

موضوع: اثر درمانی طب فشاری در کاهش تهوع و استفراغ دوران بارداری
نویسندگان: زهرا رضایی، پریسا مجدم، الهام مومنی (دانشجویان پرستاری)
استاد راهنما: میترا ملایی نژاد(عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی واحد خوراسگان)

چکیده: از عوارض دوران بارداری تهوع و استفراغ (NVP) است که به بیش از 50٪ خانمها در این دوران از آن رنج می‌برند. اتیولوژی (NVP) نامعلوم و مورد بحث است. به دلیل عوارض داروهای صنعتی و خطرات آن برای مادر و جنین امروزه استفاده از درمان‌های جایگزین مورد توجه قرار گرفته است. این درمان‌ها دامنه‌ای از ویتامین درمانی (پریدوکسین)، گیاه درمانی، طب سوزنی و فشاری را در بر می‌گیرد. در این مقاله به بررسی (NVP)، عوارض (NVP) طولانی مدت همچنین طب فشاری و چگونگی تاثیر آن بر (NVP) می‌پردازیم.

روش: روش این پژوهش، مطالعه مروری مقالات مرتبط با تاثیر طب فشاری بر (NVP) می‌باشد.

بحث: تهوع و استفراغ بارداری در 70٪ موارد بین هفته‌های 4 تا 6 بارداری شروع می‌شود و تا هفته‌های 12 تا 14 و حتی گاهی تا هفته 20 بارداری هم ادامه دارد که اثرات عمیقی بر عملکرد خانوادگی، اجتماعی و شغلی زن باردار می‌گذارد و در موارد شدید و ماندگار ممکن است منجر به عدم تعادل الکترولیتها و اختلالات متابولیکی می‌شود که برای مادر و جنین بسیاری خطر آفرین است لذا کاهش (NVP) بسیار با اهمیت می‌باشد. از آن جا که برخی از زنان باردار از دریافت هر نوع دارویی در دوره بارداری امتناع می‌کنند، تنها راه مداخله در این افراد استفاده از درمان‌های غیر دارویی از جمله طب فشاری است که شاخه‌ای از طب سوزنی است با این تفاوت که در آن نیاز به استفاده از سوزن جهت تحریک نقاط نمی‌باشد، بلکه تحریک بر روی نقطه نیگان (P6) اعمال می‌شود. تکنیک‌های حسی حاصل از تحریک این نقطه به نحوی مبهم به ساقه مغز منتقل می‌شود و تهوع و استفراغ را مهار می‌کنند.

نتیجه: استفاده از طب فشاری شدت تهوع و دفعات استفراغ را کاهش داده و دارای مزایای گوناگونی از جمله سادگی، راحتی، ارزان و در دسترس بودن می‌باشد و فاقد عوارض و مداخلات تهاجمی است و خطری برای مادر و جنین به دنبال نخواهد داشت لذا به عنوان روش درمانی مناسب و موثر شناخته شده است.

مقدمه:

بارداری: بارداری دوران غرور آمیزی است که در آن درخت وجود، نیکوترین ثمره زندگی را در خودی پرورده بارداری طبیعی با احساس رضایت و خشنودی مادر همراه است. اما با وجود این، مشکلاتی نیز همراه دارد که باعث رنج و زحمت و مشقت مادر باردار شده و این دوران را بر او مشکل می‌سازد، هدف اساسی از مراقبت‌های دوران بارداری پی بردن به مشکلات مادر و جنین در مراحل اولیه و انجام اقداماتی در جهت رفع و حل این مشکلات است. لذا باید به گونه‌ای با این مشکلات برخورد نمود و آنها را برطرف کرد که راه‌های ارائه شده کمترین عارضه را برای مادر و جنین داشته باشند. اختلالات دستگاه گوارش شایع‌ترین شکایات دوران بارداری می‌باشند به طوری که در بررسی‌های انجام شده در مراقبت‌های بارداری تقریباً 20٪ زنان باردار به علت شدت این مشکلات در جستجوی خدمات پزشکی‌اند که در این میان تهوع و استفراغ شایع‌ترین اختلال می‌باشد. تهوع و استفراغ حین بارداری در 50 تا 90 درصد از بارداری‌ها مشاهده می‌شود. در 70٪ موارد بین هفته‌های 4 تا 6 بارداری شروع می‌شود و تا هفته‌های 12 تا 14 و حتی اگر گاهی تا هفته 20 بارداری هم ادامه دارد. اگر چه این حالت غالباً به بیماری صبحگاهی نسبت داده می‌شود ولی می‌تواند در هر زمان از روز اتفاق بیفتد.

