

# مقایسه تأثیر زنجبیل و ویتامین B<sub>6</sub> در درمان تهوع و استفراغ بارداری

مژگان فیروزبخت<sup>1</sup> شبیم امیدوار<sup>2</sup> حسن عظیمی<sup>3</sup>

<sup>1</sup> مربی گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل، <sup>2</sup> مربی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، <sup>3</sup> کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشگاه

مازندران

مجله پزشکی هرمزگان سال دوازدهم شماره سوم پاییز 87 صفحات 175-179

## چکیده

**مقدمه:** تهوع و استفراغ از شایعترین عوارض دوران بارداری است که اغلب مورد توجه قرار نمی‌گیرد. مصرف داروهای شیمیایی بخصوص در هفته‌های اول بارداری سبب بروز نگرانی در مادر و خانواده او به دلیل خطر تراژدی‌نسیته می‌شود. استفاده از گیاهان دارویی نگرانی‌های مصرف داروهای شیمیایی را در بر ندارد. این مطالعه یک کارآزمایی بالینی دوسو کور است که با هدف بررسی تأثیر کپسول زنجبیل در درمان تهوع و استفراغ بارداری و مقایسه آن با ویتامین B<sub>6</sub> انجام شده است.

**روش کار:** در این مطالعه در مدت 11 ماه، 80 نفر از زنان باردار تک‌قلو با سن حاملگی کمتر از 20 هفته که دچار تهوع و استفراغ بارداری بوده و تا کنون تحت درمان قرار نگرفته بودند انتخاب شدند و پس از تقسیم در دو گروه بطور تصادفی تحت درمان با زنجبیل و ویتامین B<sub>6</sub> (4 بار در روز به مدت 4 روز) قرار گرفتند. شدت تهوع و دفعات تهوع و استفراغ بر اساس نمودار دیداری 24 ساعت قبل از درمان و در طی روزهای درمان سنجیده شد. هفت روز پس از درمان، نحوه پاسخ به درمان با استفاده از مقیاس 5 قسمتی لیکرت سنجیده شد. نتایج حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون T و ویل کاکسون مورد بررسی قرار گرفت. و ( $P < 0/05$ ) معنی‌دار تلقی شد.

**نتایج:** نتایج حاصل بیانگر تأثیر زنجبیل در کاهش شدت تهوع ( $p < 0/001$ ) و دفعات تهوع ( $P < 0/006$ ) و استفراغ بارداری ( $p < 0/0001$ ) بود. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در کاهش شدت تهوع، دفعات تهوع و دفعات استفراغ مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه بیانگر آن است که زنجبیل در درمان تهوع و استفراغ بارداری موثر است ولی مصرف آن نیاز به مطالعات گسترده‌تری جهت تعیین دوز مناسب دارو و بررسی عوارض مادری و جنینی در نتیجه مصرف آن دارد.

**کلیدواژه‌ها:** تهوع - استفراغ - بارداری - زنجبیل - ویتامین B<sub>6</sub>

نویسنده مسئول:  
مژگان فیروزبخت  
دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده  
پرستاری مامایی  
بابل - ایران  
تلفن: +98 121 2287898  
پست الکترونیکی:  
Frouzkehkit\_M@yahoo.com

دریافت مقاله: 86/2/29 اصلاح نهایی: 86/11/2 پذیرش مقاله: 86/11/16

## مقدمه:

این عارضه معمولاً از هفته 4-8 پس از قطع قاعدگی شروع شده، در اکثر موارد تا هفته 14 بارداری بهبود می‌یابد و تنها در 2% افراد تا پایان بارداری ادامه پیدا می‌کند (4، 5). تهوع و استفراغ در اکثر موارد در حد خفیف و متوسط است که عارضه خاصی را ایجاد نمی‌کند، ولی به هر حال سبب از دست رفتن آرامش مادر

مشکلات گوارشی از شایعترین شکایات دوران بارداری است که در بیشتر موارد با تهوع و استفراغ بروز می‌کند و تقریباً 80-70% از زنان باردار آن را تجربه می‌کنند (1-3).

