

مقایسه پردنیزولون با پیریدوکسین در درمان هیپرامزیس گراویداروم

دکتر فاطمه کیخا*، دکتر معصومه میرتیموری*، دکتر ناهید سخاوری*، دکتر فرزانه حجت**

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه بیماری‌های زنان و زایمان تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۴/۱۳
** متخصص زنان و زایمان تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: علی‌رغم شیوع زیاد تهوع و استفراغ حاملگی و نیاز به درمان در فرم شدید آن که منجر به اختلال آب و الکترولیت و کاهش وزن می‌شود به دلیل ناشناخته بودن علت، هنوز روش درمان قطعی آن روشن نیست. در این مطالعه به مقایسه اثر پردنیزولون و پیریدوکسین در درمان موارد شدید تهوع و استفراغ نیمه اول حاملگی پرداختیم.

مواد و روش کار: طی بررسی مداخله‌ای دو سوکور در سال ۸۲-۱۳۸۱ تعداد ۱۲۰ زن باردار با تشخیص تهوع و استفراغ شدید حاملگی در بیمارستان قدس زاهدان مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۶۰ نفره جهت دریافت پردنیزولون (پنج میلی گرم/سه بار در روز) و پیریدوکسین (بیست میلی گرم/سه بار در روز) تقسیم و سه روز بعد بیماران از نظر شدت استفراغ، الکترولیت‌های سرم، زمان شروع رژیم غذایی و پاسخ درمانی بررسی شدند. کلیه بیماران تا هفته بیست و دوم بارداری به صورت هفته ای از نظر عود بیماری معاینه شدند.

یافته‌ها: بین دو گروه از لحاظ سن مادر، سن حاملگی، تعداد زایمان‌ها، میزان کاهش وزن، دفعات بستری در طی حاملگی اخیر تفاوت معنی داری وجود نداشت ولی از نظر وجود اختلالات الکترولیتی، زمان شروع رژیم غذایی، میزان برگشت مجدد تهوع و استفراغ بعد از دو هفته و پاسخ به درمان $P \leq 0/001$ و تفاوت معنی دار بود. ۹۰٪ بیماران گروه پردنیزولون و ۶۱/۷٪ گروه پیریدوکسین به درمان پاسخ مناسب دادند. ۳ روز بعد از شروع درمان ۱۸ نفر در گروه پردنیزولون و ۵ نفر در گروه پیریدوکسین هنوز اختلال الکترولیتی داشتند. نسبت بهبود تهوع و استفراغ و اصلاح هیپوکالمی در مصرف کنندگان پردنیزولون به ترتیب ۴/۵ و ۴/۷ برابر مصرف کنندگان پیریدوکسین و احتمال عود تهوع و استفراغ در مصرف کنندگان پیریدوکسین ۳/۳ برابر پردنیزولون بوده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه یک دوره درمان کوتاه مدت با مقدار کم پردنیزولون در درمان تهوع و استفراغ بدخیم حاملگی مؤثرتر از درمان با پیریدوکسین می‌باشد. (مجله طبیب شرق، سال هفتم، شماره ۳، پائیز ۱۳۸۴، ص ۱۹۷ تا ۲۰۳)

کلواژه‌ها: هیپرامزیس گراویداروم، پردنیزولون، پیریدوکسین

مقدمه

علل هورمونی (غلظت بالای HCG به خصوص انواع با اسید سیالیک کاهش یافته^(۱) و افزایش سریع استروژن^(۳))، پرکاری تیروئید^(۴)، کمبود ACTH و کم کاری آدرنال و عدم تعادل بین LH و پرولاکتین^(۵)، علل مکانیکی با کاهش حرکات دستگاه گوارش^(۶)، علل روانی، جغرافیایی و محیطی^(۷) و عفونت با هلیکوباکتریلوری^(۸) از علل احتمالی استفراغ شدید حاملگی عنوان شده‌اند.

