

مقایسه تاثیر کپسول زنجبیل و ویتامین B6 بر تهوع و استفراغ بارداری

مژگان فیروزبخت^{۱*}، مریم نیک پور^۲، شبیم امیدوار^۱، آزاده کیاپور^۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۳/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۹

چکیده

زمینه و هدف: تهوع و استفراغ از شایعترین عوارض دوران بارداری است که اغلب به دلیل عدم تمایل به مصرف داروهای شیمیایی مورد توجه قرار نمی‌گیرد. این مطالعه یک کارآزمایی بالینی دو سوکور است که با هدف بررسی تاثیر کپسول زنجبیل در درمان تهوع و استفراغ بارداری و مقایسه آن با ویتامین B6 و یک دارونما انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه ۱۲۰ نفر از زنان باردار تا هفته بیستم بارداری که دچار تهوع و استفراغ بوده و تا کنون تحت درمان قرار نگرفته‌اند و به درمانگاه های شهرستان آمل مراجعه نمودند، به طور تصادفی انتخاب شده و سپس در سه گروه تقسیم شدند و تحت درمان زنجبیل و vitB6 و پلاسبو به مدت ۴ روز قرار گرفتند، بعد از یک هفته درمان آنها پیگیری شدند. روش جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بود که شامل اطلاعات دموگرافیک افراد و بررسی شدت تهوع و استفراغ براساس یک نمودار دیداری (خطی به طول ۱۰cm، از 0 بدون تهوع تا ۱۰ شدیدترین تهوع) تقسیم بندی شده بود، ۲۴ ساعت قبل از درمان و در ۴ روز طی درمان بود. نتایج حاصل از پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS18 و آزمون‌های ANOVA، کروسکال و الیس، تی زوجی و رتبه علامتدار ویلکاکسون مورد بررسی قرار گرفت ($p < 0/05$).

یافته‌ها: نتایج حاصله بیانگر تاثیر زنجبیل در کاهش شدت تهوع و دفعات تهوع و استفراغ بارداری بود. در مقایسه با ویتامین B6 و دارونما تفاوت معنی داری بین سه گروه در کاهش شدت تهوع و دفعات تهوع و دفعات استفراغ مشاهده نگردید؛ ولی در دریافت کنندگان زنجبیل، متوسط شدت تهوع در طی روزهای درمان، همواره کمتر از دریافت کنندگان پلاسبو بود.

بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه بیانگر آنست که زنجبیل در درمان تهوع و استفراغ بارداری موثر است.

واژگان کلیدی: تهوع و استفراغ، بارداری، زنجبیل، ویتامین B6

مقدمه

ماه تهوع و استفراغ شدید بارداری^۲ فوت نمود، با این حال از شایعترین دلایل بستری شدن مادر در هفته‌های نخست بارداری است (۴) علیرغم آنکه تهوع و استفراغ از عوارض بارداری محسوب می‌شود ولی نتیجه حاملگی اغلب خوب است، بطوریکه میزان سقط جنین و تولد نوزاد کم وزن^۳ کاهش می‌یابد (۶).

از آنجا که تهوع و استفراغ بارداری تدریجاً کاهش یافته و بهبودی می‌یابد در بیشتر زنان، درمان با تأخیر انجام می‌شود و درمان آن معمولاً علامتی است (۷) درمان تهوع و استفراغ بستگی به شدت علائم آن دارد و می‌تواند به صورت تغییر در رژیم غذایی تا بستری شدن و حتی دریافت^۴ TPN باشد (۶) روشهای مختلف جهت درمان در دسترس است. مصرف ویتامین B6، آنتی هیستامین‌ها یا آنتاگونیست‌های گیرنده H1 (دیمن هیدرامین، دیمن هیدرینات) مسدود کننده دوپامین (متوکلوپرامید) و

تهوع و استفراغ، شایعترین شکایت دوران بارداری بوده که تقریباً در ۷۰-۸۰٪ زنان باردار تجربه می‌شود (۱، ۲، ۳). معمولاً از هفته ۴-۸ بعد از قاعدگی شروع شده، بیشترین شدت آن در هفته ۹ بوده و بعد از آن شروع به کاهش می‌کند و در اکثر موارد تا هفته ۱۴ بهبود می‌یابد، در ۲٪ افراد در تمام طول بارداری ادامه دارد (۴و۵).

