

Dysmenorrhea and its Treatment with Chemical Drugs and the Highly Used Components of Complementary and Alternative Medicine: A review(Azmoodeh, E.¹, Fazel, N.²)**Abstract****Background and Purpose:**

Dysmenorrhea is one the most common gynecological disorders, prevalent in more than 50% of women, and affects the personal and social life with a further effect on the loss of more than millions of work hours. In addition to the conventional chemical drugs, the use of complementary and alternative medicine (CAM) is on the rise. The aim of the present study is review the effects of chemical drugs and CAM in the treatment of Dysmenorrhea.

Methods and Materials:

The present study was collected by electronic and manual search methods. 41 articles in both English and Persian were obtained from SciencesDirect, PubMed, inlm.org, sid.ir, as well as classical textbooks in the field.

Results:

The major cause of primary Dysmenorrhea is an increase in the synthesis of prostaglandin, vasopressin and materials synthesized from phospholipids (such as thromboxan A2 and prostacyclin), where PGF2a and PGE2 have the most significant roles and are secreted from the endometrium during menses. Following the constant stimulation of endometrium by estrogen and progesterone, production of PG increases. Contractions caused by PG will produce pains with colic and spasmodic nature as well as pains such as labor throes in the abdomen, characterized by Dysmenorrhea. Accordingly, the mechanism of drugs effective against Dysmenorrhea includes controlling the PG synthesis and other metabolites.

Conclusion:

NASAID and OCS reduce or eliminate the symptoms of Dysmenorrhea by inhibiting or reducing the synthesis of prostaglandin. In addition to these drugs, the use of complements such as Vit A, B1, B6, Zinc, Omega 3 and Mg as well as herbal medicine can reduce the menstrual pains, which in many cases come up to be equally effective as chemical drugs are. Local application of heat, biofeedback, and tranquilizing techniques as well as regular exercise will all lead to pain alleviation.

Key Words: Dysmenorrhea; Complementary and Alternative Medicine; Analgesic and steroid anti-inflammatory drugs.

¹ Student of midwifery Sabzevar University of Medical Sciences, Iran

² Faculty Member of Department of Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Iran

دیسمنوره و درمان آن با داروهای شیمیایی و اجزای پرکاربرد طب مکمل (مروری)

(الهام آزموده^۱، نسربین فاضل^۲)

زمینه و هدف:

دیسمنوره یکی از علل شایع اختلالات ژنیکولوژی است که تقریباً در بیش از ۵۰٪ زنان رخ می دهد و روی زندگی فردی و اجتماعی فرد تأثیر گذاشته و منجر به از دست رفتن میلیونها ساعت کاری می شود. علاوه بر داروهای شیمیایی مرسوم، استفاده از طب مکمل و جایگزین (CAM) نیز در درمان دیسمنوره رو به افزایش است. هدف از این مطالعه بررسی اثرات داروهای شیمیایی و اجزای پرکاربرد طب مکمل در درمان دیسمنوره می باشد.

مواد و روشها:

مقاله حاضر، با استفاده از دو شیوه ی Electronic search و Hand search گرد آوری شده است. با مطالعه ی ۴۱ مقاله معتبر فارسی و انگلیسی از سایتهای Pubmed, Sciencedirect, Inlm.org, Sid.ir و کتب معتبری همچون اسپیروف، کیسنر، نواک و برک مطالب انتخاب و مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته ها:

علت دیسمنوره اولیه افزایش سنتز پروستاگلاندین، وازوپرسین و مواد سنتز شده از فسفولیپیداها (مثل ترومبوکسان A₂، پروستاگلین) است که، در این میان PGF_{2a} و PGE₂ بیشترین نقش را دارد و از آندومتر رحم در طی قاعدگی ترشح می شود. به دنبال تحریک مداوم اندومتر بوسیله ی استروژن و پروژسترون میزان تولید PG افزایش پیدا می کند. انقباضات ناشی از PG باعث ایجاد دردهایی با ماهیت کولیک، اسپاسمودیک و دردهایی مشابه زایمان در قسمت تحتانی شکم می شود که مشخصه ی دیسمنوره است. براین اساس مکانیسم داروهای موثر بر دیسمنوره، مهار سنتز PG و سایر متابولیت های آن است.

نتیجه گیری:

داروهای NSAID و OCS با مکانیسم مهار و کاهش سنتز پروستاگلاندین منجر به رفع یا کاهش علائم دیسمنوره می شوند. علاوه بر این داروها، استفاده از مکمل های تغذیه ای همچون Vit A, B1, B6, Zinc, Omega3 و Mg و نیز استفاده از داروهای گیاهی همچون زنجبیل، سنبل الطیب، رازیانه و ... اغلب با همین مکانیسم منجر به برطرف شدن دردهای قاعدگی می شود که در بسیاری موارد با نتایج حاصله از داروهای شیمیایی برابری می کند. استفاده ی موضعی از گرما، بیوفیدیک و تکنیک های آرام سازی و همچنین ورزشهای منظم منجر به بهبود علائم درد می شود.

واژه های کلیدی: دیسمنوره، طب مکمل و جایگزین (CAM)، داروهای ضد درد و التهاب استروئیدی

۱. دانشجوی کارشناسی مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

۲. کارشناس ارشد مامایی و عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

مقدمه:

هیپوتالاموس، تخمدانی دیسمنوره رخ می دهد. پس معمولاً در ۱ تا ۲ سال اول زندگی پس از شروع قاعدگی های همراه با تخمک گذاری رخ می دهد(۳). این دردها همزمان با قاعدگی شروع شده و عموماً ۷۲-۱۲ ساعت ادامه دارد، اما چون ترشح پروستاگلندین در ۴۸ ساعت اول بیشتر است باعث بیشتر شدن علائم می شود (۴).

