

بررسی تأثیر مصرف خاکشیر در اواخر بارداری بر شروع خودبخودی وسیر زایمان در خانمهای نخست زا

ندا محمدی نیا*، محمد علی رضائی*، مرضیه لری پور**، دکتر رضا وزیری نژاد***

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۲/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۱۱/۲۷

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پرستاری و مامائی، گروه پرستاری
** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، دانشکده پرستاری و مامائی، گروه پرستاری
*** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، دانشکده بهداشت، گروه آمار حیاتی

چکیده

زمینه و هدف: حاملگی طول کشیده یکی از مهمترین معضلات مامایی است که علاوه بر عوارض متعدد مادری و جنینی تاحد قابل توجهی میزان سزارین را افزایش داده است. تجربیات نشان می دهد که زنانی که در دوران بارداری از خاکشیر استفاده کرده اند زایمان واژینال موفق تری داشته اند. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر مصرف خاکشیر بر شروع خودبخودی زایمان در خانمهای نخست زا در شهر رفسنجان بوده است. **مواد و روش کار:** این کار آزمایشی بالینی دوسوکورد در سال ۱۳۸۵ در شهر رفسنجان انجام شد. از بین مراجعه کنندگان به مراکز بهداشت سطح شهر و به روش تصادفی دو گروه ۸۵ نفره انتخاب شدند و به هر نفر ۲۸ بسته دو مثقالی خاکشیر از هفته ۳۷ بارداری به گروه مداخله داده شد. ابزار گرد آوری اطلاعات پرسشنامه بود که قسمتی از آن ابتدا در ۷ مرکز بهداشت سطح شهر رفسنجان و بقیه در زایشگاه توسط ماماها آموزش دیده تکمیل شده و بعد از جمع آوری داده ها از تستهای T مستقل و X^2 و نرم افزار SPSS برای آنالیز استفاده شد و $P < 0/05$ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها: بین دو گروه مداخله و غیرمداخله از نظر شروع خود بخودی دردها اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد ($P = 0/29$) اما القاء زایمان ($P = 0/00$)، معرفی از پزشک جهت اینداکشن ($P = 0/43$)، سزارین ($P = 0/32$) در گروه غیرمداخله بیشتر و ضریب بی شاپ ($P = 0/03$)، دیلاتاسیون ($P = 0/00$) و افاسمان سرویکس ($P = 0/08$) که همگی نشان دهنده رسیدگی سرویکس و آمادگی رحم برای زایمان طبیعی است در گروه مداخله بیشتر بود.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که خاکشیر با اثر احتمالی بر روند زایمان به شکل آماده نمودن دهانه رحم باعث افزایش احتمال زایمان واژینال می شود لذا توصیه می گردد با توجه به اینکه مصرف خاکشیر در دوران بارداری منع مصرف ندارد در زنان باردار جهت تسهیل زایمان استفاده شود. (مجله طبیب شرق، دوره ۱۰، شماره ۳، پائیز ۱۳۸۷، ص ۷۹ تا ۸۶)

کلیدواژه ها: خاکشیر، القاء زایمان، شروع خودبخودی زایمان، سزارین، رفسنجان

مقدمه

کورتیزول و آدرنال جنین، کاهش پروژسترون جفت و ترشح پروستاگلاندین ها نام برد.^(۴-۲) هر گونه اشکال در موارد مذکور می تواند منجر به حاملگی طول کشیده و عدم ختم حاملگی تا هفته ۴۲ شود.^(۵،۶) حاملگی های مذکور از مهم ترین معضلات مامایی بشمار می روند چون از یک سو عوارض جنینی متعددی چون فقدان چربی زیر جلد و پوست خشک و ترک خورده در