این اختلال اگرچه در اکثر موارد در حد خفیف و متوسط است ولی می‌تواند سبب از بین رفتن آرامش مادر و خانواده او گردد. مرگ مادر به دلیل این عارضه بسیار نادر است و شیوعی در حدود ۵/۰٪ دارد (شارلوت برونته نویسنده انگلیسی «جین ایر» شاید مشهورترین قربانی این عارضه بود که در سال ۱۸۵۵ به دنبال ۴

۲. Hyperemesis

۳. Low Birth Weight (LBW)

۴. Total Parenteral Nutrition

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی بابل
(نویسنده مسؤل) Email: firoozbakht_m@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳. گروه علوم پایه، دانشکده علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی بابل، ایران

کپسول زنجبیل، ویتامین B6 و پلاسبو در آزمایشگاه فارماکولوژی در پوشش‌های مشابه بسته‌بندی و کدگذاری گردید و کدهای داده شده تا پایان مطالعه، نزد مسوول آزمایشگاه باقی ماند. بدین صورت بیمار و پژوهشگر از نوع داروی مصرفی بی‌اطلاع بودند. این داروها توسط ماما‌های درمانگاه‌های منتخب شهرستان آمل (که آموزش لازم را دیده بودند) به زنان بارداری که دچار این عارضه بوده و تمایل به درمان داشتند، پس از آگاهی از شرکت در این کار آزمایشی به طور تصادفی داده شدند. نحوه مصرف دارو، ۴ کپسول در روز به مدت ۴ روز بود. به افراد مورد پژوهش آموزش لازم در مورد مصرف غذاهای کم حجم و افزایش دفعات مصرف و عدم مصرف مواد غذایی پرچرب داده شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود که توسط آن مشخصات دموگرافیک و وضعیت بارداری و شدت تهوع و استفراغ قبل از مصرف دارو و در طی مصرف دارو سنجیده شد. تهوع به عنوان یک علامت ذهنی به دو روش، مورد سنجش قرار گرفت.

۱- نمودار دیداری و ۲- مقیاس لیکرت نمودار دیداری که خط مدرج cm ۱۰ که از ۰ (نشان دهنده موارد بدون تهوع) تا ۱۰ (شدیدترین حالت تهوع) تقسیم‌بندی شده و واحدهای پژوهش شدت تهوع خود را بر اساس این معیار مشخص می‌کردند. دفعات تهوع و استفراغ نیز بر اساس ثبت علامت مثبت (+) ۲۴ ساعت قبل و در طی روزهای درمان مشخص گردید. یک هفته پس از مصرف دارو با استفاده از مقیاس لیکرت، پاسخ به درمان سنجیده شد.

اعتبار پرسشنامه با بررسی متون و مقالات علمی و تأیید سه تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه و پایایی آن با استفاده از آزمون test re test صورت پذیرفت ($r = 0/86$). داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی خصوصیات دموگرافیک و بارداری، واحدهای پژوهش از آزمون‌های ANOVA و کروسکال والیس و برای بررسی شدت و دفعات تهوع و استفراغ قبل و بعد از درمان از آزمون‌های تی زوجی و رتبه علامتدار ویلکاکسون در سطح $P < 0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۹۷ نفر تا پایان طول درمان در گروه‌های خود باقی ماندند (گروه A ویتامین B6، ۳۵ نفر، گروه B پلاسبو ۲۸ نفر و گروه C زنجبیل ۲۴ نفر). خصوصیات فردی واحدهای پژوهش در سه گروه تعیین گردید، این خصوصیات شامل سن، پاریتی، سن حاملگی، زمان شروع تهوع با استفاده از آزمون ANOVA و تحصیلات و شغل با استفاده از آزمون کروسکال والیس در سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. شدت تهوع و دفعات استفراغ، قبل از مصرف دارو در هر سه گروه به ترتیب با استفاده از

کورتیکواستروئیدها به عنوان آخرین قدم در درمان موارد شدید استفاده می‌شود (۸).

