

مقایسه تأثیر کیپسول زینتوما (زنجبیل) و مفنمیک اسید

بر پس درد زایمانی زنان چندزا

سمیه پورملکی^۱، شهناز نجار^{۲*}، سیمین منتظری^۱، محمدحسین حقیقی زاده^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. مربی گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۲۰

خلاصه

مقدمه: پس درد زایمان، یکی از مشکلات دوران پس از زایمان است که جهت رفع آن، گاهی اوقات نیاز به استفاده از مسکن می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه اثر زینتوما و مفنمیک اسید بر پس درد زایمان زنان چندزا انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی و یک سوکور در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۲۲ زن چندزایی که به روش طبیعی زایمان کرده و از پس درد متوسط یا شدید شکایت داشتند، در بیمارستان شهرستان ماهشهر انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه ۶۱ نفری زینتوما و مفنمیک اسید قرار گرفتند. با استفاده از مقیاس سنجش بصری، میزان پس درد زایمان، ۲ ساعت بعد از زایمان اندازه گیری شد و مادران در صورت داشتن نمره درد ۴ و بیشتر، داروهای مورد مطالعه را دریافت می کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون های آماری استنباطی و توصیفی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این مطالعه ۱۱۵ مادر (۵۷ نفر در گروه زنجبیل و ۵۸ نفر در گروه مفنمیک اسید) شرکت کردند. نتایج نشان داد که در هر دو گروه، شدت و مدت درد پس از مصرف دارو کاهش یافت و شدت و مدت درد در هر دو گروه پس از مداخله تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: زنجبیل به عنوان یک داروی گیاهی سالم و بی خطر و بدون عارضه جانبی می تواند جایگزین مناسب مفنمیک اسید، برای مادرانی باشد که از پس درد زایمانی شکایت دارند.

کلمات کلیدی: پس درد، زنجبیل، مفنمیک اسید

* نویسنده مسئول مکاتبات: شهناز نجار؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۱۶۶۱۲۹۰۰۱، پست الکترونیک:

Najarshanaz@yahoo.com

مقدمه

در زنان نخست زاء، رحم بعد از زایمان معمولاً به صورت منقبض باقی می ماند، در حالی که در زنان چندزاء، رحم اغلب در فواصلی به شدت منقبض می شود (۱) که این انقباضات، به پروستاگلاندین ها که به واسطه سیکلو اکسیژناز^۱ تولید می شوند، مرتبط می باشد (۲) و باعث بروز دردهایی به نام پس درد زایمانی می شوند که شبیه به انقباضات زایمان، اما خفیف تر می باشند. این دردها با افزایش تعداد بارداری افزایش می یابند و زمانی که نوزاد پستان مادر را می مکد، تشدید یافته و معمولاً ۳-۴ روز و گاهی تا یک هفته پس از زایمان ادامه می یابند (۳، ۴). پس دردها، شایعترین درد گزارش شده (۷۷٪) به دنبال زایمان در زنان چندزاء می باشند که شدت آن از دردی شبیه کرامپ های قاعدگی تا ناراحتی شدید و گاه بدتر از درد زایمان توصیف می شود (۵). درد و استرس، با افزایش ترشح هورمون آدرنالین، باعث کاهش ترشح هورمون اکسی توسین از هیپوفیز خلفی شده (۶)، در نتیجه پس دردها علاوه بر ایجاد ناراحتی در مادر، می توانند منجر به توقف رفلکس اکسی توسین و اختلال در جاری شدن شیر مادر شده و این در حالی است که مکیدن پستان مادر توسط نوزاد، خود موجب تشدید درد می شود، در نتیجه شروع تغذیه زودرس با شیر مادر را به تأخیر می اندازد. تغذیه زودرس با شیر مادر فواید زیادی برای مادر و نوزاد دارد. از جمله این فواید برای مادر می توان به برگشت سریع رحم به اندازه طبیعی، کاهش خونریزی بعد از زایمان، از دست دادن وزن اضافی و کاهش خطر پوکی استخوان و سرطان تخمدان و پستان در سال های بعدی عمر و برای نوزاد، کاهش آلرژی و عفونت ها، کاهش بیماری های مزمن مانند آسم، کاهش مرگ ناگهانی شیرخوار و افزایش بهره هوشی اشاره کرد (۷). بنابراین انجام یک مداخله برای درمان آن مورد نیاز می باشد (۴).

