

مقایسه اثر طب سوزنی و مفنامیک اسید بر دیسمنوره اولیه

دکتر حمیدرضا بهرامی طاقانکی^۱، دکتر منیژه جوانمرد خوشدل^۲، دکتر محمدرضا نوری^۱، دکتر هدا عزیزی^۱، دکتر حمیده عزیزی^۳، دکتر لیلی حفیظی لطف آبادی^{۴*}

۱. استادیار گروه طب چینی، دانشکده طب سنتی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. متخصص زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار تخصصی زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱۸

خلاصه

مقدمه: دیسمنوره اولیه یکی از شایع‌ترین شکایات مراجعان به پزشک زنان می‌باشد. به نظر می‌رسد تأثیر طب سوزنی بر دیسمنوره و همچنین توجه به رویکردهای طب مکمل، روش مؤثری برای کاهش درد دیسمنوره باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر طب سوزنی و مفنامیک اسید بر شدت درد و میزان غیبت از محل کار در بیماران دیسمنوره اولیه انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۴۰ نفر از بیماران زیر ۲۵ سال دارای دیسمنوره اولیه مراجعه کننده به درمانگاه زنان یا طب سوزنی بیمارستان امام رضا (ع) انجام شد. افراد در دو گروه ۷۰ نفره قرار گرفتند. یک گروه طب سوزنی و گروه دیگر مفنامیک اسید طی سه دوره قاعدگی دریافت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های فریدمن، یومن ویتنی و ویلکاکسون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در انتهای سه دوره درمان میزان شدت درد در گروه طب سوزنی ۷۴٪ و در گروه مفنامیک اسید ۵۲/۷٪ و میزان غیبت از محل کار در گروه آزمون ۴۲٪ و در گروه کنترل ۲۷٪ کاهش معنی‌داری پیدا کرده بود ($p < ۰/۰۵$).
نتیجه‌گیری: طب سوزنی باعث کاهش دیسمنوره و کاهش میزان غیبت از محل کار، به عنوان روش درمانی غیر دارویی مؤثر معرفی می‌شود.

کلمات کلیدی: درد، دیسمنوره، طب سوزنی، طب مکمل و جایگزین

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر لیلی حفیظی لطف‌آبادی؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۷۶۴۷۴۰۴ پست الکترونیک: hafizil@mums.ac.ir

مقدمه

یکی از شایع‌ترین شکایات مراجعان به پزشک متخصص زنان دیسمنوره یا قاعدگی دردناک^۱ می‌باشد که حدود ۳۲٪ زنان از آن رنج می‌برند. شیوع دیسمنوره در زنان سنین باروری از ۱۱ تا ۱۶ درصد متفاوت است (۱، ۲). در ایران بر اساس مطالعات مختلف، شیوع آن بین ۹۰-۷۴٪ گزارش شده است (۳-۶). دیسمنوره باعث کاهش کیفیت زندگی به میزان قابل توجه و افت کارایی شغلی در زنان و افزایش غیبت از محل کار و محل تحصیل در دختران می‌شود. دیسمنوره به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. در دیسمنوره اولیه، درد قاعدگی بدون پاتولوژی لگنی مشاهده می‌شود و در عرض ۲-۱ سال بعد از منارک یعنی همزمان با تثبیت سیکل‌های تخمک‌گذاری ظاهر می‌شود. این اختلال اغلب در زنان جوان‌تر رخ می‌دهد، اما گاهی تا دهه پنجم زندگی پا برجا می‌ماند (۱).

