

بررسی اثر درمانی ویتامین B₁ (تیامین هیدروکلراید) در دیسمنوره اولیه دختران دبیرستانی استان همدان ۸۰-۷۸

دکتر مهرانگیز زمانی^{*}، دکتر فاطمه سلطان بیگی[§]

چکیده

مقدمه: دیسمنوره اولیه میزان شیوع تا ۹۰٪ دارد و شایع‌ترین مشکل ژنیکولوژی محسوب می‌شود و یکی از علل شایع کاهش کیفیت زندگی زنان است. اساس در مان را داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی تشکیل می‌دهد و در خط دوم درمان قرص‌های خوراکی جلوگیری از بارداری قرار می‌گیرد. کارآزمایی‌های بالینی چون TENS (تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست) طب سوزنی، اسیدهای چرب امگا۳، (روغن ماهی)، نیتروگلیسیرین تراپوستی، تیامین و منیزیم همگی دیسمنوره را کاهش می‌دهد؛ ولی در مطالعات انجام شده تعداد نمونه‌ها اندک و مدت پیگیری کوتاه بوده است.

در مطالعه‌ای که توسط GOKHALE در کشور هند در سال ۱۹۹۶ انجام گرفت، تأثیر درمانی ویتامین B₁ در درمان دیسمنوره ثابت گردید و پایایی جواب به درمان دوماه بعد از قطع قرص گزارش گردید. برآن شددیم که طی مطالعه‌ای تأثیر درمانی ویتامین B₁ را در درمان دیسمنوره اولیه ارزیابی نموده و پایایی جواب درمانی را به مدت سه ماه بعد از اتمام درمان بسنجیم.

روش کار: در این مطالعه که با مجوز رسمی از سازمان تحقیقات ملی کشور انجام گردید، در مدت زمان دو سال از مهر ۷۸ تا مهر ۸۰ طی مطالعه دوسوکور از افراد مبتلا به دیسمنوره اولیه در دبیرستان‌های دخترانه و پیش‌دانشگاهی همدان، یک گروه ۱۲۴ نفره دریافت پلاسبو و یک گروه ۱۱۸ نفره دریافت ویتامین B₁، وارد مطالعه شدند و گروه شاهد مدت سه ماه روزانه یک عدد پلاسبو و گروه مورد یک عدد ویتامین B₁ 100mg دریافت داشتند و بعد از سه ماه از اتمام درمان براساس معیارهای Cox menstrual scale، visual analgesic scale ارزیابی شده‌اند.

نتایج: شیوع دیسمنوره اولیه در جمعیت مورد مطالعه ۵۷/۹٪ بود. به‌طور کلی سن شروع قاعدگی ۱۳/۳ سال بود. در جمعیت مورد مطالعه ۸۵/۵٪ درصد قاعدگی نامنظم داشته‌اند و میانگین سن دیسمنوره ۱۴/۰۸ سال بوده است. شروع فراوانی علائم (سندرم قبل از قاعدگی) و علائم همراه با دیسمنوره نیز در جمعیت مورد مطالعه، بررسی شد. توزیع فراوانی مصرف NSAID در جمعیت مورد مطالعه ۶۳/۷٪ بوده است. از بین دوگروه تحت درمان تسکین درد بعد از سه‌ماه در گروه شاهد ۲۱٪ و در گروه مورد ۸۶/۴٪ بود که با P value = 0.000 و Chi = 103.59 ارزشمند بوده است و بعد از ۶ ماه از شروع درمان و ۳ ماه بعد از اتمام درمان با پیگیری نمونه‌ها میزان جواب درمانی تغییر نکرده است. آنالیز نتایج توسط SPSS انجام شد.

نتیجه‌گیری: براساس مطالعه در دست، پیشنهاد می‌گردد باتوجه به بدون عوارض بودن این درمان، تحمل آسان دارو و نیز اثر درمانی خوب آن به عنوان یکی از درمان‌های رایج دیسمنوره مورد استفاده قرار گیرد. باتوجه به اینکه پایایی درمان دیسمنوره اولیه با ویتامین B₁ در این مطالعه سه ماه بوده است و بعد از سه‌ماه نیاز به تجدید درمان وجود دارد استفاده از دوره‌های متناوب درمان با ویتامین B₁ پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: درمان‌های جایگزین، دیسمنوره اولیه، دیسمنوره ثانویه، ویتامین B₁

مقدمه

اندومترئوز رخ می‌دهد. میزان شیوع آن تا ۹۰٪ نیز

گزارش شده است (۱).