در بخش های مامایی، رایج ترین روش تسکین این درد، استفاده از ضد دردهای غیر استروئیدی نظیر مفنمیک اسید و بروفن خوراکی می باشد (۸). مفنمیک اسید یکی از مهار کننده های پروستاگلاندین می باشد و مصرف آن در درمان دردهای آرتريت روماتوئید، استئوآرتريت و سایر موارد التهابی مانند دردهای مرتبط با زنان از جمله دیسمنوره و دردهای لگنی به خوبی پذیرفته شده است (۹). در مورد کارایی این دارو در کاهش التهاب و دردهایی با زمینه التهابی، هیچ شکی وجود ندارد. عملکرد این دارو با مهار آنزیم سیکلواکسیژناز و به دنبال آن، کاهش تولید واسطه های التهابی از قبیل پروستاگلاندین ها صورت می گیرد (۱۰). همان خواص فارماکولوژیکی که باعث تأثیر این دارو بر درد یا آرتريت می شود، مسئول ایجاد عوارض جانبی آن به خصوص در دستگاه گوارش و سایر سیستم های بدن نیز می باشد (۱۱). از جمله عوارض مفنمیک اسید خواب آلودگی، سرگیجه، سمیت کلیوی و عوارض گوارشی می باشد که شایعترین عوارض گوارشی آن تهوع، سوء هاضمه و استفراغ می باشد (۱۲). گیاه زنجبیل که نام علمی آن زینجیبر^۲ می باشد، از جمله گیاهان دارویی به خصوص در کشور ایران می باشد که در طب قدیم ایران به عنوان گیاه ضد آماس معرفی شده است و دارای ساقه های ریشه دار سودمندی است و بومی آسیای جنوب شرقی می باشد (۱۳). سازمان غذا و داروی آمریکا، آن را به عنوان یک مکمل غذایی در نظر می گیرد و به عنوان یک داروی سالم و بی خطر است که مصرف آن به جز دوران بارداری منعی ندارد (۱۴) و در منوگراف کمیسیون E (فارماکوپه آلمان) هیچ گونه عارضه جانبی و یا تداخل دارویی با دیگر داروها برای آن ذکر نشده است (۱۵). ترکیبات زنجبیل مانند هر گیاه دیگر، بسیار پیچیده است و شامل مواد مختلفی نظیر کربوهیدرات، اسیدهای چرب آزاد، اسید آمینه و ترکیبات فرار نظیر جینجرول و شوگاؤل^۳ می باشد (۱۶). جینجرول و جینجرادیون^۴ از ترکیبات تشکیل دهنده زنجبیل می باشند و مهار کننده قوی

²Zingiber officinalis (zintoma)

³ shogaol

⁴ Gingerol, gingerdion

¹ Cyclooxygenase

پروستاگلاندین محسوب می شوند و خاصیت ضد درد، ضد التهاب و ضد باکتری آنها در حیوانات مشاهده شده است و اثر ضد التهاب و ضد درد آنها ناشی از مهار سیکلواکسیژناز و لیپواکسیژناز^۱ و به دنبال آن کاهش لکوترین^۲ و پروستاگلاندین می باشد (۱۵، ۱۷). در کارآزمایی بالینی، خاصیت ضد درد زنجبیل در بهبود دیسمنوره اولیه در زنان و درد زانو در مبتلایان به استئوآرتریت گزارش شده است (۱۷، ۱۸). در حالی که تأثیر آن بر پس درد زایمان ارزیابی نشده است و با توجه به اینکه استفاده از طب مکمل و جایگزین در مواردی مانند القاء زایمان، حالت تهوع و استفراغ، کمردرد، کم خونی، ناراحتی پرینه، افسردگی پس از زایمان و مشکلات شیردهی در حرفه مامایی کاربرد گسترده ای دارد و حمایت قابل توجهی توسط ماماها برای استفاده از طب مکمل برای زنان وجود دارد (۱۹) و با توجه به اثربخشی زنجبیل به عنوان یک داروی گیاهی بی خطر و مؤثر بر روی انقباضات رحمی و اهمیت پس درد زایمانی در مادران و نیاز مادر به یک مسکن سالم و بی خطر در دوران شیردهی، مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه اثر زینتوما و مفنمیک اسید بر پس درد زایمان زنان چندزا انجام شد؛ به امید اینکه با بررسی نتایج احتمالی مطلوب آن، گامی دیگر در جهت بهبود سلامت جسمی و روانی مادر و بهبود روند شیردهی مادر برداشته شود.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی و یک سوکور در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۲۲ زن چندزایی که به روش طبیعی در بیمارستان شهرستان ماهشهر زایمان کرده و از پس درد متوسط یا شدید شکایت داشتند، انجام شد. پس از تصویب طرح پیشنهادی و اخذ مجوز (با شماره ۹۲۰۱) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و ارائه آن به ریاست بیمارستان، نمونه گیری در بخش زنان و مامایی بیمارستان ماهشهر انجام شد. حجم نمونه بر اساس نظر مشاور آمار و بر اساس نتایج مطالعه رهنما و همکاران (۲۰) و با احتساب ۱۰ درصد ریزش نمونه،