علت تهوع و استفراغ بارداری nvp به خوبی مشخص نیست تغییرات هورمونی ناشی از بارداری، افزایش محتویات معده و علل روانی و NVP صبحگاهی خالی بودن معده از دلایل احتمالی این عارضه به شمار می‌روند.

عوارض NVP: در استفراغ بدخیم بارداری، استفراغ به جدی شدید است که منجر به عدم تعادل الکتریکی و اختلالات متابولیکی می‌گردد. در موارد شدید یا برقان، تب، خونریزی دستگاه گوارش، پارگی مری و عوارض جنینی مانند ناهنجاری‌های دستگاه عصبی-

مرکزی، دررفتگی مادر زادی مفصل ران، تاخیر رشد داخل رحمی و مرگ جنین همراه می باشد. تهوع به تنهایی یا همراه با استفراغ می تواند اثرات عمیقی بر عملکرد خانوادگی، اجتماعی و شغلی زن باردار داشته باشد. مطالعه دیگری نشان داده است که عفونت هلیکوباکتریلوری به طرز قابل توجهی در زنان حامله از NVP رنج می برند، در مقایسه با زنان حامله بدون NVP شایعتر است.

درمان دارویی: در پزشکی نوین راهکارهای ارائه شده برای کنترل NVP استفاده از دارو است داروها با تاثیر مستقیم برروی سیستم عصبی می توانند این مشکل را کنترل کنند. کاربرد داروهای ضد استفراغ، عوارض ناخوشایندی، مانند: سندروم اکستراپیرامیدال، خواب آلودگی و کاهش فشار خون را به دنبال دارد که هم برای مادر و هم برای جنین بسیار خطرناک است. در واقع دارو درمانی هنگامی که حمایت روانی و تغذیه در رژیم غذایی نتواند کارساز باشد مد نظر قرار می گیرد که می توان به داروهای مثل فنوتیازینها، آنتی هیستامینها و متوکلوپرامید اشاره کرد.

درمان غیر دارویی: امروزه درمان های دارویی و غیر دارویی متنوعی برای کاهش تهوع و استفراغ بارداری معرفی شده است و از آنجا که برخی از زنان باردار از دریافت هر نوع دارویی در دوره بارداری امتناع می کنند، تنها راه مداخله در این افراد استفاده از درمان های غیر دارویی است. این درمان ها دامنه ای از ویتامین درمانی (پیریدوکسین)، گیاه درمانی، طب سوزنی، و طب فشاری را در بر می گیرد.

طب فشاری: طب فشاری یکی از شاخه های طب سوزنی است که کاربرد فراوانی در درمان تهوع و استفراغ در طب سنتی کشور چین دارد. این طب نوعی تحریک نقاط طب سوزنی با به کار بردن فشار انگشت یا دست است تاریخ اولین درمان ها به وسیله فشار انگشتان به اوایل تاریخ طب سنتی چین می رسد، یعنی به دوران افسانه ای امپراطوری نژاد زرد و در حدود 15 سال است که در غرب مطرح شده است نام های مختلفی همچون فشار نوک شست یا تکنیک عالی انگشتان به آن داده شده است. 5 قانون در به کار گیری این طب باید رعایت شود: 1- محلی که بایستی فشرده شود قبلا باید گرم شود به طوری که بر اثر جریان هوا سرد و منقبض نگردد: 2 دستهایتان که مورد استفاده قرار می گیرند باید کاملا تمیز باشند و شاید بهتر است ضد عفونی شوند. ناخن ها بایستی کوتاه باشند، به صورتی که در حین کار پوست را نخراند 3- دستها باید گرم باشند به شکلی که بر اثر تماس آنها با بدن پوست احساس سرما نکند. 4- شخص فشار دهنده باید افکار خود را به خوبی برروی اعمالی که انجام می دهد متمرکز کند 5- انگشت فشاری در موارد زیر نباید انجام شود: 1- درست پس از صرف غذا 2- در مواقع وجود تب 3- در مورد بیماری های مسری 4- در مورد بیماری های پوستی 5- در مورد بیماری روماتیسم مفصلی حاد

مکانیسم اثر طب فشاری: مکانیسم اثر طب فشاری در درمان تهوع و استفراغ دقیقا مشخص نیست. اما تحریک نقطه نیگان به چند روش قابل اجراست. تحریک نقطه نیگان با انگشت به وسیله باند مخصوصی است به نام سی باند که نوعی باند پلاستیکی است که دارای تکه در سطح راحتی بوده و با قرار دادن تکه برروی نقطه نیگان فشار ثابتی به این نقطه وارد می شود سال ها پیش چینی ها این باندها را به مسافین کشتی می دادند تا از دریا زدگی رهایی یابند به همین جهت این باند به سی باند (Sea-Band) و یا باند دریایی معروف است.