دیسمنوره اولیه عبارتست از درد انتقباضی

(Cramping) قسمت تحتانی شکم که در طی قاعدگی یا

درست قبل از شروع آن و در غیاب سایر بیماری‌ها نظیر

^{*} استادیار گروه زنان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان.
[§] استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان.

اکثر بیماران مبتلا به دیسمنوره اولیه پس از درمان با داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی^۱ احساس بهبودی می‌کنند (۱۰). در مطالعات مختلف گزارش شده است که در ۴۶ تا ۱۰۰ درصد موارد، درد به‌طور موفقیت‌آمیز برطرف شده است (۹). داروهای خوراکی جلوگیری از بارداری در نزدیک به ۹۰٪ از بیماران دچار دیسمنوره اولیه مؤثر هستند (۸).

اگر چه داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی خیلی مؤثر بوده و بدون نسخه به‌طور گسترده در دسترس هستند ولی بسیاری از نوجوانان از برنامه‌های درمانی مؤثر بهره نمی‌برند (۴). در یک مطالعه، در ۲۵٪ از نوجوانان مقدار داروی مصرفی کمتر از حد توصیه شده بود و در ۴۳٪ از موارد تعداد دفعات مصرف روزانه دارو به حداکثر خود نرسیده بود (۱۴).

اثر داروهای خوراکی جلوگیری از بارداری از دو طریق است کاهش حجم خونریزی قاعدگی و مهار تخمک‌گذاری (۸). همان‌طور که قبلاً ذکر شد، این داروها تا ۹۰٪ موارد مؤثر هستند (۸).

همه داروهای خوراکی جلوگیری از بارداری در این زمینه مؤثرند. مطالعاتی که سعی در اثبات برتری محصولات سه‌مرحله‌ای (Triphasic) بر داروهای تک مرحله‌ای (monophasic) یا برتری یک ترکیب پروژسترونی بر سایرین داشته‌اند، تا حد زیادی بی‌نتیجه بوده‌اند (۱۵).

بسیاری از نوجوانان نسبت به توانایی داروهای خوراکی جلوگیری از بارداری در کاهش درد قاعدگی آگاهی ندارند و فرهنگ استفاده از این داروها رایج نیست (۱۶).

کارآزمایی‌های مربوط به دستگاه‌های تحریک

در یک مطالعه ۶۰٪ از زنان حداقل یک دوره درد شدید را گزارش کرده بودند (۲).

در چند مطالعه آینده‌نگر در مورد خانم‌های جوان، میزان غیبت از محل کار یا تحصیل بین ۳۴ تا ۵۰ درصد بود (۳،۴). در یک مطالعه قدیمی‌تر، دیسمنوره سالانه باعث ۶۰۰ میلیون ساعت غیبت از محل کار و دو میلیارد دلار کاهش سودآوری شده بود (۵).

در یک مطالعه چنین نتیجه‌گیری شد که عوامل خطرزایی که با حمله‌های شدیدتر دیسمنوره همراه هستند عبارتند از: شروع قاعدگی در سنین پائین‌تر، قاعدگی طولانی‌تر، سیگار، چاقی و مصرف الکل (۲).

در سایر مطالعات، بین دیسمنوره شدید و مصرف الکل همراهی وجود نداشت و در این موارد هنوز اختلاف نظر وجود دارد (۳،۴،۶). در یک گزارش دیگر که با استفاده از نمونه‌گیری مقطعی از ۱۱۴۷ نوجوان شهری انجام گرفته بود، نشان داده شد که تلاش برای کاهش وزن به‌طور معنی‌داری با افزایش درد قاعدگی همراه است (۷).

داده‌های موجود در مورد اثبات این دیدگاه رایج که درد قاعدگی پس از زایمان کاهش می‌یابد، یک‌دست نیستند. در یک مطالعه آینده‌نگر، شواهدی مبنی بر کاهش شیوع و شدت دیسمنوره به دنبال زایمان وجود نداشت (۴) و در سایر مطالعات نیز چنین اثری دیده نشد (۸،۹).