دیسمنوره ی ثانویه که اکثراً از آغاز زمان قاعدگی نبوده، و در سالهای بعدی به علت ارگانیک لگنی و غیر لگنی (اندومتریوز، بیماری التهابی لگن، و یا لیومیومهای رحمی) ایجاد می گردد و نسبت به نوع اولیه شیوع کمتری دارد (۴). افتراق دادن نوع اولیه و ثانویه دیسمنوره براساس شرح حال و معاینه ی فیزیکی غالباً دشوار است (۲).

علت دیسمنوره ی اولیه افزایش PG، وازوپرسین و مواد شیمیایی سنتز شده از فسفولیپیدها (مثل ترومبوکسان A2، پروستاگلین) می باشد(۱) و از این بین PGE2 و PGF2a بیشترین نقش را دارند که از آندومتر رحم در طی دوران قاعدگی ترشح می شوند. PGE2 و PGF2a از اسید چربی به نام اسید آراشیدونیک ساخته می شود. به دنبال تحریک آندومتر به وسیله ی استروژن و پروژسترون، میزان تولید PG افزایش می یابد. علاوه براین در طی دوران قاعدگی، سلولهای آندومتر بالیز شده و در نتیجه PG افزایش پیدا می کند که این افزایش PG به نوبه ی خود باعث انقباض عضلات صاف، آزاد شدن وازوپرسین و در نتیجه درد همراه با ایسکمی(۵) در بسیاری از بافتهای مجاور می شود(۶،۵).

انقباضات القا شده ممکن است چند دقیقه طول کشیده و فشار داخل رحمی به بالاتر از ۶۰ میلی متر جیوه برسد و ایسکمی در صورتی رخ می دهد که فشار رحمی به مدت

قاعدگی دردناک یکی از شایع ترین اختلالات ژنیکولوژی است که تقریباً بیش از ۵۰ درصد زنان دارای دوره های قاعدگی منظم را درگیر می کند(۱).

واژه ی دیسمنوره از سه بخش dys به معنای menorrhagia, difficult, painful, abnormal به معنای month و rrhea به معنای flow تشکیل شده است (۲). شیوع دیسمنوره ی اولیه در جوامع مختلف بین ۵۰ تا ۹۰ درصد و در ایران بین ۷۴ تا ۸۶/۱ درصد بیان شده است که بیشتر در طول سنین نوجوانی (۱۹-۱۳) رخ می دهد و پس از ۳۵ سالگی شروع به کاهش می کند(۱). اما گاهی تا دهه ی پنجم زندگی پابرجا می ماند(۳).

وجود دیسمنوره از عوامل اصلی مختل کننده ی کیفیت زندگی و فعالیت های اجتماعی زنان جوان می باشد، بطوریکه وجود دیسمنوره ی شدید موجب غیبت فرد در محل کار و یا تحصیل خود می شود. ۱ درصد زنان در سنین باروری به مدت ۳ روز در هر ماه به علت این مشکل از نظر کاری دچار اختلال می شوند و این مشکل موجب هدر رفتن ۶۰۰ میلیون ساعت کاری می شود. از نظر اقتصادی ۲ میلیارد دلار هرساله به اقتصاد آمریکا ضرر می رساند(۱). همچنین افزایش احتمال حوادث و کاهش کیفیت کاری در افرادی که علیرغم وجود درد قاعدگی به کار خود ادامه می دهند، حایز اهمیت است (۲).

دیسمنوره به دو دسته تقسیم می شود:

دیسمنوره ی اولیه بدون هیچ علت ارگانیک در زمان قاعدگی خانم ها به وجود آمده و بیشتر در دختران جوان دیده می شود(۴). با توجه به اینکه بسیاری معتقدند که دیسمنوره ی اولیه در چرخه های قاعدگی دارای تخمک گذاری رخ می دهد، پس عموماً در اولین چرخه های قاعدگی به علت تکامل محور هیپوفیز،

علاوه بر اثرات نامطلوب این داروها، ۲۵-۱۰ درصد زنان به این داروها عکس العمل نشان نمی دهند. از این رو آگاهی از این اثرات نامطلوب و پاسخ ندادن بعضی افراد به این داروها موجب روی آوردن به درمانهای مرسوم و استفاده از اصول CAM شده است.

از اجزای CAM می توان به داروهای گیاهی، استفاده از گرمای موضعی، ورزش، مداخلات رفتاری مثل تکنیک های آرام سازی، بیوفیدبک، تجویز ویتامین ها و مکمل های غذایی، هیپنوتیزم و طب سوزنی، استئوپاتی و ... اشاره کرد. که از این میان در درمان دیسمنوره در ایران، استفاده از مکمل ها، داروهای گیاهی و گرمای موضعی بیشترین کاربرد را دارد.

از این رو هدف از این مقاله بررسی اثر درمانهای رایج در بهبود دیسمنوره شامل داروهای شیمیایی و اجزای پرکاربرد CAM می باشد.