حاملگی امری فیزیولوژیک است که بصورت طبیعی با شروع خود به خودی دردها در هفته های ۳۸-۴۲ و تحویل محصول حاملگی خاتمه می یابد.^(۱) در توجیه شروع خود بخودی دردها تئوری های متعددی مطرح است که از آن جمله می توان به تحریک عضلات رحم توسط اکسی توسین به دلیل افزایش گیرنده های آن در ماه آخر بارداری، فعالیت طبیعی

جین، دفع مکنونیوم و بدنبال آن زجر تنفسی، به خطر افتادن جین بدنبال نارسایی جفت و افزایش مرگ و میر قبل از تولد را بدنبال دارند و از سوی دیگر لزوم القاء زایمان یعنی شروع زایمان توسط روشهای مصنوعی را مطرح می سازند (۷-۱۱) که این روشها (دارویی یا جراحی) خود، عوارض قابل توجهی چون خونریزیهای حین و بعد از زایمان، زایمان طول کشیده، زجر و صدمات جنینی و پارگی رحم را بدنبال دارد. (۱۲) به طوری که، آخرین مطالعات، میزان القاء زایمان را بدلیل عدم شروع خودبخودی بین ۳۳/۷-۹/۷ درصد و برخی ۳۰-۱۰ درصد بر اساس جمعیت مورد مطالعه متغیر دانسته اند. (۱۳،۱۴) در مطالعه آزمایشی که در زایشگاه نیک نفس رفسنجان انجام شد این میزان ۲۰ درصد بدست آمد (۱۰ درصد سزارین انتخابی).

تجربیات پژوهشگران نشان دهنده این مطلب است که القاء زایمان و حاملگی های طول کشیده در خانمهایی که در دوران بارداری از خاکشیر استفاده کرده اند، کمتر بوده و زایمان موفقتری داشته اند. (۱۵) داروی گیاهی خاکشیر علفی یک ساله یا دو ساله و از خانواده چلبیائین (شب بو) است و به صورت خودرو در اماکن غیر زراعی و نسبتاً مرطوب می روید. (۱۵،۱۶) دانه های خاکشیر که بدان خاکشی هم می گویند در میوه های خورچین و باریک با ابعاد ۱-۳۵×۵-۱۵ میلی متر قرار دارد. دانه خاکشیر، ریز و به رنگ زرد تیره یا قهوه ای روشن است که سطحی ناصاف به شکل بیضی کشیده دارد که یک رأس آن بریده و دارای حلقه ای قهوه ای رنگ و شفاف است (۱۷) از نظر شیمیایی این دانه ها حاوی اسیدهای چرب پالمیتیک، لینولنیک، اولئیک و استتاریک بوده و اسانس روغن آن حاوی ایزوتوسیانات، آلایل ایزوتوسیانات، آلکیل دی سولفید می باشد. (۱۸) از نظر جغرافیایی گیاه خاکشیر، در ایران در نواحی شمال (آمل)، غرب (تبریز و سمنجان)، جنوب (کرمان و شیراز) و نواحی مرکزی (یزد، کرج، تهران) یافت می شود. (۶) همانطور که اشاره شد خاکشیر، یکی از داروهای گیاهی است که هم در عرف و هم در کتب طب سنتی و گیاهی از آن به عنوان شروع

کننده و تسهیل کننده امر زایمان یاد می شود و منع مصرفی در دوران بارداری ندارد (۱۵) البته از خاکشیر، بعنوان تب بر، باز کننده اشتها، ضد کرم (۱۶)، درمان کننده سوء هاضمه و ملین هم نام برده اند. (۱۸) خاکشیر مانند گلاب بدلیل ترکیبات سیانید باعث افزایش میل جنسی و تسهیل زایمان شده و به علت دی سولفید موجود در اسانس روغنی خود بر عضلات صاف روده اثر گذاشته و خاصیت ملین دارد. (۱۷) پس به نظر می رسد در صورت تأیید علمی تأثیر گیاه خاکشیر، بتوان با استفاده از روشی ساده و کم هزینه که براحتی هم، توسط مردم پذیرفته می شود از میزان حاملگی های طول کشیده و عوارض آن، خصوصاً سزارین که سیر صعودی آن چشمگیر است کاست بنابراین مطالعه حاضر به منظور بررسی تأثیر مصرف خاکشیر در اواخر بارداری بر شروع خودبخودی زایمان در خانمهای نخست زا طراحی گردیده است.