۱۲۲ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زایمان به روش واژینال، زایمان حاضر، زایمان دوم و بیشتر، سن بارداری ۳۷-۴۲ هفته، شکایت مادر از پس درد زایمانی متوسط یا شدید (داشتن نمره ۴ یا بیشتر بر اساس خط کش درد)، داشتن حداقل سواد تحصیلی، محدوده وزن نوزاد ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم، شاخص توده بدنی زنان بین ۱۹/۸-۲۹ کیلوگرم بر متر مربع و معیار خروج از مطالعه شامل: استفاده مادر از روش تسکینی دیگر، زایمان سخت و طولانی، اعتیاد مادر به مواد مخدر، سابقه حساسیت به داروی گیاهی، سابقه سزارین و جراحی داخل شکمی، سابقه خونریزی پس از زایمان و سابقه بیماری زمینه ای بود.

حجم نمونه ۱۲۲ نفر بود و افراد به طور تصادفی در دو گروه ۶۱ نفری زنجبیل و مفنمیک اسید قرار گرفتند. جهت تصادفی نمودن نمونه گیری مادران، بر اساس انتخاب تصادفی شماره کد، افراد به ۲ گروه زنجبیل و مفنمیک اسید تقسیم شدند. انتخاب کد بر اساس انتخاب تصادفی شماره، از داخل پاکتی که ۶۱ شماره زنجبیل و ۶۱ شماره مفنمیک اسید داشت و با کدهای A و B مشخص شده بود، صورت گرفت. انتخاب دارو نیز به این ترتیب انجام شد که تعداد ۶۱ پاکت حاوی ۴ عدد کپسول مفنمیک اسید (۲۵۰ میلی گرم ساخت شرکت رازک) و ۶۱ پاکت حاوی ۴ عدد کپسول زینتوما (حاوی ۲۵۰ میلی گرم زنجبیل ساخت شرکت باریچ اسانس) تهیه شد و کدهای A و B روی آن درج گردید. به منظور اینکه پژوهشگر از داروی تجویز شده آگاهی نداشته باشد، کدگذاری و دادن داروها توسط یکی از همکاران ماما صورت گرفت. انتخاب پاکت ها بر اساس کد انتخابی بر روی فرم اطلاعات بود. تمام مادرانی که پس از زایمان طبیعی از زایشگاه به بخش منتقل شدند، در صورت داشتن شرایط لازم برای ورود به مطالعه، در مورد مطالعه و اهداف آن به آن ها توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، ابتدا رضایت نامه کتبی از آنها گرفته شد و سپس فرم جمع آوری اطلاعات شماره ۱ که شامل خصوصیات فردی و سابقه مامایی آنها بود، از طریق مشاهده و مصاحبه تکمیل شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها کاملاً