دیسمنوره به مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی، از جمله درد اشاره دارد که به طور ادواری، مشخصاً همگام با شروع خونریزی در قاعدگی‌هایی که با تخمک‌گذاری همراه باشد، آغاز می‌شود و به مدت ۳-۲ روز طول می‌کشد. کیفیت درد کولیکی یا کرامپی در خط وسط و سوپراپوبیک بوده و گاهی به قسمت تحتانی پشت و کشاله ران انتشار می‌یابد (۷). مکانسیم ایجاد درد افزایش تولید پروستاگلاندین‌ها در آندومتر و به دنبال آن انقباض عروقی است. دیسمنوره ممکن است با علائم سیستمیک مانند سردرد، سرگیجه، تهوع، استفراغ، اسهال، تب و خستگی همراه باشد. عوامل متعددی با دیسمنوره اولیه مرتبط هستند که شامل: سابقه فامیلی، سن منارک، داشتن استرس، افسردگی، مصرف زیاد کافئین، شاخص توده بدنی، داشتن سابقه سقط، مصرف سیگار و نولی پاریته می‌باشد (۸).

دیسمنوره با تأثیر بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی زنان، مشکلات متعددی را ایجاد می‌کند. تخمین زده شده است که ۳۰-۱۰٪ زنان شاغل و یا در حال تحصیل هر ماه حداقل ۳ روز کاری خود را به دلیل دیسمنوره از دست می‌دهند (۹). از سوی دیگر زنانی که با وجود

دیسمنوره در محیط بیرون از خانه به کار خود ادامه می‌دهند، احتمال افزایش حوادث و کاهش کیفیت کاری در آنان شایع است. در محیط خانه نیز کم حوصلگی برای انجام کارها و تغییرات خلقی که ایجاد می‌شود، بر روی روابط آنها با همسر و فرزندان تأثیر می‌گذارد. نتایج دراز مدت آن در صورت عدم توجه و کنترل با اضطراب، کاهش تعامل با دیگران، آشفتگی خواب و بی‌قراری و کاهش کیفیت زندگی همراه می‌شود (۱۰، ۱۱).

روش‌های درمانی متعددی برای دیسمنوره پیشنهاد شده است که علائم را به طور نسبی کنترل می‌کند. استفاده از دارو به ویژه مسکن‌ها، داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، کنتراستپتوهای خوراکی، افسردگی‌ها، اصلاح تغذیه و مکمل‌های غذایی، رویکردهای روان‌شناسی، ورزش، روش‌های آرام‌بخشی مانند یوگا و ماساژ و گرمابخشی موضعی بیشتر مورد توجه بوده است، اگرچه بر اساس برخی مطالعات، مداخلات دارویی بر بهبود علائم متوسط و شدید آن مؤثر بوده است، اما مطالعات دیگری نیز حکایت از تأثیر مثبت مداخلات غیردارویی (شیوه‌های روان‌شناسی و طب مکمل و جایگزین) بر بهبود علائم و افزایش قدرت تطابق زنان با دیسمنوره دارند. در مطالعات متعددی مداخلات طب مکمل در کنترل علائم دیسمنوره نشان داده شده است که می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی قوی مطرح باشد.

بسیاری از زنان با توجه به سیر طولانی بیماری، به استفاده از طب تلفیقی که شامل طب‌های مکمل و طبیعی، رویکردهای روانشناختی و تغذیه در کنترل علائم بیماری می‌باشد، روی آورده‌اند. مطالعات انجام شده نشان داده‌اند ۸۰٪ زنانی که از دیسمنوره رنج می‌برند، خواهان استفاده از درمان‌های طب جایگزین مانند داروهای گیاهی^۲، طب فشاری^۳، طب سوزنی^۴، رایحه درمانی^۵، ورزش و مشاوره‌های روانشناسی هستند (۱۲-۱۵). علاوه بر این، به موازات افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی کشورها، کاربرد درمان‌های

²Herbal medicines

³Acupressure

⁴Acupuncture

⁵aromatherapy

¹dysmenorrhea

شود تقریباً کم خطرترین و کم عارضه‌ترین شیوه درمانی است (۲۳). کاربرد طب سوزنی در کنترل درد و پذیرش عمومی از سوی بیماران، تمایل به استفاده از آن را در دنیا افزایش داده است.