روش کار

این کارآزمایی بالینی دوسوکور از اردیبهشت تا بهمن سال ۱۳۸۵ در شهر رفسنجان انجام شد. افراد مورد مطالعه خانمهای باردار شکم اول ایرانی بودند که برای مراقبتهای دوران بارداری به یکی از هفت مرکز بهداشتی درمانی سطح شهر مراجعه می کردند و تا زمان ورود به مطالعه نیز از هیچ روشی برای تسهیل زایمانشان استفاده نکرده بودند همچنین این افراد خواستار زایمان واژینال بودند و مشکل شناخته شده یا قابل پیش بینی برای زایمان واژینال در هنگام ورود به مطالعه نداشتند و زایمان آنها نیز قرار بود در مرکز آموزشی درمانی نیک نفس شهر رفسنجان انجام شود. بر اساس نتایج مطالعه آزمایشی صورت گرفته بر ۲۰ نفر از مادران باردار، تعداد نمونه ها در هر گروه ۶۷ نفر محاسبه گردید و از آنجا که احتمال از دست رفتن نمونه ها به دلایلی مانند تغییر عقیده برای زایمان واژینال و مراجعه جهت سزارین انتخابی، مصرف داروهای گیاهی، مصرف نامرتب خاکشیر و یا احتمال خروج از مطالعه به هر دلیل دیگر وجود داشت، تعداد نمونه در هر گروه در ابتدای مطالعه ۸۵ نفر محاسبه شد سپس

نمونه‌ها با استفاده از پرونده‌های موجود در مراکز بهداشتی درمانی و بعد از گرفتن رضایت نامه شفاهی آگاهانه و بصورت یک درمیان به شیوه تخفیف تصادفی به دو گروه مداخله و غیر مداخله تقسیم شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای دو قسمتی شامل ویژگی‌های دموگرافیک و اطلاعات مربوط به زایمان بود. ماما‌های مراکز بهداشتی درمانی و نیز زایشگاه در ضمن بی‌اطلاعی از هدف تحقیق، آموزش لازم برای تکمیل پرسشنامه را دیده بودند. بر اساس منابع به افراد گروه مداخله از هفته ۳۷ بارداری (زمان ترم) ۲۸ بسته ۱۰ گرمی خاکشیر، همراه با پرسشنامه داده و به آنها آموزش داده می‌شد که هر روز یکی از بسته‌های خاکشیر را با یک لیوان آب گرم و یک قاشق سوپ‌خوری شکر تا هنگام زایمان مصرف نمایند و بعد از مصرف روزانه جدولی را که پشت پرسشنامه گروه مداخله برای اطمینان از مصرف روزانه تعبیه شده بود علامت بگذارند. البته به افراد گروه غیرمداخله هم آموزش مصرف یک لیوان آب گرم و یک قاشق سوپ‌خوری شکر داده می‌شد. این دو گروه از هدف تحقیق و نیز از آموزش‌های گروه مقابل بی‌اطلاع بودند. اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیک زن باردار توسط ماما‌های مراکز بهداشتی درمانی پر شده و از افراد هر دو گروه خواسته می‌شد که در هنگام مراجعه به زایشگاه جهت زایمان پرسشنامه را با خود برده و به یکی از ماما‌های آن شیفت تحویل دهند تا اطلاعات زایمانی وی، در آن ثبت شود کلیه ماما‌های زایشگاه آموزش دیده بودند که قسمت آخر پرسشنامه‌ها را که مربوط به وضعیت زایمان و شرایط زایمان بود تکمیل نمایند. سپس این پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگران جمع‌آوری و اطلاعات آنها کد گذاری شد و با استفاده از SPSS و آزمون‌های پارامتریک (T-test) و غیر پارامتریک (X2) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0.05$ معنی‌دار تلقی گردید. در نهایت نتایج پژوهش در اختیار مسئولین مراکز بهداشت سطح شهر و مرکز آموزشی درمانی نیک نفس قرار گرفت. (البته عجله برخی

