

راهنماهای خدمات سلامت
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شماره:

۱۰۰/رسم/۹۲۱۰۶۷۰۱

تاریخ تدوین:

فروردین ماه ۱۳۹۲

تاریخ بازنگری:

عنوان (به فارسی و انگلیسی)

مدیریت تهوع و استفراغ در دوران بارداری

Management of Nausea and vomiting in pregnancy

کاربران هدف

پزشکان خانواده، عمومی، متخصصین زنان و زایمان، ماماها و کارکنان بهداشتی شاغل در بخش‌های دولتی و غیردولتی (عمومی، خصوصی، خیریه و...)

مقدمه

مشکلات گوارشی یکی از شایعترین شکایات دوران بارداری است که عمدتاً به صورت تهوع و استفراغ بروز می‌کند و در اغلب موارد توجه قرار نمی‌گیرد (۱). تقریباً ۷۰-۸۵ درصد از زنان در دوران بارداری خود دچار تهوع و استفراغ میشوند که از این بین تقریباً ۵۰ درصد، تهوع و استفراغ و ۲۵ درصد فقط تهوع دارند (۱-۳). این علائم تقریباً در نیمی از موارد تا هفته چهاردهم بارداری برطرف میشود، در حالیکه در ۱۰-۱ درصد از زنان تا پس از هفته ۲۰ بارداری نیز ادامه پیدا میکند. در ۳-۱ درصد از زنان باردار موارد شدید تهوع و استفراغ بارداری رخ میدهد که منجر به کاهش وزن، دهیدراتاسیون، اختلال الکترولیتی و دفع کتون در ادرار می‌شود (۴). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که تهوع و استفراغ در دوران بارداری اثرات قابل توجه جسمی و روانی بر روی زنان بر جای می‌گذارد (۱، ۵). نتایج مطالعه‌ای که بار بیماری تهوع و استفراغ دوران بارداری را در ایالات متحده بررسی کرده است نشان میدهد که این ناخوشی شدیداً بر کیفیت زندگی زنان باردار و توانایی کار کردن آنها تأثیر منفی می‌گذارد (۶).

اقدامات تشخیصی

- زنان بارداری که دچار تهوع و استفراغ هستند، معمولاً نیازی به ارزیابی‌های آزمایشگاهی ندارند؛ مگر اینکه علائم شدید و طولانی مدت بوده (در کل دوره بارداری)، یا سیر فزاینده (در طول روز) داشته باشد.
- شرح حال گیری:

۱. آغاز، طول مدت، و تکرر تهوع و استفراغ

۲. آیا غذاها و نوشیدنی‌ها تحمل میشوند؟

۳. علائم مرتبط (مثلاً کاهش وزن، درد در ناحیه شکم)

۴. هر نوع شرایط همزمان (مثلا دیابت) که ممکن است بطور معکوسی تحت تاثیر تهوع و استفراغ قرار گیرد.
۵. تاثیر ناخوشی بر زندگی بیمار (مثلا کار، شرایط و حمایت خانه ، توانایی مراقبت از خانواده)
۶. تاثیر ناخوشی بر حالت روحی و روانی زن (۷، ۸)

اقدامات درمانی

- وزن مادر باردار باید پایش شود.
 - علائم کم آبی باید بررسی شوند (مثلا تاکی کاردی، کاهش فشار خون وضعیتی).
 - ادرار از نظر کتون باید آزمایش شود.
 - سونوگرافی را باید برای تعیین فاکتورهای مستعد کننده (از قبیل بارداری چندقلویی یا مولار) مد نظر داشت.
 - اندازه گیری گونادوتروپین کوریونیک انسانی سرم، توصیه نشده است.
 - انجام آزمایشهای خونی دیگر (مثل شمارش کامل خون، اوره و الکترولیتها، آزمایشات عملکرد کبد، و تست های عملکرد تیروئید) در مراقبتهای اولیه بطور روتین توصیه نمیشوند؛ در صورت ضرورت انجام چنین آزمایشاتی، بستری در بیمارستان ممکن است مناسب باشد.
 - اگر آزمایشات، علت دیگری را برای تهوع و استفراغ مطرح کند، باید سایر تشخیصهای جایگزین را کنار گذاشت (۹).
 - باید به بیمار اطمینان داد که تهوع و استفراغ، بخش طبیعی از بارداری می باشد و پیامد بارداری عموماً برای زنی که در مراحل اولیه بارداری دچار تهوع و استفراغ میشود، نامطلوب نیست.
 - باید توصیه کرد که بیمار استراحت کند، زیرا خستگی میتواند حالت تهوع را تشدید کند.
 - مایعات کمی بنوشد، چون ممکن است از بروز استفراغ جلوگیری کند.
 - موارد زیر نیز ممکن است کمک کننده باشند:
۱. وعده های غذایی سرشار از کربوهیدرات و بدون چربی با مقادیر کم و دفعات زیاد بخورد.
 ۲. از غذاهای سرد بیشتر استفاده کند. این امر میتواند از تهوع ناشی از استشمام بوی غذا پیشگیری کند چون غذاهای سرد نسبت به غذاهای گرم بوی کمتری دارند.
 ۳. ۲۰ دقیقه قبل از بلند شدن از رختخواب بیسکویت ساده بخورد.
 ۴. زنجبیل بخورد.
 ۵. از طب فشاری استفاده کند.
 ۶. از هر نوع غذایی که علائم را تحریک میکند، پرهیز کند.
 ۷. از هر نوع بو که علائم را تحریک میکند، پرهیز کند.
 ۸. از نوشیدن مایعات سرد، ترش مزه یا نوشیدنیهای شیرین پرهیز کند.