در مطالعه هلمز (۱۹۸۷) که بر روی ۴۳ زن مبتلا به دیسمنوره اولیه با سوزن‌های طب سوزنی صورت گرفت، ۴۳٪ زنان تسکین چشمگیر درد را گزارش و کمتر از داروی ضد درد استفاده کرده بودند. این روش باعث می‌شود درک بدن از سیگنال‌های درد تغییر پیدا کند. این روش مستقیماً انقباضات رحم را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد (۲۴). تصور بر این است که در طب سوزنی با تحریک گیرنده‌ها یا رشته‌های عصبی، ایمپالس‌های درد از طریق واکنش متقابل با واسطه‌هایی مانند سروتونین و اندورفین‌ها بلوک می‌شوند (۲۵).

با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای با رویکرد طب سوزنی با گروه کنترل در جمعیت ایرانی بر روی دیسمنوره انجام نشده است و از سوی شواهد تحقیقاتی نشان دهنده تأثیر آن در کنترل درد می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی طب سوزنی بر اساس مبانی دانش طب سنتی چین و توجه به کلیت بدن بر روی کنترل درد و تأثیر بر عملکرد فرد در دیسمنوره در یک نمونه ایرانی انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۹۲ بر روی ۲۲۰ نفر از بیماران دارای دیسمنوره اولیه مراجعه کننده به درمانگاه زنان (مجرد/ متأهل) یا طب سوزنی بیمارستان امام رضا (ع) انجام شد. پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از داوطلبین جهت شرکت در طرح با مصاحبه بالینی و تکمیل پرسشنامه غربالگری علائم دیسمنوره، ۱۴۰ زن مبتلا شناسایی شدند. پس از ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف مطالعه، با استفاده از روش بلوکی دوتایی زنان مورد نظر در دو گروه ۷۰ نفری قرار گرفتند. لازم به توضیح است که حجم نمونه با استفاده از مطالعه راهنما با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ در مطالعه اولیه و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها و مقالات مشابه از جمله مطالعه جعفرزاد و همکاران (۲۰۱۶)، در هر گروه ۷۰ نفر برآورد شد (۲۶).

غیردارویی از جمله درمان‌های طب سنتی و مکمل روز به روز اهمیت بیشتری یافته است که یکی از مهم‌ترین این روش‌ها، تعدیل رژیم غذایی و اصلاح سبک زندگی می‌باشد (۱۶، ۱۷).

نتایج مطالعه عامری و همکاران (۲۰۱۳) در ایران نشان داد که ۷۳/۳٪ از جامعه زنان ایرانی از گیاهان دارویی استفاده می‌کنند (۱۸). ساعی قره‌ناز و همکار (۲۰۱۵) که به صورت مروری منظم، تأثیر گیاهان دارویی مورد استفاده در درمان دیسمنوره اولیه را بررسی کردند، نشان دادند که زنان ایرانی از ۱۶ نوع مختلف گیاهان دارویی برای کنترل درد در دیسمنوره استفاده می‌کنند (۱۹). در مقاله مروری کوکران در مورد گیاهان دارویی چینی در درمان دیسمنوره اولیه، شواهد نویدبخشی برای استفاده از این گیاهان در درمان درد قاعدگی اولیه در مقایسه با طب فشاری، داروی ضد التهاب غیراستروئیدی و داروی ضد بارداری خوراکی وجود داشت (۲۰). ریحانی و همکاران (۲۰۱۳) در یک مطالعه مقطعی بر روی ۹۰ دانشجوی مشهدی به بررسی نقش ورزش (پیاده‌روی سریع) در شدت درد دیسمنوره پرداختند و به این نتیجه رسیدند ورزش پیاده‌روی سریع به میزان نیم ساعت در روز در ۳ روز اول قاعدگی، منجر به کاهش شدت درد دیسمنوره اولیه می‌شود (۲۱).

طب سوزنی از زیر شاخه‌های طب مکمل و جایگزین، یک روش درمانی سنتی چینی است که کاربرد آن در طب رایج افزایش پیدا کرده است. سازمان جهانی بهداشت و مؤسسه ملی سلامت آمریکا این روش درمانی را پذیرفته و اندیکاسیون‌های کاربرد آن را طی لیستی اعلام کرده است (۲۲).