¹ lipoxigenase

² Leukotriene

مادران نیز بر اساس دستورالعمل کشوری بر اساس حجم تقریبی چشمی تعیین شد (۲۲). در حین مطالعه در صورت عدم کنترل درد، به مادران اجازه بهره مندی از سایر داروهای ضد درد داده شد و در صورتی که بیمار نیاز به مسکن اضافی داشت، از مطالعه خارج می شد. در این مطالعه، ۴ نفر در گروه A به دلیل نیاز به مسکن اضافی و ۳ نفر در گروه B به دلیل عدم تمایل به مصرف دوز بعدی مفنمیک اسید از مطالعه خارج شدند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی داده های کمی از آزمون تی زوجی، جهت بررسی داده های کیفی اسمی از آزمون کای دو و جهت بررسی داده های کیفی رتبه ای از آزمون من ویتنی استفاده شد. همچنین جهت مقایسه شدت درد قبل و بعد از مداخله از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. در این مطالعه سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. در ضمن از وزارت بهداشت شماره ثبت IRCT2013052613475N1 به عنوان کارآزمایی بالینی اخذ گردید.

یافته ها

در مطالعه حاضر ۱۱۵ مادر مبتلا به پس درد زایمانی در دو گروه زینتوما (۵۷ نفر) و مفنمیک اسید (۵۷ نفر) قرار گرفتند. نتایج نشان داد که دو گروه از نظر مشخصات فردی شامل: سن، سطح تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اشتغال، قومیت و شغل همسر تفاوت معنی داری نداشتند ($p > 0/05$) (جدول ۱).

محرمانه خواهد ماند و هر کدام از آنها هر زمان که تمایل داشتند، می توانند از مطالعه خارج شوند. بیماران از زمان بستری در بخش مراقبت های پس از زایمان؛ یعنی حداقل ۲ ساعت پس از زایمان تا ۲۴ ساعت پس از زایمان، به طور مداوم توسط پژوهشگر بررسی می شدند. در هر دو گروه (B, A) هر گاه بیمار از پس درد زایمانی شکایت داشت، ابتدا میزان درد او با خط کش درد که از صفر تا ۱۰ شماره گذاری شده بود، اندازه گیری و ثبت می شد. میزان درد متوسط ۷-۴ و درد شدید ۱۰-۸ بر اساس امتیاز مقیاس بصری تعیین می شد. پایایی و اعتبار این ابزار در مطالعات قبلی تأیید شده بود (۲۱). سپس کپسول مورد نظر بر حسب انتخاب کد به بیمار داده می شد و نیم ساعت پس از هر مداخله، میزان درد بیمار مجدداً با خط کش درد اندازه گیری و ثبت می شد. جهت ثبت میزان درد، خط کش درد در اختیار بیمار گذاشته شد و پس از توضیحات لازم در مورد آن، از او خواسته شد که عدد مورد نظر را با مداد علامت بزند. دلیل انتخاب مدت زمان نیم ساعت جهت ارزیابی مجدد بیماران این بود که تأثیر داروی مسکن خوراکی متداول در بیمارستان (مفنمیک اسید) برای تسکین پس درد زایمانی، حدود ۳۰ دقیقه پس از مصرف آن شروع می شود (۹). طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان که مادران تحت نظر پژوهشگر در بیمارستان بودند، در هر دو گروه به میزان ۴ نوبت کپسول با فواصل هر ۶ ساعت و یا هر زمان که مادر درد داشت، تجویز شد و از بیماران خواسته شد که پس از هر بار مداخله، مدت زمانی که طول کشید تا دردشان تسکین یابد را بر اساس دقیقه بیان کنند. در این مدت، فراوانی خونریزی غیر طبیعی

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی نمونه های پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	
	مداخله	کنترل
سن (سال) میانگین (انحراف معیار)	تعداد = ۵۷ نفر ۲۸/۸ (۵/۷)	تعداد = ۵۸ نفر ۲۹/۶ (۵)
میزان تحصیلات تعداد (درصد)	ابتدایی	۲۴ (۴۲/۱)
	راهنمایی	۱۸ (۳۱/۶)
	متوسطه	۱۲ (۲۱/۱)
محل سکونت	عالی	۳ (۵/۳)
	شهر	۴۳ (۷۵/۴)
سطح معنی داری	روستا	۱۴ (۲۴/۶)
	شهر	۴۶ (۷۹/۳)
سطح معنی داری	۰/۳۹	۰/۹۷
سطح معنی داری	۰/۶۲	۰/۰۷