- کمک و حمایت اعضای خانواده و دوستان نیز مفید است (مثلاً کمک در انجام مسئولیتهای خانه و نگهداری از سایر کودکان) (۱۰)

تجویز دارو:

- درمان دارویی را فقط باید زمانی در نظر گرفت که درمانهای اولیه (مثلاً توصیه‌های غذایی و استراحت) کارساز نبوده و زن باردار دارای علائم زیر باشد:
 ۱. علائم تا حدی شدید و مداوم باشند، که مانع از انجام فعالیتهای روزمره شوند.
 ۲. بالا رفتن سطح کتون ادرار
- درک زن باردار از شدت علائم و درخواست او برای درمان ممکن است تصمیم‌گیری در مورد شروع درمان دارویی را تحت تاثیر قرار دهد (۱۱، ۱۲).

ارجاع:

- در صورت وجود موارد زیر بیمار را در بیمارستان بستری کنید یا نظر پزشک متخصص را جویا شوید:
 ۱. علی‌رغم گذشت ۲۴ ساعت از دارو درمانی، علائم شدید باشند (مثلاً عدم تحمل مایعات بدون استفراغ).
 ۲. شواهدی از کم‌آبی یا شک به مشکلات پزشکی دیگر وجود داشته باشند.
 ۳. در صورتی که مقدار کتون ادرار زن بیمار با وجود درمان دارویی افزایش یافته باشد، حتماً نظر یک متخصص زنان پرسیده شود.
 ۴. اگر فرد مشکل دیگری (مثلاً دیابت) دارد که ممکن است بطور معکوسی تحت تاثیر تهوع و استفراغ قرار بگیرد، بدون معطلی باید بیمار را در بیمارستان بستری کرده یا نظر یک متخصص را جویا شد (۹).
- در صورت مشاهده موارد زیر زن باردار دچار تهوع و استفراغ باید بطور اورژانسی به پزشک مراجعه کند:
 ۱. ادرار بسیار پررنگ، یا فقدان ادرار برای بیشتر از ۸ ساعت
 ۲. درد در ناحیه شکم یا تب
 ۳. ضعف شدید یا احساس از حال رفتن
 ۴. استفراغ خونی
 ۵. استفراغ مکرر و بدون وقفه
 ۶. باقی نماندن غذا و مایعات در معده به مدت ۲۴ ساعت [و دفع از طریق استفراغ] (۱۳).

استقرار

۱. مسئولیت پیاده‌سازی، اجرا پیگیری و ارزشیابی این راهنما به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.
۲. مسئولیت پایش و ارزشیابی اقدامات در جمعیت تحت پوشش، بر عهده دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد.

۱. Firoozbakht M, Omidvar S, Azimi H. Comparing the effect of ginger and B6 vitamin in nausea and vomiting in pregnancy. Hormozgan Medical Journal. 2008(3).
۲. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. The Cochrane Collaboration. 2009.
۳. Jennifer R, Niebyl M. Nausea and Vomiting in Pregnancy. The New England Journal of Medicine. 2010;363(16):1544-50.
۴. Ali B, Jadidi R. Comorbidity of Helicobacter pilori and nausea and vomiting in pregnancy. Journal of Shahid beheshti University of Medical Sciences. 2006(50):153-7.
۵. Matthews A, Dowswell T, Haas D, Doyle M, O'Mathúna D. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy (Review). The Cochrane Collaboration. 2010(9).
۶. Attard C, Kohli M, Coleman S, Bradley C, Hux M, Atanackovic G, et al. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002;186(5):220-7.
۷. Davis M. Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence-based review. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 2004;18(4):312-28.
۸. Nelson-Piercy C. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy. When should it be treated and what can be safely taken? Drugs Safety: An International Journal of Medical Toxicology and Drug Experience. 1998;19(2):155-64.
۹. ACOG. ACOG Practice Bulletin number 52: nausea and vomiting of pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 2004;103(4):803-13.
۱۰. Nausea and Vomiting of Pregnancy. In: Canada SoOaGo, editor. 2004.
۱۱. Kuscu N, Koyuncu F. Hyperemesis gravidarum: current concepts and management. Postgraduate Medical Journal. 2002;78(916):76-9.
۱۲. Broussard C, Richter J. Nausea and vomiting of pregnancy. Gastroentology Clinic of North America. 1998;27(1):123-51.
۱۳. SOGC. The management of nausea and vomiting of pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2002;24(10):817-23.

اعضای هسته مرکزی راهنما:

۱. دکتر پروین باستانی: فوق تخصص یوروگاینکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. دکتر فاطمه ملاح: متخصص زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. ندا کبیری: کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴. فاطمه قربانی: کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۵. قطب علمی پزشکی مبتنی بر شواهد ایران