تهوع و استفراغ در ۱۶ هفته اول حاملگی شایع و خود به خود محدود شونده است. در شکل شدید آن تعادل تغذیه ای به هم خورده و کاهش وزن و کمبود مایع و الکترولیت ایجاد می‌شود.^(۱) گاه تهوع و استفراغ شدید حاملگی به درمان‌های معمولی تهوع و استفراغ و مایع درمانی پاسخ مطلوب نمی‌دهد و در این موارد ارائه درمان اضافی با حداقل خطر برای مادر و جنین ارزشمند است.^(۲)

اثر پردنيزولون با دوز کم و پيريدوکسين پرداختيم. استفاده از کورتیکواستروئيد کوتاه مدت در دوران بارداری بدون عارضه بوده و هيچ مورد ناهنجاری جنینی وابسته به آن گزارش نشده است.^(۲۰)

روش کار

در این مطالعه مداخله ای دو سوکور نمونه مورد بررسی در این مطالعه ۱۲۰ خانم باردار بودند که با تشخیص تهوع و استفراغ حاملگی در سال‌های ۱۳۸۱ و ۸۲ به زایشگاه قدس زاهدان مراجعه کردند. حاملگی جنین مرده، حاملگی چند قلوبی و جفت مولار و زنان با سن بارداری بیشتر از بیست و دو هفته و بیماری‌های گوارشی و بیماری‌های تیروئید از مطالعه خارج شدند. بیماران باردار کمتر از ۲۲ هفته حاملگی با تهوع و استفراغ بیشتر از ۵ بار در روز، به صورت تصادفی ساده و به کمک جدول اعداد تصادفی نمونه گیری شدند و بعد از تکمیل فرم رضایت نامه در دو گروه مورد (دریافت کننده قرص پردنيزولون) و گروه شاهد (دریافت کننده قرص پيريدوکسين) قرار گرفتند.

برای بیماران هر دو گروه در هنگام بستری بعد از گرفتن شرح حال و انجام معاینات فیزیکی و مامایی لازم، وزن مادر و فشار خون اندازه گیری شد. اندازه گیری الکترولیت‌های سرم، شمارش سلولی، قند خون، آزمون‌های کبدی و تیروئیدی و آنالیزوکشت ادرار و سونوگرافی از محصولات حاملگی برای کلیه بیماران انجام شد و در ساعات اولیه پذیرش، مایع درمانی وریدی و اصلاح اختلالات الکترولیتی به ویژه هیپوکالمی مد نظر قرار گرفت. رژیم غذایی هر دو گروه یکسان و با مقادیر کم، دفعات متعدد و غنی از کربوهیدرات و کم چربی بود. در حین بستری از هیچ داروی ضد استفراغ دیگری به جز پردنيزولون و پيريدوکسين استفاده نشد.

به بیماران گروه مورد به مدت سه روز قرص پنج میلی گرم پردنيزولون ۳ بار در روز و به بیماران گروه شاهد به مدت سه

به دلیل ناشناخته بودن علت دقیق تهوع و استفراغ دوران بارداری هنوز روش درمان قطعی و مؤثری برای این عارضه پیدا نشده است.^(۹) لذا درمان تجربی مورد استفاده قرار می‌گیرد. روش‌های درمان شامل روش‌های دارویی و غیر دارویی است.^(۱۰) درمان دارویی در ده هفته اول بارداری به جز در مواردی که تهوع و استفراغ شدید و یا پیش رونده باشد توصیه نمی‌شود. انتخاب نوع دارو باید تابع علل استفراغ، نیاز بیمار و آگاهی به خواص فارماکولوژیک دارو باشد. برای انتخاب نوع درمان اول سلامتی مادر و جنین و بعد موثر بودن دارو را مد نظر قرار می‌دهیم وقتی علائم فیزیکی تهوع و استفراغ کم شود و کیفیت زندگی بیمار بهتر شود، درمان موفق خواهد بود.^(۱۱)

برخی پزشکان درمان‌های طبیعی و غیر دارویی مثل رژیم غذایی^(۱۲)، تغییر سبک زندگی^(۱۲)، مصرف ویتامین B₆ (پيريدوکسين)^(۱۳)، زنجبیل^(۱۴) و یا تحریک فشاری روی نقطه پ ۶ (دو بند انگشت بالای مچ دست)^(۱۵) را ترجیح می‌دهند. شواهد علمی در انواع شدید تهوع و استفراغ این نوع درمان‌ها را باعث به تاخیر افتادن بستری بیمار و وخیم تر شدن اوضاع می‌دانند.^(۱۶)