زنان باردار به دلیل ترس از اثرات تراتوژنی تمایلی به مصرف دارو در طی بارداری ندارند. به دنبال تراژدی تالدومید و بروز ناهنجاری فراوان، محدودیت مصرف دارو در حاملگی جدی گرفته شد. اگرچه استفاده خردمندانانه از دارو در بسیاری مواقع ضروری و عاقلانه است (۹).

اخیراً مصرف گیاهان دارویی به عنوان یک روش درمانی مورد توجه فراوان است. سیر، بابونه، نعناع، بلوط دریایی و زنجبیل از جمله گیاهان مورد استفاده در درمان تهوع و استفراغ بارداری است. زنجبیل بعنوان ادویه، تاریخچه، طولانی در مصارف غذایی و دارویی دارد. و در طب سنتی بخصوص در کشورهای چین و ژاپن و هندوستان جهت درمان بیماریهای مختلف و بخصوص تهوع و استفراغ بارداری به کار می‌رود (۱۰، ۱۱). چای زنجبیل، بیسکویت زنجبیل، کپسول زنجبیل به اشکال مختلف در دسترس زنجبیل می‌باشد (۲). مصرف کپسول زنجبیل برای معده راحت‌تر و حاوی شکل خشک زنجبیل است که از ریشه تازه آن موثرتر است (۱۲).

مطالعات انجام شده توسط اسپیرماتو و یوتیا وانج^۱ بیانگر تاثیر زنجبیل در درمان تهوع و استفراغ بارداری بود (۳، ۱۳، ۱۴) به دنبال مصرف زنجبیل هیچ موردی از سقط جنین یا افزایش نواقص مادرزادی و عوارض مادری مشاهده نشده است (۲، ۴، ۱۳). با توجه به شیوع بالای این عارضه و عدم تمایل زنان باردار به مصرف داروهای شیمیایی، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثر کپسول زنجبیل، ویتامین B6 و پلاسبو در درمان تهوع و استفراغ بارداری در زنان باردار شهرستان آمل انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه یک کار آزمایشی بالینی دوسوکور تصادفی است که بر روی ۱۲۰ نفر از زنان باردار که سن حاملگی کمتر از ۲۰ هفته داشته و دچار تهوع همراه یا بدون استفراغ بارداری بودند و به درمانگاه‌های منتخب شهرستان آمل مراجعه نمودند، صورت گرفته است. از آنجا که زنان باردار بخصوص در هفته‌های اول بارداری تمایل به مصرف دارو ندارند، حجم نمونه مورد بررسی در هر گروه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که با محاسبه حداقل ۱۰٪ ریزش در هر گروه ۴۰ نفر بر آورد گردید. زنان بارداری که دارای بیماری یا مشکل خاصی از قبیل فشار خون بالا، صرع، دیابت و یا حساسیت شناخته شده به زنجبیل بودند و یا به دلیل شدت تهوع و استفراغ، نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشتند یا امکان پیگیری آنان وجود نداشت، از مطالعه حذف شدند.

آزمون‌های کرواسکال والیس و ANOVA حاکی از عدم تفاوت معنی‌دار بود. (جدول شماره ۱)