به دنبال مصرف زنجبیل، هیچ موردی از سقط جنین یا افزایش نواقص جنینی و عوارض مادری مشاهده نشده است (2، 4، 13، 14).

چای زنجبیل، بیسکویت زنجبیل، کپسول زنجبیل (با نام زینتوما ساخت شرکت گلدارو) موجود است. اشکال مختلف مؤثر در رفع این عارضه است (12، 15). مصرف کپسول زنجبیل برای معده راحت تر و حاوی شکل خشک زنجبیل است که از ریشه تازه آن مؤثرتر است (12). مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر کپسول زنجبیل در درمان تهوع و استفراغ بارداری بطور مقایسه‌ای با ویتامین B6 (که رایج‌ترین داروی مورد استفاده در درمان این عارضه است)، در زنان باردار شهرستان آمل صورت گرفته است.

#### روش کار:

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی دوسوکور تصادفی است که از آوریل ماه 84 تا آبان ماه 85 بر روی 80 نفر از زنان باردار انجام شد. جمعیت مورد مطالعه از بین خانم‌های باردار تک‌قلو که سن حاملگی کمتر از 20 هفته داشته و دچار تهوع همراه یا بدون استفراغ بودند و به درمانگاه‌های منتخب شهرستان آمل مراجعه می‌نمودند، به طور تصادفی انتخاب شدند. افرادی که مبتلا به بیماری گوارشی یا کلیوی، فشارخون بالا، صرع، دیابت و حساسیت شناخته شده به زنجبیل بودند یا تهوع و استفراغ شدید بارداری (هیپرامزیس) داشتند و نیز افرادی که امکان پیگیری آنها وجود نداشت، از مطالعه حذف شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه سه قسمتی بود که شامل مشخصات دموگرافیک و وضعیت بارداری، شدت تهوع و استفراغ در 24 ساعت قبل از شروع درمان و طی مدت درمان و چگونگی پاسخ به درمان بود. کپسول زنجبیل (زینتوما) و ویتامین B6 در آزمایشگاه فارماکولوژی در پوشش‌های مشابه بسته‌بندی و کدگذاری گردید و کدهای داده شده تا پایان مطالعه نزد مسئول آزمایشگاه باقی ماند. بدین ترتیب بیمار و پژوهشگر از نوع داروی مصرفی بی‌اطلاع بودند. پس از

باردار و خانواده وی می‌گردد. قبل از دستیابی به روش‌های درمانی، تهوع و استفراغ شدید (هیپرامزیس) از علل مرگ و میر مادران بود. شاید بتوان گفت خانم شارلوت برونته نویسنده انگلیسی «جین ایر» مشهورترین قربانی این عارضه بود که بدنال 4 ماه تهوع و استفراغ فوت نمود. امروزه مرگ مادران باردار به دلیل این عارضه بسیار نادر است (5/0%)، اما هنوز از شایع‌ترین دلایل بستری شدن آنها در هفته‌های نخست بارداری می‌باشد (4).

از آنجا که تهوع و استفراغ بارداری تدریجاً کاهش یافته و بهبود می‌یابد، در بیشتر زنان درمان با تأخیر انجام می‌شود و درمان معمولاً علامتی است (6). درمان تهوع و استفراغ بستگی به شدت آن دارد و می‌تواند به صورت تغییر در رژیم غذایی تا بستری شدن و حتی تغذیه از راه ورید باشد (7). روش‌های درمانی مختلفی در دسترس است که اغلب آنها داروهای صنعتی و شیمیایی هستند (8). زنان باردار بدلیل ترس از اثرات تراژوژنی تمایلی به مصرف دارو طی بارداری ندارند. به دنبال تراژدی تالیدومید و بروز ناهنجاری فراوان محدودیت مصرف دارو در حاملگی جدی گرفته شد. اگرچه استفاده از داروها در طول بارداری در بسیاری مواقع ضروری و عاقلانه است (9).

استفاده از گیاهان دارویی یکی از روش‌های درمانی است که نگرانی‌های مصرف داروهای صنعتی و شیمیایی را نیز در پی ندارد. سیر، بابونه، نعناع، بلوط دریایی و زنجبیل از گیاهان مورد استفاده در درمان تهوع و استفراغ بارداری است.