پيريدوکسين به تنهایی کاهش چشمگیری در شدت تهوع و استفراغ بارداری نداشته ولی در یک مطالعه متا آنالیز به صورت ترکیب با داکسی لامين (آنتی هیستامین) نتایج بهتر بوده است.^(۱۷) از آنجایی که علی‌رغم درمان‌های فوق هنوز تعداد قابل توجهی از بیماران درمان نشده و تحت تاثیر کیفیت بد زندگی از ادامه بارداری منصرف می‌شوند، لذا باید به دنبال درمان‌های موثرتری بود. اولین بار ۵۰ سال قبل درمان با استروئید برای هایپرآمزیس گزارش شده^(۱۸)، اخیرا گزارش‌های موردی با تعداد کم نمونه منافع آن را تأیید کرده‌اند.^(۱۹) بهر حال زمان و میزان مصرف استروئید هنوز مورد بحث است. در اغلب گزارش‌های موجود استروئید به صورت تزریقی و یا خوراکی با دوز بالا و به مدت طولانی استفاده شده است.^(۱۸،۱۹) در این مطالعه به مقایسه

روز قرص بیست میلی گرم پیریدوکسین ۳ بار در روز داده شد. قرص‌های پردنیزولون و پیریدوکسین در کپسول‌های هم شکل در دو ظرف A و B بدون اطلاع پرستار بخش قرار گرفته و به صورت یک در میان به بیماران کپسول A یا B داده شد.

در صورت استفراغ در عرض بیست دقیقه بعد از مصرف قرص‌ها داروی بیمار تا ۳ بار تکرار شد. روز سوم بیماران معاینه شده و از نظر پاسخ به درمان شامل قطع کامل تهوع و استفراغ بعد از سه روز، هم چنین وجود اختلال الکترولیتی (هیپو و هیپر ناترمی و هیپو و هیپر کالمی) و شروع رژیم غذایی مورد بررسی قرار گرفتند. بعد از مرخص شدن بیماران به صورت هفتگی از نظر عود (شروع مجدد تهوع و استفراغ و نیاز به بستری دو هفته بعد از ترخیص) بررسی شدند.

در صورت دو بار عدم مراجعه منظم هفته ای تا بیست و دو هفته بارداری، بیماران از مطالعه خارج شده و نمونه گیری تا تکمیل تعداد نمونه‌ها (۶۰ نفر در هر گروه) ادامه یافت. از تعداد ۱۲۸ بیمار ۵ مورد در گروه پردنیزولون و ۳ نفر در گروه پیریدوکسین به علت عدم مراجعه جهت پیگیری از مطالعه حذف شدند.

اطلاعات حاصل از بیماران در فرم‌های مخصوص ثبت و سپس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون خی دو و نسبت شانس (OR= odds Ratio)، اطلاعات و روابط بین متغیرها تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در هر گروه شاهد و مورد تعداد ۶۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که بین این دو گروه از لحاظ سن مادر، سن حاملگی، تعداد حاملگی‌ها، دفع کتون در ادرار، میزان کاهش وزن بیشتر از ۵ درصد وزن قبلی، دفعات بستری در طی حاملگی اخیر و دفعات استفراغ بیشتر از ۴ تا ۵ بار در روز در هنگام بستری تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول ۱).

سه روز بعد از شروع درمان، اصلاح هیپو کالمی و کاهش

دفعات استفراغ از بیش از ۵ بار در روز به کمتر از ۳ بار در روز به عنوان پاسخ درمانی مثبت تلقی شد. بر اساس نتایج بدست آمده ۷ نفر (۱۱/۷٪) در گروه پردنیزولون و ۲۳ نفر (۳۸/۳٪) در گروه پیریدوکسین پاسخ درمانی نداشتند که تفاوت معنی داری از نظر میزان عدم پاسخ به درمان در دو گروه درمانی وجود دارد و معرف کمتر بودن پاسخ درمانی در گروه مصرف کننده پیریدوکسین می‌باشد ($P=0/001$). اختلاف بهبود در مصرف کنندگان پردنیزولون به نسبت پیریدوکسین ۴/۵ برابر می‌باشد.