بحث:

با دانستن مکانیسم ایجاد دیسمنوره، درمانهای زیر برای رفع آن مطرح می شود:

• درمانهای هورمونی:

۱. مهارکننده های سنتز PG (NSAID)

مهارکننده های سنتز PG چند نوع می باشند که شامل آسپرین، مشتقات اسیدپروپیونیک (ایبوپروفن، ناپروکسن، کتوپروفن) و فنانات ها (مفنامیک اسید، مکلوفنات، فنوفناتیک اسید) هستند (۹،۲). این داروها با مکانیسم مهار سیکلواکسی ژناز منجر به کاهش چشمگیری در تولید PG و متعاقباً کاهش غلظت PG در مایع آندومتر و کاهش تون رحمی می شود. عموماً ۷۰ درصد زنان کاهش متوسط تا کامل کرامپهای قاعدگی را با استفاده از مهارکننده های PG نشان می دهند. این داروها قبل و یا در هنگام شروع درد

طولانی از میانگین فشار شریانی بالاتر برود. ایسکمی به تجمع متابولیت های بی هوازی که می توانند نوروهای کوچک نوع C را تحریک کنند، منجر می شود. از بسیاری جهات، دیسمنوره ی اولیه مشابه آئزین رحمی می باشد (۷).

انقباضات عضلات رحمی باعث ایجاد دردهایی با ماهیت کولیکی، اسپاسمودیک و دردهای مشابه زایمان در قسمت تحتانی شکم و درد کمر می شود که مشخصه ی دیسمنوره است و بر خلاف دردهای مربوط به پریتنیت های شیمیایی، این درد با ماساژ شکم، فشرده شدن آن و حرکت بدن بهتر می شود (۸). درد شکم اغلب با تهوع، استفراغ، کوفتگی، سردرد و یک حس عمومی ناخوشی همراه است (۷).

اگر چه سنتز PG و متابولیت های آن در همه ی خانم ها وجود دارد، اما اعتقاد بر این است که در خانم هایی با دیسمنوره، سطح بالاتری از این مواد در مایع قاعدگی وجود دارد (۵،۹،۱۰). مقادیر بالای PG توسط آندومتر به تحریک متوالی اندومتر بوسیله ی استروژن و پروژسترون نیاز دارد، معمولاً زمانی که دارای خونریزیهای قاعدگی بدون تخمک گذاری هستند (فقدان پروژسترون) دچار دیسمنوره ی اولیه نمی شوند (۷).

پس با این وجود مکانیسم اصلی درمان دیسمنوره، جلوگیری از سنتز PG و سایر متابولیت های شیمیایی می باشد. جهت درمان دیسمنوره ی اولیه تا بحال روشهای متعددی پیشنهاد شده است. در این میان مهارکننده های تولید PG شامل پروپیونیک ها و فنانات ها بیشترین مصرف را دارند که تقریباً در ۸۰ درصد زنان مبتلا به دیسمنوره منجر به تسکین درد می شود. اما این داروها عوارضی دارند که شایعترین آنها ناراحتی های گوارشی به صورت تهوع، سوء هاضمه و استفراغ است (۱۱).

استفاده از شکل تزریقی دارو به دلیل گزارشات متعدد از
فلج ناشی از تزریق این دارو توصیه نمی شود. اما می توان
علاوه بر قرص از شیاف آن به طور موثری استفاده نمود (۲).

پیروکسیکام نیز از داروهای پر مصرف دیگری است که
مصرف روزانه ۲۰ میلی گرم آن توصیه می شود (۲).
آسپرین نیز برای درمان دردهای قاعدگی و کرامپهای
شکمی مفید است (۲).

استامینوفن با وجود اینکه یک آنالژزیک موثر
است، اما به دلیل فقدان مهار PG در درمان دیسمنوره
مفید نمی باشد (۲).

عوارض جانبی

برای تعیین دوزاژ مورد استفاده و تعیین عوارض جانبی
آنها مطالعات زیادی لازم است. به زنان توصیه می شود از
پایین ترین دوز موثر به دلیل تعیین تحمل داروی مورد نظر و
محدود کردن عوارض جانبی آنها استفاده شود. این عوارض
جانبی شامل تهوع، دیسترسهای گوارشی، دیس پپسی،
عرق کردن، احتباس مایع و اسهال می باشند (۲، ۱۴). دردوز
بالا NSAID با کاهش غلظت وازودیلاتورهای کلیوی و
PG اندومتريال منجر به کاهش جریان خون در کلیه و در
نتیجه نارسایی کلیوی بعدی خصوصا در افراد با ریسک بالا
می شود. علاوه بر این استفاده ی طولانی مدت از NSAID
ها منجر به رفلاکس ازوفاگال و تشکیل زخم شده که نهایتا
منجر به خونریزی می شود (۲).
بسیاری از زنان این داروها را به خوبی تحمل می کنند،
خصوصا زمانیکه همراه با غذا مصرف شوند (۲).

تجویز شده و به منظور جلوگیری از تشکیل مجدد فرآورده
های جانبی PG باید به طور مداوم هر ۸-۶ ساعت مصرف
شود (۱۲).

بسیاری از زنان پس از مدتی می فهمند که یک نوع
NSAID اثرات بیشتری دارد، پس برای تعیین پاسخ خوب
بیمار به درمان باید یک دوره ی ۶-۴ ماهه درمان با هر دارو
انجام شود. اگر درمان اولیه موفقیت آمیز نبود، باید تغییر نوع
مهار کننده امتحان شود (۲، ۱۲).

مفنامیک اسید از دسته ی فناتاماتها، علاوه بر مهار آنزیم
سیکلو اکسی ژناز، به طور مستقیم نیز فعال شدن گیرنده های
PG را مهار می کند. همچنین مفنامیک اسید با اثر
آنتاگونیستی روی جایگاه اتصال PG عمل می کند. با وجود
این ویژگیها در ۵۱ کار آزمایشی بالینی مهار کننده های سنتز
PG، مشخص شد که فناتاماتها موثرتر از بقیه هستند. از
این داروها در آغاز ۵۰۰ میلی گرم استفاده می شود و
سپس به میزان ۲۵۰ میلی گرم چهار بار در روز می توان
استفاده نمود (۹).