۱	۲ (۰/۳/۴)	۲ (۰/۳/۵)	شاغل	وضعیت اشتغال
	۵۶ (۰/۹۶/۶)	۵۵ (۰/۹۶/۵)	خانه دار	
۰/۲۲	۴۹ (۰/۸۴/۵)	۴۳ (۰/۷۵/۴)	عرب	قومیت
	۹ (۰/۱۵/۵)	۱۴ (۰/۲۴/۶)	غیرعرب	تعداد (درصد)
۰/۹۲	۷ (۰/۱۲/۱)	۶ (۰/۱۰/۵)	بیکار	شغل همسر
	۴۴ (۰/۷۵/۹)	۴۳ (۰/۷۵/۴)	آزاد	
	۷ (۰/۱۲/۱)	۸ (۰/۱۴)	کارمند	

آماري تي مستقل، ميانگين طول مدت زايمان، سن بارداری و شاخص توده بدنی در دو گروه مورد مطالعه با هم تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p > 0.05$) (جدول ۲).

بر اساس آزمون کای اسکوتر و فیشر، توزیع فراوانی شروع درد، نوع زایمان، تعداد بارداری و وضعیت بارداری در دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p > 0.05$). همچنین بر اساس آزمون

جدول ۲- مقایسه برخی مشخصات نمونه های پژوهش بر اساس سوابق مامایی و وضعیت نوزاد

متغیر	گروه	
	مداخله	کنترل
شروع درد*	۱۳ (۰/۲۲/۸)	۱۷ (۰/۲۹/۳)
	۴۴ (۰/۷۷/۲)	۴۱ (۰/۷۰/۷)
نوع زایمان*	۳۲ (۰/۵۶/۱)	۳۲ (۰/۵۵/۲)
	۲۵ (۰/۴۳/۹)	۲۶ (۰/۴۴/۸)
طول مدت زایمان از فاز فعال (ساعت)**	۲/۹۸ (۰/۷۱)	۳/۱۸ (۰/۷۴)
تعداد بارداری*	۴-۲	۵۲ (۰/۸۹/۷)
	۵<	۶ (۰/۱۰/۳)
وضعیت بارداری*	خواسته	۴۴ (۰/۷۵/۹)
	ناخواسته	۱۴ (۰/۲۴/۱)
سن بارداری**	۳۸/۸ (۱/۸)	۳۹/۴ (۲/۱)
شاخص توده بدنی**	۲۵/۱۸ (۲/۸۵)	۲۵/۴۵ (۲/۸۹)
وزن نوزاد (گرم)**	۳۲۷۱ (۳۲۸)	۳۳۱۹ (۳۷۸)
زمان شروع شیردهی (دقیقه)**	۴۰/۰۸ (۷/۷۶)	۴۰/۱۸۶ (۹/۲۷)
جنس نوزاد*	دختر	۳۱ (۰/۵۴/۴)
	پسر	۲۶ (۰/۴۴/۸)

*تعداد (درصد)، ** میانگین (انحراف معیار)

تفاوت آماری معنی داری با هم نداشتند ($p > 0.05$) (جدول ۳). همچنین شدت پس درد زایمان بعد از مصرف دارو در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت و نتایج نشان داد که دو گروه از نظر شدت درد بعد از دوز اول دارو با هم تفاوت معنی داری نداشتند ($p = 0.004$)؛ بدین معنا که اثر تسکین دهندگی زنجبیل نسبت به مفنایمیک اسید بیشتر بوده است و در سه دوز بعدی داروها، دو گروه دارای شرایط یکسان بودند و از این

بر اساس آزمون کای اسکوتر، توزیع فراوانی نمونه ها در دو گروه مورد مطالعه بر حسب جنس نوزاد تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p > 0.05$). همچنین بر اساس آزمون آماری تی مستقل، میانگین وزن نوزاد و زمان شروع شیردهی در دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p > 0.05$) (جدول ۲). همچنین شدت پس درد زایمان قبل از مصرف دارو در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت و نتایج نشان داد که دو گروه از نظر شدت درد، همسان بودند و از این نظر

نظر نیز تفاوت آماری معنی داری با هم نداشتند (جدول ۳) ($p > 0.05$).
 میانگین مدت درد بعد از مصرف دارو در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت و نتایج نشان داد که دو گروه از نظر مدت درد پس از زایمان دارای شرایط یکسان بودند و از این نظر تفاوت آماری معنی داری با هم نداشتند ($p > 0.05$) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره شدت درد قبل و ۳۰ دقیقه پس از مداخله و مدت درد بعد از مداخله در دو گروه