مزایای طب فشاری: با توجه به اینکه برای درمان تهوع و استفراغ بارداری هر ساله مبالغ هنگفتی مصرف می شود که این هزینه ها شامل منابع مالی، اتلاف وقت، هزینه ویزیت پزشکان و مراقبت های مامایی می شود لذا درمان های غیر دارویی همچون طب فشاری با مزایایی از جمله سادگی، راحتی، ارزان و در دسترس بودن و فاقد عوارض و مداخلات تهاجمی می توانند از درمان های بسیار مفید و بی خطر به شمار رود.

نتیجه: استفاده از طب فشاری شدت تهوع و دفعات استفراغ را کاهش داده و عوارضی نیز به دنبال نداشته است بنابراین می تواند در درمان تهوع و استفراغ بارداری استفاده شود.

در مورد مکانیسم احتمالی آن اعتقاد بر این است که در طب فشاری با ایجاد بر نقاط خاص، رشته های عصبی کوچک میلین دار که در عضلات قرار گرفته اند، فعال می شوند و تحریکات را به مراکز عصبی بالاتر، از حمله نخاع، مغز میانی و محور هیپوفیز، هیپوتالاموس منتقل می کنند و بسته به محل تحریک اثرات مختلف بروز می کند تکانه های حسی حاصل از تحریک عصب مدیان به نحوی مبهم به ساقه مغز منتقل می شود و تهوع و استفراغ را مهار می کند. الگوی طب چینی با پزشکی امروز متفاوت است. طب فلسفه طب چینی، سلامت به

عنوان تعادل یا هماهنگی در خود فرد و هماهنگی بین فرد و طبیعت تعریف می شود. نیروی حیات از اتصال جسم، فکر و روح به وجود آمده و انحراف از آن موجب بیماری است انرژی یا نیروی حیاتی که چینی ها از آن به عنوان «کای (CHI) نام می برند، در درون بدن در مسیرها و یا کانال های مشخصی حرکت می کند که به آن «مدار» گفته می شود. این مدارها با یکدیگر جمع شده و یک شبکه منظم را می سازند. جریان انرژی در این مدارها در حال تعادل است. اگر در یک یا چند مدار انرژی کاهش پیدا کند، سلامت فرد تغییر می کند. در مورد گردش انرژی، در بدن مطالعاتی توسط فیزیولوژیست ها انجام گرفته است. یکی از تحقیقات انجام رفته نتیجه بدست آمده نشان داده که مسیر مستقلی از جریان عصبی و عروقی در بدن وجود دارد که ناقل حساسیت، حرارت و انرژی است. قسمت هایی در این مدارها وجود دارند که انرژی حداقلی نسبت به سایر نقاط مدار دارند. این نقاط همان نقاط به کار رونده در طب فشاری است که با استفاده از سوزن یا فشار می توان میزان انرژی را تغییر داد و انرژی را تقویت کرد. از نظر چینی ها بروز تهوع و استفراغ به علت بر هم خوردن تعادل انرژی در یکی از مدارهای بدن موسوم به مدار پریکارد است که این مدار 9 نقطه فشار دارد که هر کدام از آنها کاربرد خاصی دارند. ششمین نقطه از مدار، به نیگان معروف است و با P_6 نشان داده می شود و این نقطه به فاصله 5 سانتی متری از خط دیستال مچ است و بین دوتاندون فلکسور کار پی را دیالیز و پالماریس لونگوس واقع شده است. کاربرد این نقطه در سور هاضمه، تهوع و استفراغ، بیماری مسافرت، تپش قلب، سردرد و خون دماغ است. تحریک این نقطه انرژی را به جریان انداخته و به کاهش اضطراب، افسردگی و رفع مشکلات روحی نیز کمک می کند. تا زمانی که فشار بر نقطه نیگان وارد می شود، مرکز تهوع و استفراغ در مغز غیر حساس می شود و هنگامی که فشار برداشته شد اثر درمانی بعد از 24 ساعت برطرف خواهد شد.

