy for hyperemesis gravidarum. *J Perinatol* 2000; 20:359-62.
- 16-Singer AJ, Brandt LJ. Pathophysiology of the gastrointestinal tract during pregnancy . *Am J Gastroenteral* 1995; 86: 1995-9.
- ۱۷- نورانی، شهلا. بررسی تاثیر طب فشاری بر کاهش تهوع و استفراغ حاملگی ۳ ماهه اول بارداری. دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری، پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد مامایی (۱۳۷۶).
- 18-Anderson AS. Managing pregnancy sickness and hyperemesis gravidarum. *Prof Care Mother Child* 1994; 4: 13-15.
- 19- Schouenberg, LD. Hyperemesis gravidarum. *Ugeskr - Laeger* 1998; 154:1015-9.
- 20-Naef R W, Chauhan S P. Treatment for hyperemesis gravidarum in the home: an alternative to hospitalization. *J Perinatal* 1995; 15:289-92.
- 21- Van - Stuijvenberg M E, Schabort I, Labadarios D, Nel J T. The nutritional status and treatment of patients with hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1585-91.
- 22- Tincello P G, Johnstone M J. Treatment of hyperemesis gravidarum with 5-HT3 antagonist, ondansetron (Zofran). *Postgrad Med J* 1996; 72: 668-9.
- 23- World M J. Ondansetron and hyperemesis gravidarum. *Lancet* 1993; 341185