متغیرها	گروه مداخله میانگین (انحراف معیار)	گروه شاهد میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی داری
شدت درد قبل از مداخله	۵/۸ (۱/۰۳)	۶ (۱/۱۳)	۰/۵۸
نوبت اول شدت درد بعد از مداخله	۲/۶۱ (۰/۶۷)	۳/۰۱ (۰/۷۳)	۰/۰۰۴
مدت درد (دقیقه)	۴۶/۸ (۵/۸)	۴۷/۴ (۶/۲)	۰/۲۱۲
شدت درد قبل از مداخله	۵/۰۵ (۱/۸۹)	۵/۳۷ (۱/۳۲)	۰/۴۹
نوبت دوم شدت درد بعد از مداخله	۲/۱۰ (۱/۱)	۲/۴۶ (۰/۸۴)	۰/۰۵۵
مدت درد (دقیقه)	۳۸/۴ (۱۵/۵)	۴۲/۵ (۹/۴)	۰/۲۱۹
شدت درد قبل از مداخله	۵/۱ (۱/۴۲)	۵ (۱/۳۵)	۰/۷۴
نوبت سوم شدت درد بعد از مداخله	۲/۰۵ (۱)	۲/۵۵ (۳/۱)	۰/۵۱
مدت درد (دقیقه)	۳۹/۶ (۱۲/۴)	۳۹/۳ (۱۱/۵)	۰/۹۷
شدت درد قبل از مداخله	۴/۴۹ (۱)	۴/۶۳ (۰/۹۶)	۰/۲۱
نوبت چهارم شدت درد بعد از مداخله	۱/۴۵ (۰/۷۳)	۱/۶۵ (۰/۷۶)	۰/۰۸۱
مدت درد (دقیقه)	۳۶/۴ (۱۱/۱)	۳۶/۷ (۱۱/۹)	۰/۲۳

یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد که هیچ مورد خونریزی غیر طبیعی در دو گروه وجود نداشت.

پس درد زایمانی پرداخته باشد، یافت نشد. در طب گیاهی، از زنجبیل به عنوان گیاهی که به صورت سنتی در درمان دیسمنوره به کار می روند، سخن به میان آمده است (۲۶) و مطالعات بالینی نیز این تأثیر را نشان داده اند (۱۷). جینجرول و جینجرادیون ها، از ترکیبات تشکیل دهنده زنجبیل می باشند و مهار کننده قوی پروستاگلاندین محسوب می شوند و خاصیت ضد درد، ضد التهاب و ضد باکتری آنها در حیوانات مشاهده شده است و اثر ضد التهاب و ضد درد آنها ناشی از مهار سیکلواکسیژناز و لیپواکسیژناز و به دنبال آن، کاهش لکوترین و پروستاگلاندین می باشد. بنابراین در تسکین دردهای روماتیسمی و میگرن نیز مفید هستند (۱۵)، (۱۷). نتایج مطالعه غیور و همکار (۲۰۰۷) نشان داد که اثر مهاری ریزوم زنجبیل بر روی عضلات صاف رحم موش از طریق بلوک کانال کلسیم صورت می گیرد و در نتیجه می تواند برای اختلالاتی نظیر دیسمنوره و اسپاسم های رحمی مورد استفاده قرار گیرد (۲۷). همچنین نتایج مطالعه ازگلی و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که زنجبیل با خاصیت آنتی پروستاگلاندینی که

یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد که هیچ مورد خونریزی غیر طبیعی در دو گروه وجود نداشت.