زنجبیل به عنوان ادویه، تاریخچه‌ای طولانی در مصارف غذایی و دارویی دارد. در طب سنتی بخصوص در کشورهای چین، ژاپن و هندوستان جهت درمان بیماری‌های مختلف بخصوص تهوع و استفراغ بارداری به کار می‌رود (10، 11). در ایران زنجبیل به عنوان ادویه (عطر و طعم‌دهنده غذا) و داروی ضدنفخ (دردهای حاد) ضد تهوع و استفراغ بارداری، تقویت هوش و حافظه مورد مصرف قرار می‌گرفته است (12).

و گروه B زنجبیل 24 نفر). خصوصیات فردی واحدهای پژوهش در دو گروه تعیین شد. این خصوصیات در دو گروه مشابه بود و تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین شدت تهوع و استفراغ قبل از مصرف دارو در هر دو گروه تعیین گردید. شدت تهوع، دفعات تهوع و دفعات استفراغ قبل از درمان تفاوت معنی‌داری در دو گروه نداشت (جدول شماره 1). میانگین شدت تهوع ( $p=0$ )، دفعات تهوع ( $p=0/001$ ،  $p=0/006$ )، دفعات استفراغ ( $p=0$ ،  $p=0/002$ ) بعد از مصرف داروها در هر دو گروه به طور معنی‌داری کاهش یافته بود. مقایسه شدت تهوع و دفعات تهوع و استفراغ در طی درمان در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول شماره 2).

جدول شماره 1 - خصوصیات فردی در دو گروه

خصوصیات	Vit B6	زنجبیل	P
سن (سال)	24/3±3/7	۲۴/۹±۵/۵	0/54
نولی پار	%83/5	%84/4	
مولتی پار	%16/5	%14/6	
سن حاملگی (هفته)	۸/۹±۲/۹	9/1±4/6	0/73
زمان شروع تهوع (هفته)	5/7±0/31	6/7±0/29	0/32
متوسط شدت تهوع قبل از درمان	5/8±3/07	6±3/3	0/55
دفعات تهوع قبل از درمان	2/5±1/8	3/5±3/03	0/34
دفعات استفراغ قبل از درمان	1/17±1/49	2/14±4/16	0/2

جدول شماره 2 - مقایسه شدت تهوع و استفراغ در طی درمان

روز	0-1	0-2	0-3	0-4	گروه
شدت تهوع	2/71±2/7	2/14±2/07	2/2±2/8	0/54±0/88	شدت تهوع
زنجبیل	3/41±3/44	0/85±1/1	2±2/5	0/4±0/8	Vit B6
P-Value	0/54	0/71	0/86	0/88	زنجبیل
دفعات تهوع	2/08±2/41	1/7±2/55	2/02±2/89	0/94±1/83	دفعات تهوع
زنجبیل	2/7±3/13	1/7±2	1/2±1/66	1/26±۲/۶	Vit B6
P-Value	0/35	0/76	0/32	0/94	زنجبیل
دفعات استفراغ	0/9±1/1	0/71±1/27	0/6±1/1	0/5±0/88	دفعات استفراغ
زنجبیل	1/1±1/4	0/82±1/1	0/58±0/95	0/47±0/89	Vit B6
P-Value	0/30	0/57	0/70	0/56	زنجبیل