از زنان نخست زای مصرف کننده خاکشیر در شروع اینداکشن قبل از شروع خودبخودی دردها و مصرف مقدار کمتر یا بیشتر خاکشیر توسط گروه مداخله از محدودیت‌های پژوهش و خارج از کنترل پژوهشگر بود).

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این تحقیق نشان داد که در دو گروه مداخله و غیرمداخله به ترتیب، میانگین سنی (۲۳/۲ و ۲۳/۷ سال)، متوسط درآمد ماهیانه ۴۰۰-۲۰۰ هزار تومان (۸۲/۳٪ و ۷۲٪)، تحصیلات بالای دیپلم به ترتیب (۴۲/۶٪ و ۳۳/۸٪) و شغل خانه‌داری به ترتیب (۵۴/۴٪ و ۷۲/۱٪) بود و بین دو گروه از نظر موارد ذکر شده اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. ($P > 0.05$)

در گروه مداخله ۴۲ نفر (۶۱/۸ درصد) با درد زایمان به زایشگاه مراجعه کردند که این میزان در گروه غیرمداخله ۳۶ نفر (۵۲/۹ درصد) بود. ($P = 0.29$). در گروه مداخله، ۱۱ نفر (۱۶/۲ درصد) با معرفی نامه از پزشک جهت القاء زایمان توسط اکسی‌توسین مراجعه نمودند در حالیکه در گروه غیرمداخله این تعداد ۲۱ نفر (۲۰/۹ درصد) بود با $P = 0.43$. (جدول ۱)

میانگین ضریب بی‌شاپ دهانه رحم در گروه مداخله $5/9 + 3/35$ و در گروه شاهد $4/3 + 2/96$ بود که بیانگر اختلاف معنی‌دار آماری در بین دو گروه بود ($P = 0.03$) بین دیلاتاسیون (میانگین $3/2 + 2/1$) و افاسمان (میانگین $3/47 + 44/7$ درصد) در گروه مداخله با دیلاتاسیون (میانگین $1/61 + 1/8$) و افاسمان (میانگین $2/46 \pm 34/1$ درصد) در گروه شاهد تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد ($P = 0.08$ و $P = 0.01$) (جدول شماره ۲). ۴۹ نفر (۷۲/۱ درصد) از افراد گروه مداخله و ۳۶ نفر (۵۲/۹ درصد) از افراد گروه غیرمداخله زایمان واژینال و ۱۹ نفر (۲۷/۹ درصد) از گروه مداخله و ۳۲ نفر (۴۷/۱ درصد) از گروه غیرمداخله زایمان به روش سزارین داشتند که این اختلاف با $p = 0.32$ معنی‌دار بود مصرف اکسی‌توسین در مرحله اول زایمان، بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد به طوری که در گروه مداخله ۳۶ نفر (۵۲/۹ درصد) و در گروه غیرمداخله ۵۷ نفر (۸۳/۸ درصد) از اکسی‌توسین

استفاده نموده بودند (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۱ - علل مراجعه به زاینشگاه در دو گروه مدافله و غیر مدافله