طب سوزنی دانش دقیق و حساب شده‌ای برای تأثیرگذاری بر تولید، فرآیند، ذخیره‌سازی، توزیع و عملکرد انرژی حیاتی در ارگانیسم انسانی است. اثر طب سوزنی در همراهی با روش‌های رایج در بیماری‌های گوارش، اطفال، سرطان، استخوان و مفاصل، زنان، کنترل درد و عوارض مختلف از جمله تهوع و استفراغ طی تحقیقات بالینی مختلف نشان داده شده است. در رابطه با خطرات و عوارض طب سوزنی می‌توان گفت که این روش درمانی در صورتی که توسط پزشک متجرب انجام

در این مطالعه گروه اول، دریافت کنندگان طب سوزنی؛ گروه دوم، دریافت کنندگان مفاصیک اسید و شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن زیر ۲۵ سال، داشتن دوره‌های قاعدگی منظم، داشتن دیسمنوره اولیه با شدت درد متوسط به بالا حداقل در سه دوره متوالی و نداشتن مشکل فیزیکی جهت انجام طب سوزنی، عدم استفاده از داروی خاص، نبودن در دوران بارداری و نداشتن شرایط روحی- روانی ویژه (فوت بستگان، طلاق، ازدواج، امتحان) بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: وجود جراحی‌های شکمی یا لگنی، اختلالات انعقادی، داشتن سونوگرافی غیرطبیعی رحمی یا لگنی، مصرف مواد، عدم تمایل فرد جهت ادامه شرکت در طرح، استفاده از دارو به هر علت، پیش آمدن شرایط روحی- روانی خاص و باردار شدن بود. گروه طب سوزنی، از دو روز قبل تا سه روز بعد از شروع قاعدگی روزانه (در مجموع پنج روز)، در سه دوره متوالی، طب سوزنی در نقاط مرتبط با این بیماری، توسط متخصص طب چینی و با سوزن‌های یک بار مصرف تهیه شده از کمپانی Han Yi انجام شد. نقاط طب سوزنی به صورت ثابت و در هر محل به مدت ۳۰ دقیقه قرار می‌گرفتند. برای گروه کنترل ۲۵۰ میلی‌گرم مفاصیک اسید (دو کپسول ۵۰۰ میلی‌گرمی با ۱۲۵ میلی‌گرم ماده مؤثره مفاصیک اسید) در هر ۸ ساعت طی سه روز اول قاعدگی تجویز شد. این طرح به تأیید کمیته پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۰۰۱۳۰ رسیده است. نقاط طب سوزنی به شرح زیر می‌باشد: San Yin Jiao (sp6), Zhongji (CV3), Guan Yuan (CV4), Qi Hai (CV6), Gui lai (ST29) و Zu Sanli (ST36). Chong (LV3).

ابزارهای پژوهش:

ابزار تک بعدی مقیاس آنالوگ دیداری (VAS)^۱: این ابزار بررسی ذهنی درد، شدت درد را از طریق خط‌کش سنجش درد در روز اول قاعدگی و بر اساس مقیاس آنالوگ دیداری می‌سنجد. این مقیاس، خطی به اندازه ۱۰ سانتی‌متر است که با استفاده از آن از فرد

خواستگاری می‌شود تا میزان درد خود را از نقطه صفر (بدون درد) تا نقطه درد (درد غیر قابل تحمل) بر روی آن مشخص کند. در این مقیاس امتیاز ۴-۰ به عنوان دیسمنوره خفیف، ۷-۴ دیسمنوره متوسط، ۱۰-۸ دیسمنوره شدید، و امتیاز صفر بدون درد در نظر گرفته شد. اعتبار این ابزار در مطالعات مختلف از جمله مطالعه زاهدی‌فرد و همکار (۲۰۱۶) نشان داده شده است (۲۷).