به تفکیک گروه‌ها جدول (۱): خصوصیات دموگرافیک و بارداری در واحدهای پژوهش

P	زنجبیل (n=24)	پلاسبو (n=28)	Vit B6 (n=35)	خصوصیات
۰/۵۴	۲۴/۹۵ ± ۰/۵	۲۵/۰۳ ± ۵/۲	۲۴/۰۳ ± ۳/۷	سن (سال) (انحراف معیار ± میانگین)
۰/۴۳	۲۰ (٪۸۲/۲)	۲۴ (۸۶/۶٪)	۲۹ (٪۸۳/۵)	مولتی‌پار (درصد) تعداد
۰/۴۳	۴ (٪۱۶/۶)	۴ (٪۱/۴)	۶ (٪۱۶/۵)	نولی‌پار (درصد) تعداد
۰/۷۳	۹/۱ ± ۴/۶	۹/۱ ± ۳/۶	۸/۹ ± ۴/۹	سن حاملگی (هفته) (انحراف معیار ± میانگین)
۰/۳۴	۰/۷ ± ۰/۲	۵/۸ ± ۰/۳	۵/۷ ± ۰/۳	زمان شروع تهوع (هفته) (انحراف معیار ± میانگین)
۰/۳۴	۳/۵ ± ۳/۰۳	۴ ± ۳/۷	۲/۵ ± ۱/۸	دفعات تهوع قبل از درمان (انحراف معیار ± میانگین)
۰/۵۵	۳/۵ ± ۳/۳	۵/۲ ± ۳/۱	۵/۸ ± ۳/۰۷	متوسط شدت تهوع قبل از مصرف دارو (انحراف معیار ± میانگین)
۰/۲	۲/۱ ± ۴/۱	۱/۱ ± ۵/۰۲	۱/۱ ± ۱/۴	دفعات استفراغ در ۲۴ ^h قبل از درمان (انحراف معیار ± میانگین)
۰/۴۳	۷ (۲۶/۵٪)	۹ (۳۲٪)	۷ (۲۰٪)	در حد خواند و نوشتن (درصد) تعداد
۰/۴۳	۱۵ (۶۱/۸٪)	۱۶ (۵۷٪)	۲۳ (۶۵/۵٪)	دییلم و زیر دییلم (درصد) تعداد
	۲ (۱۱/۷٪)	۳ (٪۱۱)	۵ (۱۴/۵٪)	عالی (درصد) تعداد
۰/۵۲	۳ (۵/۸٪)	۰ (۰٪)	۲ (۵/۷٪)	شاغل (درصد) تعداد
	۲۱ (۹۴/۱٪)	۲۸ (۱۰۰٪)	۳۲ (۹۱/۴٪)	خانه‌دار (درصد) تعداد

در هر سه گروه معنی‌دار شد. نتایج حاکی از آن است که شدت تهوع و دفعات استفراغ بعد از مصرف دارو در هر سه گروه به طور معنی‌داری کاهش یافته بود. (جدول شماره ۲)

شدت تهوع قبل و بعد از درمان با استفاده از آزمون رتبه علامت دار ویلکاکسون در هر سه گروه معنی‌دار شد. همچنین دفعات استفراغ قبل و بعد از درمان با استفاده از آزمون تی زوجی

جدول (۲): مقایسه شدت تهوع و استفراغ در سه گروه قبل و بعد از درمان

P	بعد از درمان		قبل از درمان		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
					(شدت تهوع)
۰/۰۰۰	۰/۸۸	۰/۵	۳/۰۷	۵/۸	Vit B ₆
۰/۰۰۰	۳/۰۱	۲/۰۷	۳/۱۵	۵/۲	پلاسبو
۰/۰۰۰	۰/۸	۰/۴	۳/۳۱	۶	زنجبیل
					(دفعات استفراغ)
۰/۰۲	۰/۸	۰/۵	۱/۴	۱/۱	Vit B ₆
۰/۰۱۳	۰/۱	۰/۴	۲/۵	۱/۷	پلاسبو
۰/۰۰۰	۰/۸	۰/۴	۲/۱	۲/۱	زنجبیل

پلاسبو شدت تهوع در طی روزهای درمان بیشتر از دریافت کنندگان زنجبیل و ویتامین B6 بود. (جدول شماره ۳)

نتایج آزمون ANOVA برای دفعات استفراغ و آزمون کراسکال والیس برای شدت تهوع طی روزهای درمان نشان می‌دهد که بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ ولی در گروه