بحث

پس درد زایمان، یکی از مشکلات دوران پس از زایمان است که جهت رفع آن، گاهی اوقات نیاز به استفاده از مسکن می باشد. مطالعه حاضر به منظور بررسی مقایسه اثر کپسول زینتوما (زنجبیل) و مفنمیک اسید بر پس درد زایمان انجام شد. مفنمیک اسید، یکی از مهار کننده های پروستاگلاندین می باشد و مصرف آن در درمان دردهای آرتريت روماتوئید، استئوآرتريت و سایر موارد التهابی مانند دردهای مرتبط با زنان از جمله دیسمنوره و دردهای لگنی به خوبی پذیرفته شده است (۹). تاکنون چندین مطالعه بر روی گیاهان مختلف مانند اسطوخودوس، زیره سبز و ترکیب کرفس و زعفران و تأثیر آن بر روی پس درد زایمانی انجام شده است (۲۳-۲۵)، ولی بر اساس بررسی های به عمل آمده، مطالعه ای که به بررسی تأثیر زنجبیل بر

دارد، مانند مفنمیک اسید و بروفن می تواند در بهبود دیسمنوره اولیه مؤثر باشد (۱۷). در مطالعه رهنما و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف بررسی تأثیر زنجبیل بر دیسمنوره اولیه انجام شد، شدت درد قبل از مداخله $7/2 \pm 0/9$ و بعد از مصرف زنجبیل $4/6 \pm 3/4$ شد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۰). نتایج مطالعه هالدر (۲۰۱۲) نیز نشان داد که زنجبیل باعث بهبود دیسمنوره اولیه در زنان می شود (۲۸). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زنجبیل، همانند مفنمیک اسید بر روی مدت و شدت درد پس از زایمان مؤثر می باشد و می تواند به عنوان جایگزینی جهت بهبود پس درد زایمانی استفاده شود. در مطالعه حاضر هیچ مورد خونریزی غیر طبیعی در دو گروه زنجبیل و مفنمیک اسید مشاهده نشد و اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. در مطالعه رهنما و همکاران نیز طول خونریزی (روز) بین دو گروه ۷۰ نفری زنجبیل و دارونما اختلاف معنی داری نداشت (۲۰). همچنین در مطالعه ازگلی و همکاران (۲۰۰۶) نیز اختلاف معنی داری بین سه گروه ۱۵۰ نفری مفنمیک اسید، زنجبیل و بروفن در مورد میزان خونریزی و روزهای خونریزی وجود نداشت (۱۷). مطالعه حاضر برای اولین بار نشان داد که کپسول زنجبیل بر کاهش پس دردهای زایمانی مؤثر است. نتایج این مطالعه نشان داد که زنجبیل با داشتن اثر مشابه با مفنمیک اسید می تواند به عنوان جایگزینی برای بهبود پس درد زایمانی استفاده شود. پیشنهاد می شود در مطالعات آینده تأثیر زنجبیل در

کاهش پس دردهای پس از انجام کورتاژ یا عمل سزارین مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای درباره تأثیر زنجبیل بر پس درد زایمانی انجام نشده است، نتایج این مطالعه می تواند به عنوان یک منبع علمی در اختیار دانشجویان قرار گیرد و راه گشای تحقیقات بعدی در این زمینه باشد. از نقاط ضعف این مطالعه می توان به این موارد اشاره کرد: تأیید صحت اظهارات افراد مورد مطالعه از کنترل محقق خارج بود. پاسخ دهی افراد به مسکن ها و واکنش به درد در افراد متفاوت می باشد.

نتیجه گیری

گیاه زنجبیل با داشتن تأثیری مشابه با مفنمیک اسید در تسکین درد، می تواند جایگزین مناسبی در درمان پس درد زایمان برای زنانی باشد که نگران عوارض جانبی داروهای ضد درد بوده و تمایل به استفاده از داروهای گیاهی دارند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره ۹۲۰۱ می باشد. بدین وسیله از همکاری و مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و ریاست محترم، متروم و سوپر وایزرهای بیمارستان حاجی معرفی شهرستان ماهشهر تقدیر و تشکر می شود.

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York:McGraw-Hill;2010:1-81.
2. Yeh YC, Chen SY, Lin CJ, Yeh HM, Sun WZ. Differential analgesic effect of tenoxicam on post-cesarean uterine cramping pain between primiparous and multiparous women. J Formos Med Assoc 2005 Sep;104(9):647-51.
3. Holdcraft A, Snidvongs S, Cason A, Doré CJ, Berkley KJ. Pain and uterine contractions during breast feeding in the immediate post-partum period increase with parity. Pain 2003 Aug;104(3):589-96.
4. Soltani P, Pasay S. [Maternal and child health]. 2nd ed. Tehran:Sanjesh Publishers;2005:194-5. [in Persian].
5. Yerby M. Pain in childbearing: key issues in management. Edinburgh:Bailliere Tindall;2000:111-30.
6. Saket M. [The effect of low dose combination of morphine and uncontrolled physical stress on the development of fetal cerebellum of wistar rats] [Thesis in Persian]. Tehran: Islamic Azad University;2010.:22.
7. Lewallen LP, Dick MJ, Wall Y, Zickefoose KT, Hannah SH, Flowers J, et al. Toward a clinically useful method of predicting early breast-feeding attrition. Appl Nurs Res 2006 Aug;19(3):144-8.