P	جمع		غیر مداخله		مداخله		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	فراوانی ساده	درصد	فراوانی ساده	علت مراجعه	
X2 P=۰/۲۹		۷۸	۵۲/۹	۳۶	۶۱/۸	۴۲	بلی	درد
		۵۸	۴۷/۱	۳۲	۳۸/۲	۲۶	خیر	
	۱۰۰	۱۳۶	۵۰	۶۸	۵۰	۶۸	جمع	
X2 P=۰/۳۵		۲۲	۱۹/۱	۱۳	۱۳/۲	۹	بلی	آبریزش
		۱۱۴	۸۰/۹	۵۵	۸۶/۸	۵۹	خیر	
	۱۰۰	۱۳۶	۵۰	۶۸	۵۰	۶۸	جمع	
X2 P=۰/۰۴۳		۳۲	۲۰/۹	۲۱	۱۶/۲	۱۱	بلی	معرفی ازیزشک جهت اینداکشن
		۱۰۴	۷۹/۱	۴۷	۸۳/۸	۵۷	خیر	
	۱۰۰	۱۳۶	۵۰	۶۸	۵۰	۶۸	جمع	

جدول شماره ۲ - مقایسه برفی موارد مرتبط با زایمان در دو گروه مدافله و غیر مدافله

نتیجه آزمون آماری t- test	غیر مداخله		مداخله		مصرف خاکشیر علت مراجعه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
*P < ۰/۰۰۳	۲/۹۶	۴/۳	۳/۳۵	۵/۹	ضریب بی شاپ
*P < ۰/۰۰۱	۱/۶۱	۱/۸	۲/۱۰	۳/۲	دیلاتاسیون سرویکس
* P < ۰/۰۰۸	۲/۴۶	۳۴/۱	۳/۴۷	۴۴/۷	افاسمان سرویکس

*اختلاف معنی داراست.

جدول شماره ۳ - مقایسه برفی موارد مرتبط با زایمان گروه مدافله و غیر مدافله

نتیجه آزمون آماری	جمع		غیر مداخله		مداخله		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	فراوانی ساده	درصد	فراوانی ساده	متغیر	
X2 P=۰/۰۰	۶۸/۳	۹۳	۸۳/۸	۵۷	۵۲/۹	۳۶	بلی	نیاز به مصرف اکسی توسین در مرحله اول زایمان
	۳۱/۶	۴۳	۱۶/۲	۱۱	۴۷/۱	۳۲	خیر	
	۱۰۰	۱۳۶	۵۰	۶۸	۵۰	۶۸	جمع	
X2 *P=۰/۰۳۲	۶۲/۵	۸۵	۵۲/۹	۳۶	۷۲/۱	۴۹	واژینال	نوع زایمان
	۳۷/۵	۵۱	۴۷/۱	۳۲	۲۷/۹	۱۹	سزارین	
	۱۰۰	۱۳۶	۵۰	۶۸	۵۰	۶۸	جمع	

*اختلاف معنی داراست.

بحث

نتایج نشان می دهد که دو گروه تحت بررسی (مداخله و غیر مداخله) از نظر وضعیت اقتصادی، سن، سواد و نوع شغل اختلافی نداشتند. اما تفاوت آماری بین دو گروه از نظر مصرف اکسی توسین برای تقویت زایمان معنی دار بود از طرفی میانگین نمره بی شاپ در افراد گروه مداخله ($3/35 + 5/9$) نسبت به گروه غیرمداخله ($2/96 + 4/3$) بالاتر بود و اختلاف آنها از این نظر معنی دار بود. اگر چه اختلاف بین دو گروه از نظر شروع خودبخودی دردها معنی دار نبود اما افراد گروه مداخله بیشتر با شروع خودبخودی دردها به زایشگاه مراجعه کرده بودند. اثر خاکشیر بر روند زایمان یک اثر تدریجی است از این رو احتمالاً اگر طول مصرف خاکشیر یا مقدار مصرف آن افزایش یابد شاهد کاهش بیشتر موارد تحریک شروع زایمان و افزایش شروع خودبخودی دردها خواهیم بود. البته جوشاندن خاکشیر با گلاب یا آب خالص اثر آن را افزایش می دهد.^(۶)