جدول (۳): مقایسه شدت تهوع و استفراغ در طی درمان

گروه	روز	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
		۰-۱	۰-۲	۰-۳	۰-۴
(شدت تهوع)					
Vit B6		۲/۷±۲/۷	۲/۰۷±۲/۰۷	۲/۰۸±۲/۰۲	۰/۸±۰/۵
پلاسبو		۳/۴±۳/۴	۳/۰۱±۳/۰۱	۳/۴±۳/۸	۳/۰۱±۲/۵۷
زنجبیل		۳/۳±۳/۳	۰/۸±۱/۰۱	۲/۵±۲	۰/۸±۰/۴
p(کروسکال والیس)		۰/۷۶	۰/۴۴	۰/۴۵	۰/۵۶
(دفعات استفراغ)					
Vit B6		۰/۹±۱/۱	۱/۲±۰/۷	۰/۸±۰/۶	۰/۸±۰/۵
پلاسبو		۱/۱±۱/۱	۰/۸±۰/۶	۰/۶±۰/۵	۰/۱±۰/۴
زنجبیل		۱/۴±۱/۱	۱/۱±۰/۶	۰/۹±۰/۵	۰/۱±۰/۴
ANOVA) (p		۰/۵۶	۰/۴۶	۰/۹۲	۰/۸۲

کاهش بیشتر میانگین شدت تهوع و استفراغ بارداری شده بود، ولی این کاهش در مقایسه با اثر پلاسبو معنی دار نبود.

تاثیر زنجبیل بر درمان تهوع و استفراغ به دلیل خاصیت آنتی کولی نرژیک و ضد هیستامین آن است (۱۲، ۱۱). نگرانی زنان باردار و خانواده‌های آنها از بروز ناهنجاری در جنین، به دنبال مصرف دارو به خصوص در ماه‌های نخست بارداری سبب تمایل بیشتری به مصرف داروی گیاهی در آنها گردیده است (۱۱، ۱۰). WHO نیز به منظور جامعه عمل پوشاندن به شعار "بهداشت برای همه" تا سال ۲۰۰۰، توسعه طب سنتی را مورد توجه قرار داده است یکی از نکات قابل توجه در این برنامه، عدم رضایت از درمان‌های طب جدید به خصوص در باب عوارض جانبی داروهای شیمیایی است. استفاده از روش‌های طب سنتی سبب کاهش قابل توجه هزینه درمان و سهولت دستیابی و کاهش عوارض جانبی داروهای شیمیایی می‌گردد (۱۵).

۱۰/۲٪ دریافت کنندگان زنجبیل در طی درمان، دچار مشکل شدند. عمده‌ترین مشکل آنها سوزش و درد معده و افزایش تهوع بلافاصله بعد از مصرف کپسول به دلیل شکل دارویی زنجبیل بود. بیات (۱۳۸۴). عوارض مصرف زنجبیل را در ۶٪ افراد به صورت درد معده و سرگیجه بیان نمود. و اسپیرماتیبو نیز در معده را در ۹/۴٪ دریافت کنندگان زنجبیل ذکر نمود (۱۳، ۱۴).

به نظر می‌رسد یکی از مشکلات مصرف برخی از داروهای گیاهی به دلیل بو و مزه بسیار تند یا شکل دارویی آنها باشد. استفاده از اشکال مناسب‌تر دارویی (مثلاً قرص) سبب سهولت و استفاده بیشتر از این ترکیبات خواهد شد.

سابقه سردرد میگرنی، مصرف غذاهای پرچرب قبل از بارداری، جنین دختر، سن پایین، حاملگی اول، چاقی استرس، سابقه تهوع در حاملگی قبلی و یا در مادر و خواهر و خانه‌دار بودن از عوامل تشدید تهوع در بارداری محسوب می‌شود (۷). توجه خصوصیات فردی و روانی افراد در درمان این عارضه بارداری بسیار مهم

یک هفته بعد از شروع درمان، پیگیری وضعیت درمان واحدهای پژوهش با استفاده از مقیاس لیکرت صورت گرفت. ۳۲/۲٪ دریافت کنندگان پلاسبو ۸/۸٪ دریافت کنندگان ویتامین B6 و ۱۸/۳٪ دریافت کنندگان زنجبیل شدت علائم بسیار بدتر و در ۶۰/۶٪ دریافت کنندگان زنجبیل، ۴۲/۷٪ دریافت کنندگان پلاسبو و ۶۱٪ دریافت کنندگان ویتامین B6 شدت علائم بسیار بهتر شده بود.