8. Deussen A, Ashwood P, Martis R. Analgesia for relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane database Syst Rev* 2011;11(5):2.
9. Ebrahimzadeh A, Gholami Kh, Ghadanchak Y, Javadian M. [Study of during interactions between prescription of nonsteroidal anti-inflammatory during in the city of Sari] [Article in Persian]. *J Iran Univ Med Sci* 2003;36:1-8.
10. Dumont AS, Verma S, Dumont RJ, Hurlbert RJ. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and bone metabolism in spinal fusion surgery: a pharmacological quandary. *J Pharmacol Toxicol Methods* 2000 Jan-Feb;43(1):31-9.
11. Bidau-Russell M, Gabriel SE. Adverse gastrointestinal effects of NSAIDs: consequences and costs. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001 Oct;15(5):739-53.
12. Abgun M. *Nurses drug handbook*. 3rd ed. Tehran: Nooredanesh Publishaer; 2005:604-5.
13. Haghighi Kavli M, Toliyat T. [Zingiber and non-conventional therapies] [Article in Persian]. *J Med Plant* 2001;1(1):19-28.
14. Facts and Comparisons Publishing Group. *The review of natural products*. St. Louis: Facts and Comparisons; 2001:243-6.
15. Bluementhal M. *Herbal medicine: expanded commission E monographs*. New York: American Botanical; 2000:153-9.
16. Moattar F, Sams Ardakani MR. *Guide to herbal therapy*. New York: Academi of Medical Science; 1999:72-7.
17. Ozgoli G, Goli M, Moattar F. Comparison of effects of ginger, mefenamic acid, and ibuprofen on pain primary dysmenorrhea. *J Altem Complement Med* 2009 Feb;15(2):129-32.
18. Altman RD, Marcussen KC. Effects of a ginger extract on knee pain in patients with osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2001 Nov;44(11):2531-8.
19. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: a literature review. *Women Birth* 2012 Mar;25(1):4-12.
20. Rahnama P, Falah Hoseini H, Mohamadi K, Modares M, Khajavi Shojae K, Askari M, et al. The effects of Zingiber Officinal R on primary dysmenorrheal. *J Med Plant* 2010;9:81-6.
21. Bodian CA, Freedman G, Hossain S, Eisenkraft JB, Beilin Y. The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients. *Anesthesiology* 2001 Dec;95(6):1356-61.
22. *Country guides provid obstetric care mother-friendly hospital*. Tehran: Charsooyeh Honar; 2011. [in Persian]
23. Talae N. [The effect of lavender on labor pain in women admitted to askarie hospital] [Thesis in Persian]. Esfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2010.
24. Khadem M, Tafazoli M, Asili J, Esmaili H. P944 A comparison of the effect of cuminum cyminum vs. mefenamic acid on afterpains in multiparous at 17 Shahrivar Hospital in Mashad in 2006-2007. *Int J Gynecol Obstet* 2009 Oct;107(2):S679.
25. Shadipour M, Simbar M, Salamzadeh J, Nasire N. [A comparative study on the effects of Menstrogol and Mefenamic acid on postpartum after-pain] [Article in Persian]. *Iran South Med J* 2014;16(6):401-9.
26. Dermadersian A. *The review of natural products*. Philadelphia: Philadelphia University of Sciences; 2000.
27. Ghayur MN, Gilani AH. Inhibitory activity of ginger rhizome on airway and uterine smooth muscle preparations. *Eur Food Res Technol* 2007;224(4):477-81.
28. Halder A. Effect of progressive muscle relaxation versus intake of ginger powder on dysmenorrhoea amongst the nursing students in Pune. *Nurs J India* 2012 Jul-Aug;103(4):152-6.