ایبوپروفن از مشتقات پروپیونیک اسید نیز باعث جلوگیری
از سنتز PG شده که با دوز ۸۰۰-۲۰۰ میلی گرم ۳ تا ۴ بار
در روز مورد استفاده قرار می گیرد (۱۲، ۱۳).

ناپروکسن از دیگر مشتقات پروپیونیک اسید نیز با دوزاژ
۵۰۰-۲۵۰ میلی گرم، ۴ بار در روز استفاده می شود (۲). در
صورتیکه قرار باشد در درمان دیسمنوره ی اولیه از ناپروکسن
استفاده شود، ملح سدیمی آن ارجحیت دارد، زیرا این ملح
نسبت به شکل اسیدی دارو به سرعت جذب می شود و به
حداکثر سطح پلاسمایی آن می رسد (۷).

دیکلوفناک نیز از مهار کننده ای قوی سیکلوکسی ژناز و
تولید PG است که دوز خوراکی آن به میزان ۷۵-۵۰
میلیگرم دو تا سه بار در روز استفاده می شود (۲).

است) (۷،۱۲،۲)

مطالعات مشاهده ای که مطرح کننده ی مقاومت فردی بین OCS های مونوفازیک و مولتی فازیک که نشاندهنده ی تفاوت محسوسی در اثر بخشی آنها شود وجود ندارد. با این وجود اطلاعات کافی در این زمینه وجود ندارد (۲).

دوزهای مداوم OCS باعث محدود شدن تعداد سیکلهای withdrawal در هر سال می شود، و از این طریق منجر به کاهش نشانه های چندگانه وابسته به هورمون، در سیکلهای ماهانه مثل درد لگن، PMS، منوراژی، دیسمنوره و ... می شود (۲).

۳. سایر روشهای هورمونی

علاوه بر قرصهای جلوگیری از بارداری سایر کنتراستپوهای هورمونی، گزینه های درمانی موثری خصوصا در زنان متمایل به جلوگیری از بارداری هستند. IUD های آزاد کننده ی لوونرژسترون منجر به کاهش جریان خون قاعدگی و کاهش ضخامت آندومتر شده که از این طریق منجر به کاهش دردهای قاعدگی به میزان بیش از ۵۰ درصد می شوند. (IUD های غیر هورمونی مثل IUD های مسی منجر به افزایش جریان خون قاعدگی و دردهای توأم با آن می شود (۱۷).

• اجزای CAM

۱. داروهای گیاهی

از زمانهای قدیم همواره در طب سنتی توجه خاصی به گیاهان دارویی شده است. امروزه نیز با بررسی های متعددی که در این خصوص تحت عنوان طب گیاهی herbal medicine به عمل می آید به اثرات مفید و ارزنده ی گیاهان بسیاری دست یافته اند (۱).

تعدادی از مطالعات نشان داده اند که مصرف این داروها قبل از بروز نشانه ها در تسکین درد موثر تر از استفاده ی آنها همزمان با آغاز نشانه ها است، با این وجود مطالعات بیشتری برای تایید این مطلب وجود دارد. (۱۵)

مدارکی که از کارایی بهتر داروهای جدیدتر و گرانتر همچون Celexib (مهار کننده ی آنزیم COX2) حمایت کند، وجود ندارد. با این وجود داروی جدید Celexib با دوز ۲۰۰ میلی گرم در روز باعث کاهش عوارض جانبی گوارش می شود. اما قیمت بالای آن نسبت به سایر NSAID های مرسوم باعث محدود شدن مصرف آن شده است و بیشتر در مواردی استفاده می شود که افراد به سایر NSAID جواب ندهند یا قادر به تحمل عوارض جانبی این داروها نباشد (۱۶).

درمان دارویی NSAID در بیماران مبتلا به زخم دستگاه گوارشی یا حساسیت برونکواسپاستیک به Asprine ممنوع است (۱۲).

از دیگر فواید استفاده از مهار کننده های سنتز PG در درمان دیسمنوره، کاهش مقدار خونریزیهای قاعدگی است (۱۲).

۲. Oral Contraceptive

در آن دسته از بیماران مبتلا به دیسمنوره ی اولیه که فاقد کنتراستپوهای هورمونی برای مصرف کنتراستپوهای هورمونی هستند، و تمایل به جلوگیری از بارداری دارند OCS ها گزینه ی درمانی مناسبی هستند (۱۲،۲).

OCS ها با سرکوب تخمک گذاری و ایجاد الگوی سیکلیک از افزایش استروژن و کاهش پروژسترون سرم منجر به کاهش ضخامت آندومتر و کاهش تولید مایع آندومتر غنی از PG می شوند، محیط آندوکراین ایجاد شده توسط OCS به اولین مرحله ی پرولیفراتیو سیکل قاعدگی شباهت دارد (که در آن میزان PG در کمترین حد

طیف وسیعی از داروهای گیاهی در درمان دیسمنوره موثرند که از این جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود:

زنجبیل

French.L در تحقیق خود نشان داد که زنجبیل همانند دو داروی مفنایمیک اسید و ایوپروفن در کاهش دیسمنوره موثر است (۱۸).

ترکیبات زنجبیل همانند هر گیاه دیگری پیچیده است و شامل مواد مختلفی نظیر کربوهیدراتها، اسیدهای چرب (آزاد)، اسید آمینه و پروتئین و ویتامینهایی مثل نیاسین و دیگر ترکیبات غیر فرار مثل جینجروول و شوگا اول ها می باشد (۱۹).