نتیجه گیری: زنان باردار ممکن است انواعی از مشکلات گوارشی را نشان دهند. تغییرات در شیوه زندگی و غیر دارویی می تواند با یاد بدون درمان دارویی همزمان توصیه شود. هرچند، قبل از توصیه درمان دارویی، بیمار باید توسط یک پزشک ارزیابی شود. داروسازان یک بخش کلیدی در تیم مراقبت سلامتی هستند و می توانند ارزیابی کنند که آیا علائم یک بیمار باردار نیاز فوری به مراجعه به پزشک دارد یا نه؟ به علاوه، داروسازان می توانند با انتخاب فراورده براساس اطلاعات بی خطری در دسترس، به بیماران و پزشکان کمک کنند. هنگامیکه یک فراورده انتخاب می شود، اجتناب می شود، داروساز می تواند در مورد مصرف و دوز مناسب با بیمار مشورت کند.

References

- 1 Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Sys Rev* 2003;4:CD000145.
- 2 Hayakawa S, et al. Frequent presence of *Helicobacter pylori* genome in the saliva of patients with hyperemesis gravidarum. *Am J Perinatol*. 2000;17:243-247.
- 3 American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). ACOG Practice Bulletin Number 52: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2004;103:803-814
- 4 Vutyavanich T, et al. Ginger for nausea and vomiting in pregnancy: a randomized, double-masked placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2001;97:577-582.
- 5 Keating A, Chez RA. Ginger syrup as an antiemetic in early pregnancy. *Altern Ther Health Med*. 2002;8:89-91
- 6 Backon J. Ginger in preventing nausea and vomiting of pregnancy; a caveat due to its thromboxane synthetase activity and effect on testosterone binding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1991;42:163-164.
- 7 Mazzotta P, Magee LA. A risk-benefit assessment of pharmacological and nonpharmacological treatments for nausea and vomiting of pregnancy. *Drugs* . 2000;59:781-800.
- 8 Richter JE. Review article: the management of heartburn in pregnancy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22:749-757.
- 9 Larson JD, Patatanian E, et al. Double-blind, placebo-controlled study of ranitidine for gastroesophageal reflux symptoms during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1997;90:83-87

- 10 Knudsen A, Lebech M, Hansen M. Upper gastrointestinal symptoms in the third trimester of the normal pregnancy. *Eur J Obstet Reprod Biol.* 1995;60:29-33
- 11 Fisher RS, Roberts GS, et al. Altered lower esophageal sphincter function during early pregnancy. *Gastroenterology.* 1978;74:1233-1237.
- 12 Tytgat GN, Heading RC, et al. Contemporary understanding and management of reflux and constipation in the general population and pregnancy: a consensus meeting. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:291-301.
- 13 Marrero JM, Goggin PM, et al. Determinants of pregnancy heartburn. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99:731-734.
- 14 Ching C, Lam S. Antacids: indications and limitation. *Drugs.* 1994; 47: 305-317
- 15 Witter FR, King TM, Blake DA. The effects of chronic gastrointestinal medication on the fetus and neonate. *Obstet Gynecol.* 1981;58:79S-84S.
- 16 Smallwood RA, et al. Safety of acid-suppressing drugs. *Dig Dis Sci.* 1995;40(Suppl):63S-80S.
- 17 Weberg R, Berstad A, Ladehaug B. Are aluminum containing antacids during pregnancy safe? *Acta Pharmacol Toxicol.* 1986;59(Suppl 7):63-65.
- 18 Mandel KG, Daggy BP, et al. Review article: alginate-raft formulations in the treatment of heartburn and acid reflux. *Aliment Pharmacol Ther.* 2000;14:669-690.
- 19 Lindow SW, Regnell P, et al. An open-label, multicentre study to assess the safety and efficacy of a novel reflux suppressant (Gaviscon Advance) in the treatment of heartburn during pregnancy. *Int J Clin Pract.* 2003;57:175-179.