متغیر غیبت از محل کار:

به منظور ارزیابی تأثیر درمان بر کیفیت زندگی و کاری زنان، متغیر وضعیت غیبت از محل کار بیماران قبل و یک ماه پس از درمان کامل ارزیابی شد. از بیماران خواسته شد تا میزان غیبت یا عدم غیبت از محل کار (شامل کلاس درس دانشگاه، مدرسه، اداره دولتی یا خصوصی) را ثبت کنند. بیماران از این جهت به چند گروه: فقدان غیبت، حضور در محل کار با وجود درد، غیبت یک روز در ماه و بیش از یک روز در ماه تقسیم شدند.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با آزمون‌های تی تست مستقل و زوجی و در صورت لزوم از آزمون‌های ناپارامتری متناظر، من ویتنی و ویلکاسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۴۰ نفر در دو گروه ۷۰ نفره مورد بررسی قرار گرفتند. ویژگی‌های فردی افراد در جدول ۱ نشان داده شده است.

¹Visual Analogues Scale

جدول ۱- مشخصات آزمودنی‌ها در گروه آزمایش دریافت کننده طب سوزنی و دریافت کننده مفاامیک اسید در ابتدای مطالعه

متغیر	گروه طب سوزنی	گروه مفاامیک اسید	سطح معنی‌داری*
سن (سال)	۲۰/۵±۳/۱	۲۲/۴±۲/۲	۰/۰۹
شاخص توده بدنی	۲۱/۲۳±۲/۴۰	۲۰/۸±۲/۳۰	۰/۱۳
سن شروع قاعدگی (سال)	۱۴/۳±۱/۲	۱۳/۷±۱/۰	۰/۰۷
طول مدت قاعدگی (روز)	۷/۶±۱/۱۸	۷/۳±۱/۱۶	۰/۵۰
فاصله سیکل‌های قاعدگی (روز)	۲۸/۹۵±۳/۸	۲۹/۱±۳/۱۰	۰/۵۶
حضور در محل کار	۱۰ (۱۴)	۱۲ (۱۷)	۰/۰۹
غیبت (تعداد/ درصد)	۶۰ (۸۶)	۵۸ (۸۳)	۰/۰۸
شدت درد	۲۲ (۳۱)	۲۳ (۳۲/۸)	۰/۰۷
	۴۸ (۶۹)	۴۷ (۶۷/۲)	۰/۰۶

*آزمون تی مستقل

بر اساس آزمون تی تست، افراد دو گروه از نظر مشخصات فردی نظیر سن، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال همگون بودند و اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0.05$). میانگین نمره شدت درد و نتایج اثربخشی درمان در پیش‌آزمون و پیگیری در گروه‌های دوگانه در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- مقایسه شدت درد در دو گروه مداخله و کنترل در مراحل قبل و بعد از مداخله

شدت درد	گروه طب سوزنی			گروه مفاامیک اسید		
	قبل از درمان	انتهای درمان	پیگیری یک ماه بعد	قبل از درمان	انتهای درمان	پیگیری یک ماه بعد
بدون درد	۰	۲۶ (۳۷/۳)	۱۹ (۲۷/۱)	۰	۲۰ (۲۸/۵)	۸ (۱۱/۴)
خفیف (۰-۴)	۰	۲۵ (۳۵/۷)	۲۹ (۴۱/۴)	۰	۱۷ (۲۴/۲)	۲۰ (۲۸/۵)
متوسط (۵-۸)	۲۲ (۳۱)	۱۳ (۱۸/۵)	۱۴ (۲۰)	۲۳ (۳۲/۸)	۷ (۱۰)	۱۲ (۱۷/۱)
شدید (۹-۱۰)	۴۸ (۶۹)	۶ (۸/۵)	۸ (۱۱/۵)	۴۷ (۶۷/۲)	۲۶ (۳۷/۳)	۳۰ (۴۳)
جمع	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰
میانگین ± انحراف معیار	۴/۶۷±۰/۴	۱/۱۶±۰/۲	۲/۸±۰/۳	۴/۸±۰/۴	۲/۸۵±۰/۳	۳/۰±۰/۴
سطح معنی‌داری داخل گروه*	$p < 0.001$			$p < 0.001$		
سطح معنی‌داری بین دو گروه**	انتهای درمان بین دو گروه			پیگیری (یک ماه بعد) بین دو گروه		
	$p < 0.05$			$p > 0.05$		