اسانس آن به طور عمده شامل سزکوئی ترین ها می باشد (۲۰). جینجروول یکی از مواد تشکیل دهنده ی زنجبیل دارای خاصیت ضد درد، آرامبخش، ضد تب و ضد باکتری در حیوانات است (۲۱).

اثر ضد التهاب زنجبیل ناشی از مهار سیکلواکسی ژناز و لیپواکسی ژناز و به دنبال آن کاهش لکوترین و پروستاگلاندین است (۲۲). زنجبیل علاوه بر این منجر به کاهش علائم سیستمیک همراه با قاعدگی نظیر تهوع، استفراغ، درد شکم و ... می شود (۱۱).

Blumental m در تحقیقات خود نشان داد که مقدار مصرف زنجبیل با شکم خالی به ۶ گرم محدود می شود، زیرا تجویز مقادیر بیش از ۶ گرم در نمونه های انسانی موجب افزایش پوسته ریزی سلولهای اپی تلیال سطحی معده می شود. همچنین باعث کاهش واکنش های حساسیتی و درماتیتی و در دوزهای بالا دپرسیون سیستم عصبی و آریتمی قلبی می شود (۲۳).

سنبل الطیب

این دارو با مکانیسم مهار انقباضات ناشی از دیپلاریزاسیون باعث باز شدن کانال K⁺ و مسدود شدن کانال Ca²⁺ می شود.

زمانیکه با استفاده از این دارو کانالهای پتاسیمی باز می شوند، میزان Ca²⁺ داخل سلولی کم می شود و همین امر موجب شل شدن عضله می شود (۲۴).

همچنین اثرات آنتی اسپاسمودیک والتترات، ایزوالتترات و والرنون که ترکیبات ریشه ی سنبل الطیب هستند، روی عضله ی صاف ایلئوم تایید شده است (۲۵). عصاره ی والرین انقباضات ناشی از استیل کولین، فینیل افرین و هیستامین را کاهش می دهد. این عصاره ها اثر مهاری مستقیمی روی انقباضات رحم انسان دارد (۲۶).

میرابی و همکاران در پیگیریهای بعمل آمده در مطالعه ی خود هیچ عارضه ای در ارتباط با مصرف سنبل الطیب گزارش نکردند (۳).

آویشن

آویشن با بلوک کانال Ca باعث بروز آثار آنتی اسپاسمودیک می شود (۲۷).

دم کرده ی گل رز

از برگها و غنچه ی رز گالیکا تهیه می شود. کالیکس گل رز حاوی vit A, B, C, E, K, P است و دارای بیشترین غلظت vit C است. چای رز منجر به تنظیم ترشح هورمونها و مداومت در مصرف آن باعث بهبود دیسمنوره و علائم یائسگی می شود. چای رز با بهبود دیسترسهای گوارشی و بهبود ایستایی خون در رحم منجر به کاهش دیسمنوره می شود. با این وجود مکانیسم دم کرده ی گل رز به خوبی مشخص نشده است. Ying - Fen Tseng و همکاران در تحقیقات خود توصیه می کنند دم کرده ی گل رز قبل از قاعدگی نوشیده شود (۲۸).

راز یانه

این دارو دارای اثرات ضد التهاب، ضد اسپاسم، بادشکن، مدر، خلط آور و ملین و ضد درد است (۱). این دارو همچنین

◀ زعفران

از گیاهان مختص ایران و اروپای مدیترانه است که به عنوان داروی موثر برای بهبود گردش خون استفاده می شود. این گیاه دارای اثر آنتی اسپاسمیک است و منجر به کاهش توکسین های بیوشیمیایی در حیوانات می شود. زعفران به طور رایج در درمان مشکلات مربوط به زنان مثل اختلالات قاعدگی، آمنوره، دیسمنوره، PMS و ناباروری مورد استفاده قرار می گیرد (۳۲).

◀ بابونه

استفاده از این گیاه دارویی منجر به کاهش درد شکم و لگن در هنگام قاعدگی، خستگی، بی حالی و افسردگی در خلال چرخه های قاعدگی می شود (۸).

۲. تغذیه و مکمل های تغذیه ای :

از آنجایی که اسید آراشیدونیک پیش ساز سنتز PG است، نقش بالقوه ی رژیم غذایی بر این ماده، در درمان دیسمنوره ی اولیه واضح است. به عنوان مثال رژیم کم چرب ماهی ها (خصوصاً قزل آلا، ماهی تن و هالیبوت) که غنی از اسیدهای چرب غیر اشباع است (۳۳)، باقلا و دانه ها (مثل کدو تنبل، کنجد، آفتابگردان)، همه ی حبوبات و میوه ها و سبزیجات منجر به کاهش اسید آراشیدونیک در رژیم چربی می شوند (۲).

تعدادی از مکمل های تغذیه ای در درمان دیسمنوره ی اولیه نقش دارند. این مکمل ها شامل :

* VitE :

Harel Z و همکاران و Ziaei و همکاران در تحقیقات خود بیان می کنند که ارتباط بین مصرف Vit E

دارای پروتئین، چربی، کمی موادقندی، موسیلاژ و Ca^{2+} ، فسفر، آهن، ویتامین K^+ ، ویتامین A و C و مقداری روغن های فرار می باشد.