علت دیسمنوره اولیه به‌طور دقیق درک نشده است. ولی اکثر علایم را می‌توان با اثرات پروستاگلاندین‌های رحمی و به خصوص PGF_{2α} توجیه کرد (۱۰).

دیسمنوره اولیه معمولاً در زمان بلوغ و در طی سه سال اول شروع قاعدگی ظاهر می‌گردد (۱۱).

علاوه بر زمان وقوع درد، سابقه خانوادگی بیمار ممکن است برای افتراق اندومتریوز از دیسمنوره اولیه سودمند باشد (۱۲،۱۳).

1. Non steroid Anti inflammatory drugs (NSAID).

(ویتامین B₁) را که دارویی ارزان و کاملاً کم عارضه می باشد بیازمائیم.

روش کار:

در این تحقیق هدف بررسی اثر درمانی ویتامین B₁ در کاهش شدت دیسمنوره اولیه در بین دختران دبیرستان همدان بود که به صورت یک مطالعه Randomised double - blind placebo controlled study انجام گردید. روش انجام کار به صورت مراجعه پرسشگر آموزش دیده در ساعات به خصوص هماهنگ شده با آموزش و پرورش در بیست مدرسه و از بین پنج هزار دانش آموز بود که جهت مصاحبه و جدا نمودن افراد مبتلا به دیسمنوره اولیه به وسیله پرسشنامه و در مرحله بعدی به صورت تصادفی ۲ گروه از بین این افراد انتخاب، به یک گروه ۱۲۴ نفره دریافت پلاسبو و یک گروه ۱۱۸ نفره دریافت Vit-B₁ تقسیم گردید. و تعداد نمونه ها به وسیله فرمول زیر $n = 256$ محاسبه گردید.

$$n = \frac{1}{1-F} \frac{2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 \rho^{(1-\rho)}}{(\rho-\rho)^2}$$

$$\alpha = 25\% \quad \rho = 45\% \quad Z_{1-\alpha} = 1.96$$

$$F = 10\% \quad \rho = 65\% \quad Z_{1-\beta} = 1.28$$

$$\rho = \frac{\rho + \rho}{2} = \frac{0.45 + 0.65}{2} = 0.55$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل افرادی بود که درد را طی ۳ سال اول قاعدگی تجربه کرده اند و دارای دردهای متناوب انقباضی با کیفیت (Sharp) می شوند

الکتریکی عصب از طریق پوست^۱، نوروکتومی پره ساکرال به روش لاپاروسکوپی^۲، طب سوزنی، اسیدهای چرب اُمگا^۳، نیتروگلیسرین پوستی^۴، تیامین و منیزیم همگی نشان داده اند که این درمان ها علائم مربوط به دیسمنوره را تا حدی کاهش می دهند؛ اما در هر مطالعه تعداد نمونه ها اندک و مدت پیگیری آنها کوتاه بوده است. خانم ها باید تشویق شوند تا هر روش درمانی بی خطری را امتحان کنند و بتوانند به راحتی با پزشک خود درباره این روش ها گفتگو کنند. (۲۷ و ۲۶ و ۲۵ و ۲۴ و ۲۳ و ۲۲ و ۲۱ و ۲۰ و ۱۹ و ۱۸ و ۱۷).

در یک بررسی نشان داده شد که آمریکایی ها به طور فزاینده ای از درمان های جایگزین استفاده می کنند و این امر بدون مشورت با پزشک انجام می شود (۲۸).

دیسمنوره اولیه مشکلی بسیار شایع است که کمتر از آنچه که باید به آن اهمیت داده می شود. ممکن است لازم باشد که پزشکان خانواده برای شناسایی بیمارانی که با استفاده از داروهای بدون نسخه یا درمان های جایگزین درمان شده اند، از بیماران خود به طور اختصاصی در مورد درد زمان قاعدگی سؤال کنند.