بین نوع زایمان نیز در دو گروه تفاوت معنی دار آماری مشاهده شد به طوریکه ۴۹ نفر (۱/۷۲٪) از افراد گروه مداخله در مقایسه با ۳۶ نفر (۵۲/۹٪) از افراد گروه غیر مداخله، زایمان واژینال داشتند که این با یافته های قبلی هم خوانی دارد. زیرا در مطالعات متعددی ارتباط تحریک زایمان با افزایش میزان سزارین و نیز نمره بی شاپ مناسب با کاهش سزارین مورد تأیید قرار گرفته است.^(۱۹) نمره بی شاپ مناسب به عنوان یک معیار پیشگویی کننده زایمان واژینال بوده و فاصله زمانی القاء تا زایمان راپیش بینی می کند.^(۲۰) روشهای غیر دارویی متعددی برای دستیابی به یک سرویکس مناسب جهت القاء و زایمان وجود

دارند و ترکیبات گیاهی به عنوان یکی از این روشها می باشد.^(۲۱) البته از میان معیارهای تعیین ضریب بی شاپ، دیلاتاسیون (میزان بازشدن دهانه رحم) دارای اهمیت بیشتری است^(۲۰) به طوری که میزان پایین بی شاپ در حضور دیلاتاسیون مناسب سرویکس احتمال موفقیت تحریک زایمان را نسبت به ضریب بی شاپ مشابه ولی دیلاتاسیون کمتر افزایش می دهد.^(۲۲،۲۳) که نتیجه این تحقیق نیز بیانگر اختلاف معنی دار آماری بین میزان دیلاتاسیون در هنگام مراجعه در دو گروه مداخله و غیر مداخله بود. افراد گروه مداخله میانگین دیلاتاسیون بالاتری ($3/2 + 2/1$) نسبت به گروه غیر مداخله ($1/8 + 1/61$) داشتند. با توجه به نتایج، پیشنهاد می گردد برای کاهش تعداد سزارین که امروزه به صورت یک معضل بهداشتی، درمانی درآمده است از ترکیبات گیاهی چون خاکشیر استفاده شود که هم از نظر اقتصادی به صرفه است، هم در حاملگی منع مصرف ندارد و هم به عنوان یک داروی گیاهی به راحتی توسط مردم پذیرفته می شود. در نهایت توصیه می شود تحقیق مشابه دیگری با تعداد نمونه بیشتر، افزایش در مدت و مقدار مصرف خاکشیر و اضافه نمودن موادی مانند گلاب به خاکشیر تکرار شود.

سپاسگزاری

از کلیه پرسنل محترم شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و مرکز آموزشی درمانی نیک نفس شهر رفسنجان که در این تحقیق همکاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Gray cunningham F, leven O, steven L , et al. Williams obstetrics, 22th ed. Mcgrawhill, newyork: 2005; 434 – 536
2. Zhang J, Yancey MK, Handerson CE. National trends in labor induction 1989-1998. J reported med 2002; 47:120-4