روغن رازیانه دارای ۴ درصد اسید پالمیتیک، ۲۲ درصد اسید اولئیک، ۱۴ درصد اسید لینولئیک، ۶۰ درصد اسید پترو سیلینیک می باشد (۲۹). اسانسهای موجود در این گیاه حاوی کامفن (COMPHENE)، فنکو (FENCHO) و آنتول (ANTHEL) می باشد. میوه و اسانس رازیانه به دلیل دارا بودن آنتول موجب کاهش و یا توقف اسپاسم های دستگاه گوارش و تشدید شیرابه های گوارشی و در نتیجه بالا رفتن کیفیت هضم می گردد (۳۰). اسانس این گیاه از تقطیر میوه به وسیله ی بخار آب بدست می آید (۱). اسانس این گیاه دارای حداقل خاصیت سمی بوده که می تواند با اطمینان کامل برای دیسمنوره استفاده شود (۱).

نظریور و همکاران در تحقیق مقایسه ای خود اثرات مشابهی در کاهش دیسمنوره بین اسانس رازیانه و مفنمیک اسید مشاهده کرده اند. اما آنها پی بردند که اسانس رازیانه در کاهش شدت خونریزی قاعدگی حتی بیشتر از مفنمیک اسید موثر واقع می شود، و علائم بالینی همراه با درد قاعدگی از جمله خستگی، استفراغ، بی حالی، اسهال، سردرد و ... در مصرف کنندگان رازیانه کاهش بیشتری پیدا کرده بود (۱).

◀ تخم کرفس

تخم کرفس حاوی یک ماده ی گیاهی مغذی به نام Phthalate می باشد. ماده ی phthalate باعث تعادل سطح PG در بدن و ریلکس شدن ماهیچه های صاف می شود و از این رو منجر به کاهش التهاب، درد، فشارخون و ... می شود (۳۱).

* Vit B6 (pyridoxine):

استفاده از ۱۰۰ میلی گرم Vit B6 روزانه یکبار به تنهایی یا در ترکیب با منیزیم منجر به کاهش دردهای قاعدگی در زنان می شود (۳۷).

* Zinc (روی):

روی منجر به مهار سنتز PG می شود. از این رو در کاهش کرامپهای شکمی و بروز نفخ در دوران قاعدگی اثرگذار است. غلظت روی در محتویات اندومتر به طور عادی ۱۵-۱۰ میلی مول بر لیتر است که نقص و کمبود این ماده منجر به افزایش بروز کرامپها می شود. استفاده از آن به میزان ۳۰ میلی گرم در روز قبل از قاعدگی توصیه می شود (۱۰).

* Omega-3 :

وجود این اسید چرب غیر اشباع منجر به تنظیم تولید PG می شود (۲،۳۳).

۳. گرمادرمانی:

استفاده از گرمای موضعی در پایین شکم درمان خانگی مرسوم دیسمنوره در سراسر جهان است. در مطالعه ای Akin و همکارانش دریافتند که استفاده ی مداوم از گرمای موضعی همانند استفاده از دوز متوسط Ibuprofen ۴۰۰ در برطرف کردن دردها موثر است (۳۸). در این ارتباط می توان از بطریهای آب گرم، پدهای گرم کننده و حمام آب گرم استفاده نمود. گرما خصوصا در افرادی با عدم تحمل عوارض گوارشی NSAID ها گزینه ی درمانی مناسبی خواهد بود (۴۰، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲).

۴. ورزش کردن:

ورزش کردن انتخاب درمانی دیگری است که منجر به کاهش علائم دیسمنوره می شود. اعتقاد بر این است که

و درمان دیسمنوره با مکانیسم اصلی مهار Vit E بر سنتز PG استوار است. Vit E آزاد شدن اسیدآراشیدونیک را مهار نموده و همچنین تبدیل اسیدآراشیدونیک به PG را از طریق اثر بر آنزیم فسفولیپاز A2 و COX مهار می کند (۳۴).

Akhlaghi و همکاران در مطالعه ی خود نشان دادند که Vit E باعث کاهش شدت و مدت دیسمنوره می شود. و تأثیر آن به خصوص در کاهش شدت و مدت درد در درجات خفیف و متوسط دیسمنوره بارزتر است. در یک مطالعه استفاده از کپسول ژلاتینی ۲۰۰ واحدی Vit E به مدت ۵ روز (۲ روز قبل از قاعدگی تا ۳ روز اول آن) توصیه شده است (۶). در مطالعه ی دیگری مصرف ۵۰۰ میلی گرم ویتامین E به مدت ۵ روز منجر به کاهش ۵۱٪ دردهای قاعدگی شده بود (۳۵).

* Vit B1:

ویتامین B1 یا تیامین، داروی کم عارضه و موثر با مقبولیت و تحمل پذیری زیاد در بیمارانی است که از دیسمنوره اولیه رنج می برند. و می تواند جایگزین داروی پرعارضه ی ضد التهاب غیر استروئیدی در درمان این بیماری گردد (۴).

سخاوت و همکاران در مطالعه ای مقایسه ای در بررسی اثرات درمانی Vit B1 با داروهایی مثل ایبوپروفن دریافتند، اثرات درمانی این داروها مشابه هم بودند ولی به علت آسانی مصرف آن توسط بیمار راحت پذیرفته می شوند و به علت کم عارضه و کم هزینه و بی خطر بودن باعث ارجح بودن استفاده از آن می شود (۴).

در مطالعه ی Zioli و همکارانش مصرف روزانه ۱۰۰ میلی گرم ویتامین B1 به مدت ۱۵ روز قبل از قاعدگی منجر به بهبود ۸۷٪ نشانه های قاعدگی شده بود (۳۶).

جلوگیری از دیسمنوره :

تغذیه ی صحیح ، ورزش کردن ، قطع استفاده از تنباکو و دیگر عادات مناسب بهداشتی همه در کاهش دیسمنوره موثر هستند و ناخوشایندی ناشی از آن را کاهش می دهند. علاوه براین استفاده از داروهای گیاهی و همچنین مهارکننده های شیمیایی سنتز PG قبل از بروز نشانه های قاعدگی منجر به کاهش درد و گاهی حتی شدت خونریزی می شوند(۲).