در مطالعه ای که توسط GOKHALE'LB در هند شرقی در سال ۱۹۹۶ انجام گرفت تأثیر ویتامین B₁ در درمان دیسمنوره اولیه بعد از دوره مصرف سه ماه و دو ماه بعد از قطع درمان به اثبات رسید و با توجه به شباهت بافت اجتماعی و تغذیه ای جامعه ما به جامعه آسیای شرقی و کمبودهای تغذیه ای که در زمینه ویتامین B₁ وجود دارد و نیز به دلیل اینکه ویتامین B₁ با واسطه کاهش تحریک التهابی - عصبی در درمان دیسمنوره مفید بوده است (۲۹).

در این مطالعه بر آن شدیم که میزان کارایی تیامین

1. TENS.

2. Laparoscopic Presacral neurectomy.

3. Omega-3 Fatty acids.

4. Transdermal nitroglycerin.

دومین دوره پس از آغاز قاعدگی رخ دهد انسداد مادرزادی مجرای خروجی ممکن بود مطرح باشد. دیسمنوره همراه با سابقه ترشح چرکی واژینال و تب کنار گذاشته می‌شد. قاعدگی دردناک نیز با سابقه خونریزی قاعدگی با حجم زیاد و نامنظم کنار گذاشته می‌شد. افراد مورد مطالعه افرادی بودند که مبتلا به دیسمنوره اولیه‌اند و به‌صورت پراکنده و نامنظم از NSAIDها و OCP استفاده می‌کنند. برای این افراد توصیه‌ای جهت قطع درمان‌های نامنظم انجام نشد. افرادی وارد مطالعه گردیدند که در هر سیکل به‌طور متوسط ۴-۵ قرص ایبوپروفن یا مفنامیک اسید دریافت می‌کردند و افرادی که بیش از دوز یک گرم NSAID در هر سیکل دریافت می‌داشتند، وارد مطالعه نشدند. افرادی که به‌طور منظم OCP برای کاهش شدت درد استفاده می‌نمودند، وارد مطالعه نشده‌اند و این افراد در ۲ گروه به‌صورت راندوم تحت تجویز خوراکی ویتامین B₁ و پلاسبو به مدت ۳ ماه قرار گرفته‌اند. در انتهای سه‌ماه توسط پرسشگر مورد ویزیت قرار گرفته پس از جدا نمودن افراد و اخذ رضایت از آنان و تعیین میزان شدت و مدت درد برای هر فرد، بیماران وارد مطالعه گردیدند. تجویز قرص‌ها به‌صورت هفتگی انجام می‌گرفت و کپسول‌های ایندومتاسین حاوی آرد به عنوان پلاسبو به کار گرفته شد و پس از ۳ و ۶ ماه از اتمام درمان، مجدداً افراد توسط پرسشگر پیگیری می‌شدند. برای هر فرد Cox Menstrual Scale در اول مطالعه و بعد از درمان مورد استفاده قرار گرفت که در آن:

درد وجود نداشته ۰

که معمولاً کانون آن در ناحیه سوپراپوبیک به سطح پشتی اندام تحتانی یا پائین کمر تیر می‌کشد و ممکن است علائم عمومی از قبیل تهوع، استفراغ، اسهال، خستگی، تب و سردرد یا احساس سبکی سر داشته باشند. درد معمولاً چند ساعت پس از شروع قاعدگی آغاز شده و یا به حداکثر رسیدن میزان خونریزی قاعدگی در طی روز اول و یا دوم به بیشترین شدت خود می‌رسد. شیوع سنی افراد مورد مطالعه بین ۲۱-۱۲ سال بود و افراد متأهل وارد مطالعه نمی‌گردید، زیرا اولاً در دیسمنوره با شروع در سنین بالای ۲۵ سال بیشتر علل ثانویه مطرحند و ثانیاً در متأهلین علل مستعدکننده جهت دیسمنوره ثانویه وجود دارد مانند عوارض حاملگی و PID^۱. افرادی که در برآورد اولیه شدت درد با Visual analgesic scale میزان شدت درد بالایی داشتند و نمره شدت آنها ۱۰ بود وارد مطالعه نگردیده‌اند. افرادی که نیاز به مسکن‌های تزریقی داشتند و نیز رضایت شرکت در مطالعه نداشتند وارد مطالعه نشدند.