۴۶٪ دریافت کنندگان پلاسبو در مقابل ۱۶٪ دریافت کنندگان B6 و ۲۷/۶٪ دریافت کنندگان زنجبیل در طی درمان، دچار مشکلاتی از قبیل درد معده، سوزش معده، سرگیجه و افزایش شدت تهوع و استفراغ شدند. افزایش شدت تهوع و استفراغ دریافت کنندگان پلاسبو در مواردی منجر به قطع دارو و استفاده از سایر روش‌های درمانی گردید. دریافت کنندگان پلاسبو در ۲۳/۸٪، در مقابل ۱۹/۴٪ در B6 و ۹/۸٪ در زنجبیل شدت تهوع افزایش یافت. در ۱۰/۲٪ دریافت کنندگان زنجبیل درد معده گزارش گردید.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه، بیانگر تاثیر زنجبیل بر تهوع و استفراغ بارداری است. بطوری که با مصرف کپسول زنجبیل، شدت و دفعات تهوع و استفراغ به طور معنی‌داری کاهش یافت. تفاوت معنی‌داری میان اثر زنجبیل و ویتامین B6 و پلاسبو در کاهش تهوع و استفراغ بارداری مشاهده نگردید. مطالعه انجام شده توسط اسپیرماتیبو و همکاران (۲۰۰۳) کاهش شدت تهوع و استفراغ را در مصرف کنندگان زنجبیل نشان داد. در این مطالعه، تفاوت معنی‌داری بین گروه دریافت کننده vitB6 و زنجبیل مشاهده نشد (۱۳، ۱۴). همچنین در مطالعه ویلت^۱ و همکاران (۲۰۰۳) زنجبیل در کاهش تهوع و استفراغ بارداری موثر بود؛ اگرچه زنجبیل، سبب

تهوع و استفراغ بارداری است و می‌توان از آن به عنوان یک روش ساده و مناسب و در دسترس استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با همین عنوان، مصوب کمیته تحقیقات و اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی بابل به شماره ۳۵۱۷ مورخ ۹۰/۷/۲ می باشد. ضمن تشکر از همکاری معاونت محترم پژوهش، از کلیه زنان باردار و همکاران شرکت کننده در جمع آوری اطلاعات قدردانی می شود.

است. استفاده از روشهای آموزشی بخصوص در ارتباط با تغذیه مناسب و صحیح و پشتیبانی روحی زن باردار توسط اعضای خانواده و کادر بهداشتی درمانی و بعضاً مشاوره روانی می‌تواند به عنوان بخشی از برنامه درمانی در این بیماران قرار گیرد. از محدودیت های این پژوهش عدم کنترل مصرف کامل دارو توسط واحدهای پژوهش بود که منجر به خروج تعداد زیادی از واحدهای پژوهش از مطالعه بود. اگرچه مطالعات مختلف عارضه مادری یا جنین خاصی را در مصرف کنندگان زنجبیل گزارش ننموده است؛ ولی نیاز به مطالعات بیشتر برای بررسی اثرات احتمالی و تعیین دوز مناسب و حتی شکل مناسب دارویی است. نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر تاثیر مصرف زنجبیل در کاهش