- 20 Magee LA, Inocencion G, et al. Safety of first trimester exposure to histamine H2 blockers. A prospective cohort study. *Dig Dis Sci*. 1996;41:1145-1149.
- 21 Ruigomez A, Rodriguez LAG, et al. Use of cimetidine, omeprazole, and ranitidine in pregnant women and pregnancy outcomes. *Am J Epidemiol*. 1999;150:476-481.
- 22 Parker S, Schade RR, et al. Prenatal and neonatal exposure of male rat pups to cimetidine but not ranitidine adversely affects subsequent adult sexual functioning. *Gastroenterology*. 1984;86:675-680.
- 23 Nielson GL, Sorensen HT, et al. The safety of proton pump inhibitors in pregnancy. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999;13:1085-1089.
- 24 Lalkin A, Loebstein R, et al. The safety of omeprazole during pregnancy: a multicenter prospective controlled study. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179:727-730.
- 25 Kallen B. Delivery outcome after the use of acid-suppressing drugs in early pregnancy with special reference to omeprazole. *Br J Obstet Gynaecol* . 1998;105:877-881.
- 26 Nikfar S, Abdollahi M, et al. Use of proton pump inhibitors during pregnancy and rates of major malformations. A meta-analysis. *Dig Dis Sci* . 2002;47:1526-1529.
- 27 Diavcitrin O, Arnon J, et al. The safety of proton pump inhibitors in pregnancy: a multicenter prospective controlled study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21:269-275.
- 28 DiPiro J, et al. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002:655-669.

- 29 Berardi R, McDermott J, et al. *Handbook of Nonprescription Drugs*. 14th ed. Washington, DC: American Pharmacists Association; 2004:335-359.
- 30 Forrester A. Diarrhea. *Patient Self-Care (PSC)*. 2002:238-251.
- 31 Black R, Hill DA. Over-the-counter medications in pregnancy. *Am Family Phys*. 2003;67:2517-2524.
- 32 Einarson A, Mastroiacovo P, et al. Prospective controlled multicenter study of loperamide in pregnancy. *Can J Gastroenterol*. 2000;14:185-187.
- 33 Wald A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. *Gastroenterol Clin N Am*. 2003;32:309-322.
- 34 Friedman JM, Polifka JE. *Teratogenic Effects of Drugs: A Resource for Clinicians*. 2nd ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2000.
- 35 Jewell D, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;2:CD001142.
- 36 Muller-Lissner SA, Kamm MA, et al. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:232-242.
- 37 Briggs GG, et al. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2005.
- 38 Baron TH, Ramirez B, Richter JE. Gastrointestinal motility disorders during pregnancy. *Ann Intern Med*. 1993;118:366-375.

- 39 Thomson Micromedex. *USPDI Drug Information for the Health Care Professional: Volume 1*. 25th ed. Taunton, MA: Quebecor World; 2005.
- 40 Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Sys Rev*. 2005;3:CD004077.
- 41 Tierney LM, et al. Current Medical Diagnosis and Treatment 2006. Gastroenterology. University of Cincinnati library Web site. Available at: www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=6395. Accessed August 28, 2006.
- 42 Furne JK, Levitt MD. Factors influencing frequency of flatus emission by healthy subjects. *Dig Dis Sci*. 1996;41:1631-1635.
- 43 Basotti G, et al. Flatus-related colorectal and anal motor events. *Dig Dis Sci*. 1996;41:335-338.
- 44 Gas and bloating during pregnancy. Baby Center. February 2005. Available at: www.babycenter.com/refcap/pregnancy/prenatal health/247.html. Accessed February 16, 2006.
- 45 Clinical Pharmacology (online version). Accessed at University of Cincinnati library Web site. Available at: www.cpip.gsm.com. Accessed August 28, 2006.

Health A to Z. Aetna IntelliHealth Inc. February 2004. Available at:
www.intelihealth.com/IH/ihtIH/WSIHW000/8270/22025/346741.html. Accessed
February 16, 2006.

منابع:

- 1- Uini/ mahva news htm 2004
- 2- داوود شجاعی زاده. <http://journals.Tums.Ac.Ri/abs>.
- 3- کتب کاربرد علمی طب فشاری تألیف جرارد اد ترجمه ساعد زمان.
- 4- تاثیر طب فشاری با استفاده از سی باند تهمنه صالحیان، معصومه دل آرام، میترا تدین.
- 5- تاثیر طب فشاری بر فراوانی شدت و تهوع بارداری، زهرا بیگم سید آقا میری، نجمه السادات حسینی، دکتر فاطمه رمضانزاده، دکتر محسن ویژه، فرید حق الهی