با سؤال در مورد سنین آغاز قاعدگی، طول هر دوره قاعدگی و نظم آن و زمان وقوع درد، دیسمنوره ثانویه افتراق داده می‌شود. افراد دارای علائم PMS^۲ بدون دیسمنوره اولیه کنار گذاشته می‌شوند. این افراد عموماً حساس شدن سینه‌ها و نفخ شکم دارند (نه درد انقباضی قسمت تحتانی شکم) که علائم قبل از دوره قاعدگی شروع شده و مدت کوتاهی پس از شروع خونریزی قاعدگی برطرف می‌شود. سابقه خانوادگی برای افتراق آندومتريوز از دیسمنوره به کار می‌رفت. پیشرونده بودن شدت درد به ثانویه بودن دیسمنوره کمک می‌کرد. در موارد دیسمنوره‌ای که در طی اولین یا

1. Pelvic inflammatory disease.

2. Premenstrual syndrome.

درد کمتر از یک ساعت طول می کشد ۱ و ۲

درد چند ساعت طول می کشد ۳

درد چند روز طول می کشد ۴

و شدت درد نیز از ۰-۴

برآورد گردید. و ۱۸ علامت همراه با دیسمنوره سؤال گردید.

نتایج:

توزیع فراوانی دیسمنوره اولیه در این مطالعه ۵۷/۹٪ بود و شیوع کلی دیسمنوره متوسط تا شدید ۳۲/۱٪ برآورد گردید. توزیع فراوانی علائم همراه با دیسمنوره اولیه این مطالعه (در جدول شماره ۱) آورده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی علائم همراه با دیسمنوره اولیه در دختران دبیرستانی استان همدان ۸۰-۷۸

عنوان علائم	داشته		نداشته	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تهوع و استفراغ	۶۸	۲۸/۱٪	۱۷۴	۷۱/۹٪
سر درد و سرگیجه	۱۰۲	۴۲/۱٪	۱۴۰	۵۷/۹٪
درد اندام تحتانی	۱۳۴	۵۵/۴٪	۱۰۸	۴۴/۶٪
بیرون روی	۳۹	۱۶/۲٪	۲۰۲	۸۳/۸٪
غش و سنکوب	۱۴	۵/۹٪	۲۲۵	۹۴/۱٪
درد کمر	۱۴۲	۵۸/۹٪	۹۹	۴۱/۱٪

در این مطالعه میانگین سن شروع قاعدگی در جمعیت مورد مطالعه ۱۳/۳ سال با انحراف معیار ۱/۱۱ و میانه ۱۳ و مد ۱۳ برآورد شد.

توزیع فراوانی نحوه سیکل های قاعدگی از لحاظ منظم بودن به صورت ۸۵/۵٪ نامنظم بود که شامل ۲۰۷ مورد از نمونه ها می گردید.

سن شروع دیسمنوره در جمعیت مورد مطالعه میانگین ۱۴/۰۸ سال را داشت. از افراد دارای دیسمنوره ۸۰/۶٪ مراجعه به پزشک نداشته اند.

افرادی که دارای دیسمنوره اولیه بوده اند و مورد مطالعه قرار گرفتند با توزیع فراوانی ۵۵٪ سابقه مصرف دارو جهت تسکین درد را داشته اند.

استفاده از ماساژ جهت تسکین درد در این مطالعه، ۱۴/۵ درصد بوده است.

استفاده از کیسه آب گرم جهت تسکین درد دیسمنوره ۱۳/۳ درصد بوده است.

توزیع فراوانی استفاده از NSAID در درمان دیسمنوره اولیه ۶۳/۷ درصد بوده است.

توزیع فراوانی نوع مسکن مصرفی در جمعیت مورد مطالعه به صورت مصرف بروفن ۶۸/۹ درصد و مفنامیک اسید ۲۶/۵ درصد و آسپیرین ۲٪ و دیکلوفناک سدیم ۲/۶ درصد بوده است.

توزیع فراوانی مصرف هیوسین در جمعیت مورد مطالعه ۷/۴٪ است.

توزیع فراوانی مصرف ژل پیروکسیکام ۲/۵٪ بوده است. از نظر سابقه مثبت فامیلی سابقه دیسمنوره در حداقل ۳۳/۱٪ و در مادر ۳۲/۴٪ و در خاله ۲۲/۸٪ بوده است.

توزیع فراوانی حساسیت در پستان ۲۳/۸٪ بوده است. توزیع احساس پری در سینه ۱۳/۳٪ بوده است.