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]
2. Jewell D, Young G, Intervention for neausea & Vomiting in early pregnancy Chochrane. Datebase sys Rev. 2001; 1.
3. Vutyavanich T, Theeratana K,. Ginger for neausea and vomiting in pregnancy: Randomized Double- Masked- placebo- Control trial. Obstetrics & Gynecology. 2001;97:511-582.
4. Borreli F, Capasso R. Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy Induced neausea and vomiting. American college of obstetrics & Gynecologists. 2005; 105 (5): 849.856.
5. Locroix R, Eason E, Melzack R, Neausea and Vomiting during pregnancy: A prospective study of it is frequency intensity and patterns of change. Am j obstet & Gynecol. 2000; 183:931-937.
6. Portnoi G, Chng LA, Karimi-Tabesh L. prospective comparative study of the safety and effectiveness of ginger for treatment of neausea and vomiting in pregnancy. Am J obstet Gynecol. 2004; 190 (4): 1140.
7. Mitzi M. Neausea and vomiting of pregnancy: An Evidence- based Review. 2004; 312-328.
8. Conver E. Over the counter priducts: Nonprescription medications. Nutraceuticals and Herbal Agent. Clinical obstitrics & Gynecology. 2002; 45(1). 89-98.
9. Willett S, Karen E, Ekangaki A. Effect of a ginger extract on pregnancy. Induce neausea a randomized controlled trial Australlia and Newsland journal of obstetrics & Gynecology. 2003; 43(2). 139.
10. Kathryn L, Grant pharm D. Alternative therapies: Ginger. Am. j Heallh. Sys pharm. 2000; 57(10): 945-947.
11. AlAchi A. A current look at Ginger use. Pharmacist U.S.A web site. <http://www.uspharmacist.com/oldform.asp>. Dec 20, 2011. Cited on 5th. Nov, 2011.

12. Pizzorno J, Murray M. Text book of Natural medicine. 1999, churchill living stone. 1025. 1029.
13. Spiramote M, Lekhyanda N, Willetts KE, Ekangaki A. Effect of ginger extract on pregnancy induce neausea. A randomized Controlled trial. J obstet Gynecol. 2003; 43(2): 139-44.
14. Spiramote M, Lekhyand N, A randomized comparison of ginger and vitB6 in the treament of neausea and vomiting of pregnancg. 2003; 86(9): 846-53.
15. Nasserri M. Development of traditional medicine based on W.H.O guidance. Medical Daneshvar: Biomanthly Journal of Shahed University. 2004;11(52):53-66.[Persian].

Comparative Study of Effects of Ginger with Vit. B6 in Treatment Nausea and Vomiting During Pregnancy

Mozhgan Firouzbakht^{1*}, Maryam Nikpour², Shabnam Omidvar¹, Azadeh Kiapour³

Abstract

Background and Objective: Nausea and vomiting is the most common complication in the pregnancy but hasn't paid much attention to it. The use of medication especially in-the first weeks of pregnancy may cause stress in pregnant women and their families because of teratogenicity. This is a randomized, double blind clinical trial study. The aim of this study is to investigate the effect of ginger in nausea and vomiting during pregnancy. Comparing it with vit B6 and placebo.

Methods: The women at 20 weeks of pregnancy who had nausea and vomiting and didn't take any medication were included in this study. 120 women randomly selected and divided in to 3 groups and were given vit B6, placebo, and ginger respectively. They were given treatment for 4days and followed after 1 week.

The tool of this study was a questioner, including demographic characteristic and determining severity nausea and vomiting, 24 hours before the treatment and during 4 consecutive days while taking treatment, according an analog visual scale (a 10cm Line, 0 without nausea, 10 sever nausea). The data were analyzed with SPSS soft ware and T test , ANOVA and kruskal Wallis Test. (P<0.05)

Results: The result of this study showed that ginger was effective in treating nausea and vomiting (p=0.000). In comparison with vitB6 and placebo it didn't have a significant difference in reducing severity (p=0.5) and number of episode of nausea (p=0.4) and vomiting (p=0.8).

Conclusion: Ginger was effective in treating nausea and vomiting in pregnancy, but it's use needs further study to determine the proper dosage and documentation about safety of this drug for pregnant mother and her fetus.

Key words: Nausea, Vomiting, Pregnancy, Ginger, VitB6.

1. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery Islamic Azad University. Babol Branch, Babol, Iran.
(Corresponding Author) Email: Firouzbakht_m@yahoo.com

2. MSc of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Babol, University of Medical Sciences, Babol, Iran.

3. Department of Basic Science. Islamic Azad University. Babol Branch, Babol, Iran.