جدول ۱: مقایسه متغیرها در دو گروه درمانی مصرف

کننده پیریدوکسین و پردنیزولون

متغیر	پیریدوکسین	پردنیزولون	P
سن مادر (سال)	۲۲/۵ ± ۲	۲۱/۹ ± ۳/۱	۰/۷۶
سن حاملگی (برحسب هفته)	۸/۰ ± ۱	۹/۰ ± ۲	۰/۹۳
نولی گراویدی	۴۲ (۷۰/۰٪)	۳۹ (۶۵/۰٪)	۰/۵۵
کتونوری $\leq +1$	۴۵ (۷۵/۰٪)	۴۸ (۸۰/۰٪)	۰/۷۷
کاهش وزن بیش از ۵٪	۴۴ (۷۳/۴٪)	۴۸ (۸۰/۰٪)	۰/۹۳
سابقه بستری در حاملگی اخیر	۱۰ (۱۶/۶۵٪)	۱۳ (۲۱/۷٪)	۰/۴۹
دفعات استفراغ ≤ 4 بار در روز	۵۴ (۹۰/۰٪)	۵۵ (۹۱/۰٪)	۰/۵۲

۲۳ نفر (۳۸/۳٪) از بیماران گروه پیریدوکسین و ۲۸ نفر (۴۶/۶٪) از گروه پردنیزولون در شروع زمان بستری هیپو کالمی (پتاسیم سرم کمتر از ۳/۵ میلی اکوی والان در لیتر) داشتند. ۳ روز بعد از شروع درمان هنوز ۱۸ نفر (۳۰٪) از بیماران گروه پیریدوکسین و ۵ نفر (۸/۳٪) از بیماران گروه پردنیزولون اختلال الکترولیتی داشتند ($P=0/003$) و هیپو کالمی باقیمانده در گروه پیریدوکسین ۴/۷ برابر گروه پردنیزولون بود. ۱۴ نفر (۲۳/۳٪) از بیماران گروه پیریدوکسین و ۵ نفر (۸/۳٪) از بیماران گروه پردنیزولون عود مجدد (شروع تهوع و استفراغ در عرض دو هفته بعد از ترخیص) داشتند ($P=0/024$).

در مطالعه ديگري اثر درماني قرص پردنيزولون با قرص پرومتازين در درمان هيپيراميزيس گراويداروم مورد مقايسه قرار گرفت و مشخص شد كه يك دوره كوتاه پردنيزولون مؤثرتر از قرص پرومتازين مي باشد.^(۲۲)

در مطالعه انگلستان بيماران با هيپيراميزيس گراويداروم را با استروئيد با دوز بالا تحت درمان قرار دادند. استفراغ ۳ ساعت بعد از اولين دوز وردي ۱۰۰ ميلي گرم هيدروكورتيزون در همه بيماران متوقف شد و سپس درمان با پردنيزولون خوراكي تا ۴۵ ميلي گرم روزانه بعد از ترخيص بيماران ادامه يافت. نتيجه حاصله اين بود كه درمان با پردنيزولون با دوز بالا در سر كوب نشانه هاي هيپيراميزيس گراويداروم سر كش مؤثر مي باشد.^(۲۳)

در مطالعه اي مشابه ۴ بيمار با هيپيراميزيس گراويداروم سر كش با ۴۰ تا ۴۵ ميلي گرم پردنيزولون در روز كاملا درمان شدند.^(۲۴) در مطالعه مداخله اي دو سو كور ۱۶ بيمار در گروه مورد با كورتيكوتروپين عضلاني به مدت ۴ روز درمان شدند. كورتيكوتروپين كورتيزول درون زا تحريك مي كند و به اين روش استفراغ كلييه بيماران قطع شد.^(۲۵)

نتايج كلييه مطالعات فوق با نتايج حاصل از مطالعه حاضر مطابقت دارند. لذا چنين به نظر مي رسد كه درمان هيپيراميزيس گراويداروم سر كش با پردنيزولون خوراكي به مدت سه روز براي زنان باردار مؤثرتر از پيريديوكسين خوراكي مي باشد.