از لحاظ زمان شروع درد در جمعیت مورد مطالعه ۱۸/۷٪ بلافاصله قبل از قاعدگی ۲۸/۶٪ بعد از قاعدگی و ۳۱/۵٪ چند ساعت قبل از قاعدگی و ۲۱/۲٪ شروع درد چند ساعت بعد از قاعدگی داشته اند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی گروه‌های درمانی برحسب تسکین درد دیسمنوره بعد از سه ماه در دختران دبیرستانی استان همدان ۷۸-۸۰

گروه درمانی		Vit B ₂		پلاسبو	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
تسکین درد داشته است		۱۰۲	۸۶/۴	۲۶	۲۱
تسکین درد نداشته است		۱۶	۱۳/۶	۹/۸	۷۹
جمع		۱۱۸	۱۰۰	۱۲۴	۱۰۰

در این مطالعه جواب به درمان بعد از ۶ ماه نیز پیگیری گردید که توزیع فراوانی تسکین درد بعد از ۶ ماه از شروع درمان با $\chi^2 = 103.59$ $p \text{ value} = 0.000$ ارزشمند بوده است تسکین درد ۳ ماه بعد از اتمام درمان در گروه درمانی ویتامین B₁ ۸۶/۴٪ و در گروه درمان با پلاسبو ۲۱٪ بوده است. (جدول شماره ۴)

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی گروه‌های درمانی برحسب تسکین درد دیسمنوره بعد از ۶ ماه در دختران دبیرستانی استان همدان ۷۸-۸۰

گروه درمانی		Vit B ₁		پلاسبو	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
تسکین درد داشته است		۱۰۲	۸۶/۴	۲۶	۲۱
تسکین درد نداشته است		۱۶	۱۳/۶	۹/۸	۷۹
جمع		۱۱۸	۱۰۰	۱۲۴	۱۰۰

بحث و نتیجه گیری

باتوجه به اینکه استفاده از درمان‌های جایگزین در درمان دیسمنوره رایج گردیده و استفاده از درمان‌های بدون عارضه جایگاه خاصی را در تحقیقات محققین در درمان دیسمنوره پیدا کرده است. در این مطالعه اثر درمانی ویتامین B₁ در دیسمنوره اولیه دختران

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی زمان شروع درد در دختران دبیرستانی استان همدان ۷۸-۸۰

زمان شروع درد	تعداد	درصد
بلافاصله قبل از قاعدگی	۴۵	۱۸/۷
بلافاصله بعد از قاعدگی	۶۹	۲۸/۶
چند ساعت قبل از قاعدگی	۷۶	۳۱/۵
چند ساعت بعد از قاعدگی	۵۱	۲۱/۲
جمع	۲۴۱	۱۰۰

۴۸/۸٪ یعنی ۱۱۸ نفر مصرف Vit B₁ و ۵۱/۲٪ مصرف پلاسبو داشته‌اند. میانگین Visual analgesic scale بیماران شرکت کننده در مطالعه ۶/۲ گردید که در گروه دریافت ویتامین B₁ ۸۶/۴٪ بعد از سه ماه از دریافت ویتامین B₁ این نمره به صفر رسیده بود و در بقیه بیماران نمره شدت درد کم گردیده ولی به صفر نرسیده بود و هنوز نیز برای تسکین درد از ایبوپروفن استفاده می نمودند و بنابراین جزء گروه شکست درمان منظور گردیدند.

در گروه پلاسبو فقط ۲۱٪ بعد از سه ماه اصلاً ایبوپروفن دریافت نکرده و امتیاز صفر داشتند visual analgesic scale ۴۴٪ بیماران کاهش شدت درد داشته ولی هنوز هم از ایبوپروفن به میزان ۱ الی ۲ عدد استفاده نموده بودند در ۳۵٪ بیماران که دریافت پلاسبو داشتند امتیاز شدت درد اصلاً تغییری نداشت. توزیع فراوانی جمعیت مورد مطالعه برحسب زمان تسکین درد بعد از ۳ ماه ۵۲/۹٪ بوده است که در گروه درمانی ویتامین B₁، ۸۶/۴٪ ($\chi^2 = 103.59$ $P \text{ value} = 0.000$) بعد از ۳ ماه، تسکین پایای درد داشته‌اند و در گروه پلاسبو این رقم ۲۱٪ بوده است. (جدول شماره ۳)

به خصوص اینکه فراوانی علائمی چون افزایش بیرون روی و تهوع بالاتر از مطالعات دیگر بود است (۱). در کل شیوع کلی دیسمنوره متوسط تا شدید، در جمعیت مورد مطالعه ۳۲/۱٪ بود که بالاتر از میزان ۱۳٪ در مطالعات Harlow-SD در سال ۱۹۹۶ دانشگاه میشیگان آمریکا بود (۲).