نتیجه گیری :

داروهای گیاهی ، مکمل های تغذیه ای ، گرمادرمانی و ورزش روشهای کم عارضه و موثر در درمان دیسمنوره با مقبولیت و تحمل پذیری زیاد در بیمارانی است که از دیسمنوره ی اولیه رنج می برند و می توانند جایگزین داروهای پرعارضه ی ضد التهاب غیر استروئیدی در درمان دیسمنوره گردند.

افرادی که به طور منظم ورزش می کنند کمتر از درد رنج می برند اما مطالعات بیشتری به منظور تعیین نوع و مقدار ورزش مورد نیاز است (۴۳).

۵. تکنیک های آرام سازی و بیوفیدبک :

مداخلات رفتاری مثل ورزشهای ریلکس کننده و بیوفیدبک در درمان دیسمنوره موثر هستند. با این وجود اطلاعات حمایت کننده از این درمانها محدود است (۲).

پروتکتور و همکاران در کارآزمایی بالینی خود در سال ۲۰۰۷ از تعدیل کننده های مختلف رفتاری استفاده کردند، که در این میان تمرکز بیشتری روی ریلکسیشن تراپی و بیوفیدبک بود. آنها نتیجه گرفتند که مداخلات رفتاری موثر هستند. اما حجم کم نمونه مطالعه و متدولوژی ضعیف آن ها نتایج را محدود کرد(۴۴). پزشکان با تجربه، از فواید این درمانها به خوبی آگاهند پس شایسته است که افراد با دیسمنوره به انجام این گزینه های درمانی تشویق شوند(۲).

منابع:

۱. نظرپور، سهیلا. "مقایسه ی تاثیر فنلین و مفنمیک اسید بر روی دیسمنوره ی اولیه ". مجله علمی، شماره ی ۱۷. آذر و دی ماه ۱۳۸۶، ص: ۶۱-۵۴

۲. Cathleen Morrow. "Dysmenorrhea" Morrow & Naumburg" 2009.p.p:19-32

۳. میرابی. پروانه ، " بررسی تاثیر ریشه گیاه سنبل الطیب بر شدت دیسمنوره اولیه " فصلنامه باروری و ناباروری ۱۰(۴)، زمستان ۱۳۸۸ ، ص: ۲۵۹-۲۵۳

۴. علیکی سخاوت ، "مقایسه اثر ویتامین B1 در درمان دیسمنوره اولیه در دختران جوان شهرستان یزد در سال ۱۳۸۱" فصلنامه گیاهان دارویی شماره ۱۳، بهار ۱۳۸۴، ص: ۵۱-۴۷

۵. Khodakrami Nahid, " The Effect of an Iranian Herbal Drug on Primary Dysmenorrhea: A Clinical Controlled Trial" ,Midwifery & Women's Health, iran 2008 p.p . 401-405

۶. اخلاقی ، فریده. " بررسی اثر ویتامین E در درمان دیسمنوره اولیه "،مجله دانشکده ی پرستاری مامایی تهران ، شماره ی ۱۵ ، ۱۳۸۸، ص: ۱۹-۱۳

۷. کنت جی. رایان، راس اس. برکوویتز، رابرتال. باربیری، آندریادوناف. اصول بیماری ها و بهداشت کیستتر. ترجمه بهرام قاضی جهانی. روشنگر قطبی. ویرایش مهرانکتایی. صوفیا کاظم زاده. نظارت ملک منصور اقصی. ویرایش هفتم. نشر گلبن ۸۷. صفحات ۶۴-۶۳

۸. یزدانی، مریم. "مقایسه ی قطره رازیانه و بابونه در مقابل کنترل بدون دارو در درمان دیسمنوره و سندرم پیش از قاعدگی"، مجله پزشکی هرمزگان، شماره ی ۸، بهار ۱۳۸۳، ص: ۶۱-۵۷

۹. آندوکرینولوژی زنان و ناباروری اسپیراف. ترجمه بهرام قاضی جهانی. سمیرا مهاجرانی. اکبر فدایی. ویرایش مهرا کتابی. صوفیا کاظم زاده. نظارت ملک منصور اقصی. ویرایش ششم. نشر گلبن آریا طب، صفحات ۴۱۷-۴۱۴

۱۰. George A. Eby "Zinc treatment prevents dysmenorrhea", united state, Medical Hypotheses (2007) 69, 297-301

۱۱. ازگلی، گیتی. "مقایسه ی تاثیر زنجبیل با مگنمیک اسید و ایوپروفن در درمان دیسمنوره ی اولیه" مجله پژوهش در پزشکی، بهار ۱۳۸۶، ص: ۶۵-۶۱

۱۲. جاناتاس اس؛ برک. دیسمنوره. در کتاب بیماریهای زنان برک و نواک. ترجمه بهرام قاضی جهانی. آزاده زنودی. نسیم بهرامی. ویرایش شهرزاد انصاری. نظارت ملک منصور اقصی. ویرایش چهاردهم. انتشارات گلپا ۲۰۰۷. نشر گلبن. صفحات ۴۸۳-۴۸۵

۱۳. Owen P.R.: Prostaglandin synthetase inhibitors in the treatment of primary dysmenorrhea: outcome trials reviewed. Am J Obstet Gynecol 148. 1984; 96-103.

۱۴. Marjoribanks J., Proctor M.L., Farquhar C.: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhea. Cochrane Database Syst Rev . (4): 2003;CD001751.