سپاسگزارى

بدین وسیله از تمامی بيماران و كساني كه در انجام اين مطالعه ما را يارى دادند، تشكر و قدرداني مي گردد.

نسبت عود تهوع و استفراغ در گروه پيريديوكسين ۳/۳ برابر گروه پردنيزولون بود (جدول ۲).

جدول ۲: مقايسه اثرات درماني در دو گروه درماني مصرف كننده پيريديوكسين و پردنيزولون

متغير	پرديزولون تعداد (%)	پيريديوكسين تعداد (%)	جمع تعداد (%)	استفراغ	
				>۳ بار	<۵ بار
اختلال الكتروليتي	۵ (۸۳/۳)	۳۷ (۶۱/۷)	۹۰ (۷۵/۰)	دارند	ندارند
عود مجدد	۵ (۸/۳)	۴۲ (۷۰/۰)	۹۷ (۸۰/۸)	دارند	ندارند
	۵ (۹۱/۷)	۴۶ (۷۶/۷)	۹۴ (۷۸/۳)	دارند	ندارند

بحث

در اين مطالعه ۵۳ بيمار از گروه دريافت كننده پردنيزولون و ۳۷ بيمار گروه دريافت كننده پيريديوكسين به درمان پاسخ دادند. به دليل ناشناخته بودن علت تهوع و استفراغ دوران بارداری هنوز روش درمان قطعي و مؤثر براي آن پيدا نشده ولي چنين به نظر مي رسد كه كورتيكواستروئيد ها يك اثر ضد تهوع را از طريق ساقه مغز اعمال مي كنند.^(۱) اثر ديگر آن بهبود نارسايي نسبي آدرنال در حاملگي است و اين نارسايي در نتيجه عدم توانايي محور هيپوتالاموس، هيپوفيز، آدرنال در پاسخ به افزايش نياز به محصولات آدرنال در اوایل حاملگي به وجود مي آيد.^(۵) در يك مطالعه در ۹۴ درصد از بيماران با هيپيراميزيس گراويداروم تحت درمان با پردنيزولون استفراغ قطع شد و بيماران در عرض سه روز قادر به شروع رژيم غذايي بودند و ديده شد كه يك دوره كوتاه درمان با پردنيزولون خوراكي درمان معقولي براي هيپيراميزيس گراويداروم سر كش مي باشد.^(۲۱)

References

1. Rubin J, Janowitz HD. Gastrointestinal Disorders. In: Cohen WR editor. Complication of Pregnancy. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.PP.305-6.
2. Pregnancy: overview, organization, and Diagnosis. In: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, et al. Williams Obstetrics. 21st ed. USA: McGraw Hill; 2001.PP.15-31

3. Gastrointestinal Disorders. In: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, et al. Williams Obstetrics. 21st ed. USA: Mc Graw Hill; 2001.PP.1275-6.
4. Hershman JM. Human chorionic gonadotropin and the thyroid: hyperemesis gravidarum and trophoblastic tumors. *Thyroid* 1999; 9: 653-7.
5. Gadsby R, Barnie Adshead AM, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 245-8.
6. Belluomini M, Persson I, Lithen H. Nausea and vomiting. *J Obstet Gynecol* 1999; 84: 245-8.
7. Leathen AM, Cooper KG, Parker DE. Safety and efficacy of antiemetics used to treatment nausea and vomiting in pregnancy. *Clin Pharm* 1998; 5:660-8.
8. Xia LB, Yang J, Li AB, et al. Relationship between hyper emesis gravidarum and helicobacter pylori seropositivity. *Chin Med J* 2004; 117:301-2.
9. Ernst AA, Weiss SJ, Park S, et al. Prochlorperazine versus promethazin for uncomplicated nausea and vomiting in the emergency department: a randomized, double blind clinical trial. *Ann Emerg Med* 2000; 36: 89-94.
10. Mazzotta P, Gupta A, Maltepe C, et al. Pharmacological treatment of nausea and vomiting during pregnancy. *Can Fam Physician* 1998; 44: 1455-7.
11. Safari HR, Alsulyman OM, Gherman RB, Goodwin TM. Experience with oral methyl prednisolon in treatment of refractory hyper emesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:1054-8.
12. Briggs GG, Freeman PK, Yaffe SJ. Drug in pregnancy and lactation. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams and Wilkins; 1998.PP .884 -925.
13. Bsath FA, Hoffman DE, Seubert DE. Comparison of three outpatient regimens the management of NVP. *J Perinatol* 2003; 23: 531- 5.
14. Ficher-Rasmussen W, Kjaer SK, Dahl C, Asping U. Ginger treatment of hyper emesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991; 38:19-24.
15. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4:CD000145.
16. Magee LA. The safety and effectiveness of antiemetic therapy for NVP. *Br J Obstet Gynecol* 2004; 103: 478-80.
17. Goodwin TM. Hyper emesis gravidarum. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41: 597-605.
18. Wells CN. Treatment of hyper emesis with cortisone. *Am J Obstet Gynecol* 1953; 66:598-601.
19. Moran P, Tylor R. Management of hyperemesis gravidarum. *Q J Med* 2002; 95:153-8.
20. Safari HR, Fasset MJ, Souter IC, et al. The efficacy of methyl prednisolone in the treatment of hyper emesis gravidarum: a randomized, double blind controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 921-4.
21. Yost NP, Mcintire DD, Wians FH Jr, et al. A randomized, placebo controlled trial of corticosteroids for hyper emesis due to pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003; 102:1250-4.