توزیع فراوانی دیسمنوره به طور کلی در جمعیت مورد مطالعه ما ۵۱/۱٪ بود که در مطالعه مزبور ۷۵٪ برآورد شده بود (۲).

استفاده از ویتامین B₁ در دوره درمان باعث کاهش نمره Visual analgesic scale بیماران می گردد و پایداری این اثر تا ۳ ماه می تواند بسیاری از عوارض استفاده از داروهائی چون NSAID را کاهش دهد. اما پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی برگشت درد بعد از اتمام ۳ ماه از دوره درمان مجدداً بررسی گردد.

سپاسگزاری

در پایان از ریاست وقت سازمان تحقیقات ملی کشور آقای دکتر کاظم محمد قدردانی می گردد و همچنین از زحمات شادروان خانم دکتر فاطمه سلطان بیگی و جناب آقای مهندس مانی کاشانی و خانم مرضیه اتوگراکمال تشکر و قدردانی را داریم.

دبیرستان های شهر همدان مورد بررسی قرار گرفت. توزیع فراوانی علائم همراه با دیسمنوره آنچه که به عنوان نتایج همراه در این مطالعه بدان رسیدیم باب نو و تازه ای از تحقیق را به دنبال می آورد. در مطالعه مشابه در هند اثر درمانی ویتامین B₁ در درمان دیسمنوره ارزیابی شده بود ولی تفاوتی که مطالعه ما داشت طول مدت پیگیری بعد از قطع درمان است که در مطالعه ما ۶ ماه پس از شروع درمان و در مطالعه Gokhale بیماران فقط ۲ ماه بعد از قطع درمان پیگیری شده اند. در مطالعه ما همراهی دیسمنوره متوسط و شدید با علائم نیز از لحاظ توزیع فراوانی در جمعیت مورد مطالعه سنجیده شد.

در مطالعه Gokhale میزان Curative Rate با ویتامین B₁، ۸۱٪ بوده که در مطالعه ما نیز ۸۶/۴٪ بیماران بعد از ۳ ماه و در بررسی بعدی بعد از ۶ ماه از شروع درمان جواب به درمان داده بودند. نکته اشتراک این دو مطالعه در نداشتن عارضه جانبی و عدم گزارش از عوارض جانبی بود.

در مطالعات متعدد طول مدت درد، شدت درد ریسک فاکتورهای همراه با حملات طولانی درد مورد مطالعه قرار گرفته اند ولی بررسی توزیع فراوانی علائم همراه با دیسمنوره در این مطالعه بدیع بوده است.

References:

1. Jamleson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritable bowel syndrome in primaty care practices. *Obstet Gynecol*, 1996; 87: 55-8.
2. Harlow SD, Park M. A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college woman. *Br J Obstet Gynecol*, 1996; 03: 134-42.
[Published erratum in *Br J Obstet Gynecol* 1997, 104, 386]
3. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young woman with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 655-60.
4. Sundeli C, Milson I, Andersch .B Factotrs influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young woman. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 588-94.
5. Dawood MY. Ibuprofen and dysmenorrhea. *Am J Med* 1984; 7: 87-94.
6. Parazzini Ff, Tozzi L, Mezzopane K, Marchini M, Fedele L. Cigarette smoking, alcohol consumption and risk of primary dysmenorrhea epidemiology, 1994; 679-72.
7. Montero P, Bernis C, Fernadez V, Castro S. Influence of body mass index and slimming habits on menstrual pain and cycle irregularity. *J Biosoc Sci*, 1996; 28: 315-23.
8. Dawood MY. Dysmenorrhea. *Clin Obstet Gynecol*, 1990; 33: 168-78.
9. Smith RP. Cyclic pelvic pain and dysmenorrhea. *Ob Gyn clin North Am*, 1993; 20: 753-64.
10. Dawood MY. Nonsteroidal anti-inflammatotry drug and changing attitudes toward dysmenorrhea. *Am. J Med*, 1988; 84: 23-9.
11. Smith RP. Gynecology in primaty care. Baltimore, Williams & Wilkins, 1997; 389-404.
12. Simpson JL, Elias S, Malinak LR, Buttram VC Jr Heritable. Aspects of endometriosis. I. Genetic studies. *Am J Obstet Gynecol*, 1980; 137: 327-31.
13. Malinak L.R., Buttram V.C. Jr, Elias S., Simpson J.L., Heritage aspects of endometriosis. II. Clinical characteristics of famial endomertiosis. *Am J Obstet Gynecol*, 1980; 137: 332-7.
14. Campbell M.A. Mc Grath P.J., Use of medication by adolescents for the management of menstrual discomfort. *Arch pediatr Adolesc Med.*, 1997; 151: 905-13.
15. Milson I, Sundell G, Andersch B., The influence of different combined oral contraceptives on the prevalence and severity of dysmenorrhea. *Contraception*, 1990; 42: 497-506.
16. Robinson KC. Plichta S, Weisman CS, Nathanson CA, Ensminger M. Dysmenorrhea and use of oral contraceptives in adolescent women attending a family planning clinic. *Am J Obstet Gynecol*, 1992; 166: 578-83.
17. Milsom I, Hedner N, Mennheimer C.A Comparative study of the effect of high - intensity transcutaneous nerve stimulation and oral naproxen on intrauterine pressure and menstrual pain in patients with primaty dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol*, 1994; 170 (1 Pt 1) 123-9.
18. Kaplan B., peled Y, pardo J, Rabinerson D, Hirsh M, Ovadia J and et al. Transcutaneous electrivcal nerve stimulation (TENS) as a relief for dysmenorrhea. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 1994; 21: 87-90.
19. Dawood M.Y. Ramos J., Transcutaneous

- electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of primary dysmenorrhea: a randomized crossover comparison with placebo TENS and ibuprofen. *Obstet Gynecol*, 1990; 75: 656-60.
20. Lewers D., Clelland JA, Jackson J.R., Varner RE, Bergman J., Transcutaneous electrical nerve stimulation in the relief of primary dysmenorrhea. *phys Ther.*, 1989; 69: 3-9.
21. Chen FP, Chang SD, Chu KK, Soong YK, Comparison of laparoscopic presacral neurectomy and laparoscopic uterine nerve ablation for primary dysmenorrhea., *JReprod Med*, 1996; 41: 463-6.
22. Gurgan T., Urman B., Aksu T., Develioglu O., Zeyneloglu H., kismisci HA. Laparoscopic CO2 laser uterine ablation for treatment of drug resutant primary dysmenorrhea. *Fertil Steril*, 1992; 58: 422-4.
23. Helms JM. Acupuncture for management of primary dysmenorrhea. *Obstet Gynecol*, 1987; 9: 21-6.
24. Deutch B. Menstrual pain in Danish woman correlated with low n-3 polyunsaturated fatty acid intake. *Eur J Clin Nutr*, 1995; 49: 508-16.
25. Harel Z, Biro FM, Kottenhahn Rk, Rosenthal S.L. Supplementation with omega-3 polyunsaturated fatty acids in the management of dysmenorrhea in adolescents. *Am J Obstet Gynecol*, 1996; 174: 1335-8.
26. Transdermal nitroglycerine in the menagement of pain associated with primary dymenorrhoea: multinational pilot study. *J Int Med Res*, 1997; 25: 41-4.
27. Benassl L, Barletta PP, Baroncini L, Bertani D, Filippini F, Beski L, et al. Effectiveness of magnesium pidolate in the prophylactic treatment of primary dysmenorrhea. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 1992; 19: 176-9.
28. Eisengerg DDM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Cakins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl JMed*, 1993; 328: 246-52.
29. Gokhale LB. Curative treatment of primaty (spasmodic) dysmenorrhoea., *Indian J Med Res*, 1996; 103: 227-31.