۱۵. Chan W.Y., Fuchs F., Powell A.M.: Effects of naproxen sodium on menstrual prostaglandins and primary dysmenorrhea. Obstet Gynecol 61. 1983; 285-291.

۱۶. Hayes E.C., Rock J.A.: Cox-2 inhibitors and their role in gynecology. Obstet Gynecol Surv 57. 2002; 768-780.

۱۷. Baldaszi E., Wimmer-Puchinger B., Loschke K.: Acceptability of the long-term contraceptive levonorgestrel-releasing intrauterine system: a 3-year follow-up study. Contraception 67. 2003; 87-91.

۱۸. French L. Dysmenorrhea. Am Fam Physic 2005; 71(2): 289-93.

۱۹. معطر، اردکانی "راهنمایی گیاه درمانی". چاپ اول. تهران. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی، ۱۳۷۸
۲۰. حقیقتی کاولی م، تولیت ط "زنجبیل و درمانهای غیر متعارف." فصلنامه گیاهان دارویی، ۱۳۸۰؛ جلد ۱. ۲۸-۱۹

۲۱. فرزنانگان م، تقی زاده م. نکاتی درباره داروهای گیاهی و بازنگری چهار گیاه ارویی پر مصرف. "خبرنامه موسسه تحقیق و توسعه پژوهشگران سلامت شماره ۳، ص: ۴-۱۱"

۲۲. Facts and Comparisons Publishing Group. The review of natural products. 1st edition. St louis: Facts and Comparisons, 2001;p:243-6.

۲۳. Blumental M. The complete German commission E monographs. Austin. American Botanical Council, 1998;p:136

۲۴. Gilani AH, Khan AU, Jabeen Q, Subhan F, Ghafar R. Antispasmodic and blood pressure lowering effects of Valeriana wallichii are mediated through K⁺ channel activation. J Ethnopharmacol. 2005; 100(3):347-52.

۲۵. Amanzadeh Y. Herbal Pharmacopoeia. 1st ed. Tehran: Food and Drug Department of the Ministry of Health and Medical Education; 2003. p. 456.

۲۶. Occhiuto F, Pino A, Palumbo DR, Samperi S, De Pasquale R, Sturlese E, et al. Relaxing effects of Valeriana officinalis extracts on isolated human non-pregnant uterine muscle. J Pharm Pharmacol. 2009;61(2):251-6.

۲۷. Roozbahani N, Jabbari Z, Yazdi S. [The comparison of Shirazi Thymus Vulgaris and Mefenamic acid effects on primary dysmenorrhea]. J Arak Univ Med Sci. 2005;8(3):1-6

۲۸. Ying-fen T, Chung – Hey C, Yi-Hsin, "Rose Tea for Relief of Primary Dysmenorrhea in Adolescents: A Randomized Controlled Trial in Taiwan" American College of Nurse-Midwives 2005(51-57).

۲۹. خورشید، ناهید "تحقیقات بالینی رازیانه در درمان دیسمنوره" هفته نامه پزشکی امروز، سال ۹ شماره ۱۳۷۸، ۳۱۳، ص ۲-۱

۳۰. O'Brien PM, Abukhalil IE. Randomized controlled trial of the management of premenstrual syndrome & premenstrual mastalgia using luteal phase only Danazol. Am J Obstet Gynecol. 1999;180(1 pt 1):18-23

۳۱. Kotani N, Oyama T, Sakai I, Hashimoto H, Muraoka M, Ogawa Y, Matsuki A. Analgesic effect of a herbal medicine fortreatment of primary dysmenorrhea—a double-blind study. Am J Chin Med 1997;25:205–12

۳۲. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhea. Cochrane Database Syst Rev 2003

۳۳. Fugh-Berman Adriane, kronenberg Fredi. "complementary and alternative medicine (CAM) in reproductive – age women: a review of randomized controlled trial" reproductive Toxicology(2003) 137-152

۳۴. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: from pathophysiology to pharmacological treatments and management strategies. Expert Opin Pharmacother. 2008 Oct; 9(15): 2661-72.

۳۵. - Davis AJ. Pediatric and adolescent gynecology. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2003. P. 520-40
۳۶. - Ziaki S. Randomized placebo controlled trial to determine the effect of vit E in treatment primary Dys menorrhea ,Br. J. os 2001 (108): 1181 – 3
- ۳۷ Proctor M.L., Murphy P.A.: Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhea. Cochrane Database Syst Rev . (2): 2001;CD002124
۳۸. Akin M.D., Weingand K.W., Hengehold D.A., et al: Use of continuous low level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. Obstet Gynecol 97. 2001; 343-349.
۳۹. Israel RG, Sutton M, O'Brien KF. Effects of aerobic training on primary dysmenorrhea symptomatology in college females. J Am College Health 1985;33:241-4.
۴۰. Golub LJ, Menduke H, Lang WR. Exercise and dysmenorrhea in young teenagers: a 3-year study. Obstet Gynecol 1968;32:508-11.
۴۱. Lundquist C. Use of the Billig exercise for dysmenorrhea for college women. Res Q 1947;18:44-53.
۴۲. Hubbell JW. Specific and non-specific exercises for relief of dysmenorrhea. Res Q 1949;20:378-86
- ۴۳-۴۶ Daley A.J.: Exercise and primary dysmenorrhea: a comprehensive and critical review of the literature. Sports Med 38. (8): 2008; 859-870
- ۴۴-۴۹ Proctor M.L., Murphy P.A., Pattison H.M., et al: Behavioral interventions for primary and secondary dysmenorrhea. Cochrane Database Syst Rev . (3): 2007;CD002248