22. Ziaei S, Hosseiney FS, Faghihzadeh S. The efficacy of low dose of prednisolone in the treatment of hyper emesis gravidarum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 272-5.
23. Taylor R. Successful management of hyper emesis gravidarum using steroid therapy. *Q J Med* 1996; 89:103-7.
24. Nelson-Piercy C, de Swiet M. Corticosteroids for treatment of hyper emesis gravidarum. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 1013-5.
25. Ylikorkala O, Kauppila A , Ollanketo ML. Intramuscular ACTH or placebo in the treatment of hyper emesis gravidarum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979; 58:453-5.

Archive of SID

Comparison of prednisolone and pyridoxine in hyperemesis gravidarum

Keikha F., MD*; Mirteymoori M., MD*; Sakhavar N., MD*; Hojat F., MD**

Background: despite high prevalence rate of nausea vomiting and need for treatment in severe cases which leads to electrolyte imbalances and weight loss, due to lack of knowledge about its cause, an clear-cut treatment for it, is still unavailable. In this study we compared the effect of prednisolone to that of pyridoxine on the treatment of severe cases of vomiting during the first half of pregnancy.

Methods and Materials: In a double blind clinical trial study (2002-2003) 120 women with a normal intra uterine pregnancy and less than 22 weeks of gestational age with hyper emesis gravidarum were admitted to Zahedan Qhods hospital for appropriate treatment. Patients randomly divided in two groups of 60; patients, received prednisolone 5mg /TDS (case group) and the other 60 patients, received pyridoxine / 20mg/ TDS (control group). 3 days later, serum electrolytes, severity of vomiting, beginning of diet, and response to treatment were studied. All patients were followed every week, up to 22 weeks of gestational age.

Results: There was no significant difference between the two groups with respect to maternal age, gestational age, and gravidity, and weight loss, number of previous admissions recent pregnancy. There was significant difference between the two groups in electrolyte disorders, start of feeding after 1-2 days from initiated treatment, recurrent admission 2 weeks after discharge and response to treatment ($P \leq 0.001$). 90% of the patients in prednisolone group and 61.7% of pyridoxine group responded positively to the treatment. 3 days after the commencement of the treatment, 18 people in prednisolone group and 5 in pyridoxine still had electrolyte imbalances. The proportion of vomiting and hypocalcemia modification in prednisolone consumer were, respectively consumer 4.5 and 4.7 as much as pyridoxine and the likelihood of the relapse of vomiting in pyridoxine consumer was 3.3 as much as prednisolone.

Conclusions: A short course of a little prednisolone therapy was more effective than pyridoxine in treatment of hyper emesis gravidarum.

KEY WORDS: Hyper emesis gravidarum, Prednisolone, Pyridoxine

*Gynecology and Obstetric Dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.

**Gynecologist.