3. Rayburn WF, Zhang J. Rising rates of labor induction : present concerns and future strategic, *Obstet gynocol* 2002;100 : 164-167
4. VRuth BE lindak. Myles, text book for midwives, 13th ed. churchil livingstone edinburg 2000;462
5. Simpson KR, Thorman KE. Obstetric "conveniencess": elective induction of labor, cesarean birth on demand and other potentially unnecessary interventions. *J perinatal neonatal nurse* 2005; 19 (2) : 134 –140
6. Dublin S, Lydon-Rochelle M, Kaplan RC, et al. Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without and identified indication. *Am j obstet gynocol* 2000; 183(4):986-94.
7. Prysak M, Castronova FC. Elective induction versus spontaneous labor:a case – control analysis of safety and efficacy. *Obstet gynocol* 1998;92 (1) : 47-52
8. Seyb ST, Berka RJ, Socol ML, et al. Risk of secarean delivery with elective induction of labor at term in nuliparous women. *Obstet gynocol* 1999;94(4) : 600-607
9. Wigton TR, Wolk BM. Elective and routine induction of labor, a retrospective analysis of 274 cases.*J reported med* 1994;39 (1) : 21-29
10. Yeast JD, Jones A, Poksin M. Induction of labor and the relation to cesarean delivery:a review of 4001 consective induction. *Am j obstet gynocol* 1999;180 (3) : 628-633
11. Luthy DA, Malmgren JA, Zingheim RW. Cesarean delivery after elective induction in nuliparous women: the physician effect. *Am j obstet gynocol* 2004 ;191 (5) : 1511-1515
12. Vrouenraets FP, Roumen FJ, Dehing CJ, et al. Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nuliparans women. *Obstet gynocol* 2005;105 (4) : 690-697
13. Bugg Gj, Staniey E, Baaker Pn, et al. Out comes of labours augmented with oxytocin. *Eur j obstet gyncol repored boil* 2006;124(1):37-41
14. Bekhradi R. *New Herbal Therapy*. Motarjem publication, Kashan 2004 ; 23
15. Haji Sharifi A. *Secrets Of Herbal Drugs*. Golshan publication , Tehran : 2003; 44
16. Afshar I. *Traditional Gift Of Iranian People*. Homa publication 1991; 302
17. Amin GH. *Traditional Herbal Drugs In Iran*. Search& Education Assistance Of Health Ministry Publication, Sari 1991; 1-9
18. Shokohi nejad H. *Cure Garden*. Boostan Publication ,Tehran 1994; 78&95
19. Cammu H, Matrten G, Ruyssinck G, et al. Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study. *Am j obstet Gyncol* 2002;186(2):240-244

20. Glantz IC. Elective induction vs spontaneous labor association and outcomes. *J reposed med* 2005;50(4):235-40
21. Main Ek, Moore D, farrel B, et al. Is there a useful cesarean birth measure? Assesment of the nuliparus term singleton vertex cesarean birth rate as a tool for obstetric quality improvement. *Am j obstet gynecol* 2006; 25
22. Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, et al. labor progression and risk of cesarean delivery in elective induced nuliparous. *obstet gyncol* 2005;105 (4):698-704

Assessment of the Effect of Sisymbrium Consumption on Spontaneous Labor in Nulipars

Mohammadinia N, MSc*; Rezaei M, MSc*; Loripoor M, MSc; Vazirinejad R, PhD*****

Received: 12/May/2007

Accepted: 15/Feb/2008

Background: *Post-term pregnancy is one of the important problems in obstetrics which increases the rate of cesarean in addition to several complications for mother and fetus. Some reports have shown that these problems less occurred in women who use herbal medicine like sisymbrium and they also have more successful vaginal delivery than others. The goal of this study was to assess the effect of sisymbrium consumption on spontaneous labor in nulipars.*

Materials and Methods: *In this double blind controlled clinical trial, 85 pregnant women who referrers to the health care center were enrolled. They were randomly assigned to receive 28 sachets of 5gr sisymbrium (to use from 37th week of pregnancy) or no treatment. The data gathered using a questionnaire which was completed by trained midwives.*

Results: *There was no significant difference between the intervention group and control group in the spontaneous beginning of their pains ($p=0.29$), but the induction of labor, the doctor's introduction for induction ($p=0.043$), cesarean rate ($p=0.032$) were higher in the non-intervention group. Whereas the Bishop's score ($p=0.003$), dilatation ($p=0.00$) and cervix effacement ($p=0.008$) were higher in intervention group.*

Conclusion: *This study showed that the probable effects of sisymbrium in the parturition process increase the probability of vaginal delivery. Since there is no contraindication for sisymbrium use during pregnancy, it is recommended that the pregnant women consume it in order to facilitate labor.*

KEYWORDS: *Sisymbrium, induction, spontaneous labor, cesarean.*

*Dept of Nursery, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.

**Dept of Midwifery, Faculty of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services, Rafsanjan, Iran.

***Dept of Biostatic, Faculty of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services, Rafsanjan, Iran.