## نتایج:

انتخاب واحدهای پژوهش، ابتدا خصوصیات دموگرافیک و وضعیت بارداری و شدت تهوع و استفراغ طی 24 ساعت قبل مشخص گردید. سپس داروها به طور تصادفی در اختیار واحد پژوهش قرار گرفت. نحوه مصرف دارو به صورت 4 کپسول در روز به مدت 4 روز بود. با توجه به اینکه برخی عوامل از قبیل سابقه سردرد میگرنی، مصرف غذای پرچرب قبل از بارداری، جنین دختر، سن پایین، حاملگی اول، چاقی و استرس سبب تشدید تهوع بارداری می‌شود (7)، در زمینه استفاده از مواد غذایی کم حجم، افزایش دفعات تغذیه، عدم مصرف غذاهای پرچرب و لزوم پشتیبانی روحی این افراد توسط اعضای خانواده آموزش‌های لازم به افراد مصرف کننده داده شد. در طی مدت درمان، قسمت دوم پرسشنامه در اختیار واحد پژوهش قرار گرفت تا شدت تهوع و استفراغ را به صورت روزانه ثبت نماید. جهت نمودار دیداری عبارت بود از یک خط مدرج 10 سانتیمتری که از صفر (بدون تهوع) تا 10 (شدیدترین تهوع) تقسیم بندی شده و واحدهای پژوهش بر اساس این معیار شدت تهوع خود را مشخص می‌نمودند. دفعات تهوع و استفراغ به صورت ثبت علامت مثبت بر روی برگه پرسشنامه مشخص می‌گردید. به منظور تسهیل مراجعه مجدد واحدهای پژوهش به در مانگاههای مورد نظر، مراجعه بعدی یک هفته پس از شروع مصرف دارو در نظر گرفته شد که پاسخ به درمان و رضایت واحدهای پژوهش از نحوه درمان با استفاده از مقیاس 5 قسمتی لیکرت (بسیار بدتر، بدتر، بی تفاوت، بهتر، بسیار بهتر) سنجیده و در قسمت سوم پرسشنامه ثبت می‌گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون ویل کاکسون و T-test در سطح  $P < 0/05$  مورد بررسی قرار گرفت.

در این مطالعه، 69 نفر تا پایان طول درمان در گروه‌های خود باقی ماندند (گروه A ویتامین B6 35 نفر

وجود نداشت (3). مطالعه انجام شده توسط **Spirmatoe** و همکارانش کاهش شدت تهوع و استفراغ را در مصرف‌کنندگان زنجبیل نشان داد. در این مطالعه تفاوت معنی‌داری بین گروه دریافت‌کننده ویتامین B6 و زنجبیل مشاهده نشد (14، 15).

به نظر می‌رسد تأثیر زنجبیل بر درمان تهوع و استفراغ به دلیل خاصیت آنتی‌کولینرژیک و ضد هسیتامین آن است (11، 13).

10/2% از دریافت‌کنندگان زنجبیل در طی درمان دچار مشکلاتی از قبیل درد معده و افزایش تهوع (بلافاصله بعد از مصرف کپسول زنجبیل) شدند.

**Spirmatoe** درد معده را در 9/4% از دریافت‌کنندگان زنجبیل ذکر نمود (14، 15). در مطالعه شریفی در 6% مصرف‌کنندگان بیسکویت زنجبیلی، عوارضی چون درد معده و سرگیجه گزارش گردید ولی شدت عوارض ایجاد شده به حدی نبود که نیاز به قطع درمان وجود داشته باشد (18).

نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر تأثیر مصرف زنجبیل در کاهش تهوع و استفراغ بارداری است. هر چند در مطالعاتی که تاکنون انجام شده، عارضه مادری یا جنینی برای مصرف زنجبیل گزارش نشده، اما هنوز به مطالعات وسیع‌تری برای تعیین دوز مناسب دارویی و بررسی اثرات احتمالی آن نیاز می‌باشد.

#### سپاسگزاری:

بدینوسیله از کلیه خانم‌های بارداری که در پژوهش شرکت نموده و همینطور ماماها، درمانگاه‌های منتخب شهرستان آمل، سرکار خانم‌ها محمدخانی‌ها، حیدر نژاد و بابائیان که در گردآوری اطلاعات ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

یک هفته بعد از شروع درمان، پیگیری وضعیت درمان واحدهای پژوهش با استفاده از مقیاس لیکرت صورت گرفت. در 8/8% از دریافت‌کنندگان ویتامین B6 و 18/3% از دریافت‌کنندگان زنجبیل، علایم بسیار بدتر و در 60/6% از دریافت‌کنندگان زنجبیل و 61% از دریافت‌کنندگان B6 شدت علائم بسیار بهتر شده بود ( $P=0/87$ ).

16% از دریافت‌کنندگان B6 و 27/6% از دریافت‌کنندگان زنجبیل در طول درمان دچار مشکل شدند ( $P=0/55$ ). در 10/2% از دریافت‌کنندگان زنجبیل، درد معده گزارش گردید.