*آزمون فریدمن، **آزمون یومن ویتنی

بر اساس نتایج حاصل از یافته‌ها در ابتدای مطالعه، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر متغیرهای مورد بررسی مشاهده نشد. وضعیت غیبت قبل و پس از درمان در گروه‌های دوگانه در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳- مقایسه تغییرات غیبت از محل کار در گروه‌های طب سوزنی و مفاامیک اسید

متغیر	گروه طب سوزنی			گروه مفاامیک اسید		
	قبل از درمان	انتهای درمان	پیگیری یک ماه بعد	قبل از درمان	انتهای درمان	پیگیری یک ماه بعد
کمتر از یک روز	۱۸ (۲۵/۷)	۶ (۸/۵)	۶ (۸/۵)	۱۶ (۲۲/۸)	۳ (۴/۲)	۴ (۵/۷)
غیبت از محل کار (نفر/ درصد)	۲ (۲/۸)	۲ (۲/۸)	۰	۳ (۴/۲)	۰	۰
بیش از یک روز	۲۸ (۴۰)	۶ (۸/۵)	۶ (۸/۵)	۲۷ (۳۸/۵)	۲۰ (۲۸/۵)	۲۴ (۳۴/۲)
عدم غیبت	۱۰ (۱۴/۲)	۵۱ (۷۲/۸)	۴۸ (۷۴/۵)	۱۲ (۱۳/۳)	۴۰ (۵۷)	۳۲ (۴۵/۷)
حضور با درد و ناراحتی	۱۲ (۱۳/۳)	۵ (۷/۴)	۶ (۸/۵)	۱۲ (۱۳/۳)	۷ (۱۰/۳)	۱۰ (۱۴/۴)
جمع	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰
سطح معنی‌داری داخل گروه*	$p < 0.001$			$p < 0.001$		
سطح معنی‌داری بین دو گروه**	انتهای درمان بین دو گروه			پیگیری (یکماه بعد) بین دو گروه		
	$p < 0.05$			$p > 0.05$		

*آزمون فریدمن، **آزمون ویلکاکسون

در ارزیابی شدت درد در انتهای درمان و یک ماه بعد از آن (پیگیری)، با وجود این که بین دو گروه مورد مطالعه از نظر شدت درد قبل از شروع درمان اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت، ولی کاهش شدت درد در گروه طب سوزنی بسیار کمتر از گروه دیگر و این اثر ماندگارتر بود. در گروه طب سوزنی شدت میانگین درد قبل از درمان در بیش از دو سوم افراد (۶۹٪) شدید و در ۲۲ نفر دیگر (۳۱٪) متوسط بود، اما بعد از اتمام درمان موارد شدید به ۶ نفر (۸/۵٪) و متوسط به ۱۳ نفر (۱۸/۵٪) کاهش پیدا کرد و حدود ۲۶ نفر (۳۷/۳٪) افراد از درد شکایتی نداشتند. در پیگیری یک ماهه این گروه، ۱۹ نفر (۲۷٪) افراد همچنان از درد شکایتی نداشتند و ۲۹ نفر (۴۱٪) افراد درد خفیفی را گزارش کردند. این نتایج نشان می دهد که طب سوزنی در درمان و کاهش شدت درد و ماندگاری آن بعد از درمان تأثیر داشته است. بر اساس نتایج آزمون فریدمن در داخل گروه، تغییرات میانگین شدت درد در قبل و بعد از درمان اختلاف معنی داری داشت ($p < 0/001$).