#### بحث و نتیجه‌گیری:

نگرانی زنان باردار و خانواده‌های آنها از بروز ناهنجاری در جنین بدنال مصرف دارو به خصوص در ماههای نخست بارداری، سبب تمایل بیشتر به مصرف داروهای گیاهی در آنها گردیده است (10، 11). استفاده از داروهای گیاهی در درمان بیماری‌ها علاوه بر سهولت دستیابی، در مقایسه با داروهای شیمیایی عوارض سوء کمتری دارد (16).

نتایج این مطالعه بیانگر تأثیر زنجبیل بر تهوع و استفراغ بارداری است؛ به طوری که با مصرف کپسول زنجبیل، شدت و دفعات تهوع و استفراغ به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرد.

در مطالعه **Smith** و همکارانش کپسول زنجبیل سبب کاهش شدت تهوع و استفراغ بارداری شده بود (17). همچنین در مطالعه **Vutyavanich** و همکارانش شدت تهوع و استفراغ در دریافت‌کنندگان زنجبیل در مقایسه با پلاسبو کاهش یافته بود. تفاوت معنی‌داری میان اثر زنجبیل و ویتامین B6 در کاهش تهوع و استفراغ بارداری

#### References

1. Abolghasemi S, Razmjoo N. Effectiveness of Ginger in nausea and vomiting during pregnancy. *Journal of Babol University of Medical Science*. 2004;6(3):17-20. [Persian].

#### منابع

2. Jewell D, Young G. Intervention for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane database System Rev.* 2003;(4):CD000145.
3. Vutyavanich T, Kraissarin T, Ruangsri R. Ginger for nausea and vomiting in pregnancy: randomized double- masked- placebo- control trial. *Obstet Gynecol.* 2001;97:577-82
4. Borrelli F, Capasso R, Aviello G, Pittler MH, Izzo AA. Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy induced nausea and vomiting. *Obstet Gynecol.* 2005;105(4):849-56.
5. Locroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: a prospective study of it is frequency intensity and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:931-7.
6. Davis M. Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence-based review. *J perinat neonatal nurs.* 2004;18(4):312-28.
7. Portnoi G, Chng LA, Karimi-Tabesh L. Prospective comparative study of the safety and effectiveness of ginger for treatment of nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(4):1140.
8. Conver E. Over the counter products: nonprescription medications. *Nutraceuticals and Herbal Agent. Clinical obstetrics & Gynecology.* 2002;45(1). 89-98.
9. Willetts KE, Ekanagaki A, Eden JA. Effect of a ginger extract on pregnancy-induced nausea: a randomized controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 2003;43(2):139-44.
10. Grant KL. Alternative therapies: Ginger. *Am J Health-Sys Pharm.* 2000;57(10):945-7.
11. Al-Achi. A current look at Ginger use. 2001 Sep. Available from: <http://www.uspharmacist.com>
12. Samsam Shariat H. Medicinal plant. 1th ed. Esfahan: Maney publisher; 1995. [Persian].
13. Pizzorno JE, Murray MT. Textbook of natural medicine. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1999.
14. Spiramote M, Lekhyanda N, Willetts KE, Ekanagaki A. Effect of ginger extract on pregnancy induce nausea. A randomized controlled trial. *J Obstet Gynecol.* 2003;43(2):139-44.
15. Spiramote M, Lekhyand N. A randomized comparison of ginger and vit B6 in the treatment of nausea and vomiting of pregnancy. *J Med Assoc Thai.* 2003;86(9):846-53.
16. Nasser M. Development of traditional medicine based on W.H.O guidance. *Medical daneshvar: Bimonthly journal of shahed university.* 2004;11(52):53-66. [Persian].
17. Smith C, Crowther C, Franzcog, Will son K, Hotham N, Mc Millian V. A randomized controlled trial of ginger to treat nausea and Vomiting in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):639-45.
18. Sharifi A. Survey of effective of Ginger cookies on nausea and vomiting in early pregnancy. The thesis of medicine. *Babol University of Medical Science.* 2003. [Persian].