در گروه مفنمیک اسید شدت میانگین درد قبل از درمان در بیش از دو سوم افراد (۶۷/۲٪) شدید و مابقی (۳۲/۸٪) متوسط بود، اما بعد از اتمام درمان موارد شدید به ۳۷/۳٪ و متوسط به ۱۰٪ کاهش پیدا کرد و حدود ۲۰ نفر (۲۸/۵٪) افراد از درد شکایتی نداشتند. در پیگیری یک ماهه این گروه، ۸ نفر (۱۱/۴٪) افراد همچنان از درد شکایتی نداشتند و ۲۰ نفر (۲۸/۵٪) افراد درد خفیفی را گزارش کردند. این نتایج نشان می دهد که مفنمیک اسید در درمان و کاهش شدت درد و ماندگاری آن بعد از درمان نیز تأثیر داشته است. بر اساس نتایج آزمون فریدمن در داخل گروه، تغییرات میانگین شدت درد در قبل و بعد از درمان اختلاف معنی داری داشت ($p < 0/001$). مقایسه وضعیت غیبت از محل کار در دو گروه نشان داد که ۶۰ نفر (۸۶٪) در گروه طب سوزنی و ۵۸ نفر (۸۳٪) در گروه مفنمیک اسید قبل از درمان به دلیل شدت دردهای قاعدگی یکی از اشکال غیبت در محل کار را داشتند، اما بعد از اتمام درمان این میزان در گروه طب سوزنی به ۲۷٪ و در گروه مفنمیک اسید به ۴۲٪ و بعد از یک ماه از انتهای درمان

(پیگیری) در گروه طب سوزنی به ۳۱/۴٪ و در گروه مفنمیک اسید به ۵۴/۲٪ تغییر پیدا کرد. این تغییرات در داخل هر گروه و مقایسه بین دو گروه قبل و بعد از درمان از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/05$).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از رویکرد درمانی طب مکمل شاخه طب سوزنی و دارویی (مفنمیک اسید) در در کنترل شدت درد و تأثیر بر روی کیفیت زندگی و حضور در محل کار دیسمنوره اولیه مؤثر است که با نتایج سایر مطالعات انجام شده در رابطه با تأثیر طب سوزنی و دارویی (مفنمیک اسید) همسو می باشد. از جمله تحقیقات در زمینه طب سوزنی در جمعیت غیر ایرانی می توان به مطالعه هایبیک و همکاران (۲۰۰۳) اشاره کرد. در این مطالعه که بر روی ۵۷ زن مبتلا به دیسمنوره اولیه انجام شد، ۳۰ نفر از آنها با طب سوزنی و ۲۷ نفر با پلاسبو تحت درمان قرار گرفتند. در هشت نقطه از سوزن به روش دستی استفاده شد. میزان موفقیت طب سوزنی برای درمان علائم دیسمنوره اولیه تا مدت یک سال بعد از درمان با طب سوزنی ۹۳/۳٪ و در گروه پلاسبو ۳/۷٪ بود (۲۸). در مطالعه هلمز (۱۹۸۷) که بر روی ۴۳ زن در چهار گروه شامل طب سوزنی، پلاسبو، کنترل استاندارد بدون مداخله و گروه کنترل ویزیت ماهیانه انجام شد، بهبودی در گروه طب سوزنی ۹۰/۹٪، در گروه پلاسبو ۳۶/۴٪، در گروه کنترل استاندارد ۱۸/۲٪ و در گروه کنترل ویزیت ۱۰٪ بود. در مجموع در گروه طب سوزنی ۴۱٪ کاهش استفاده از داروهای آنالژژیک گزارش شد (۲۴). در مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۱) که در مرکز تحقیقات طبی چین انجام شد، اثر تسکین درد مداخله طب سوزنی در یک نقطه و چند نقطه مشابه مطالعه حاضر در درمان دیسمنوره اولیه مقایسه شد. در این مطالعه ۶۳ بیمار با دیسمنوره متوسط به طور تصادفی به دو گروه تک نقطه ای (۳۷ مورد) و چند نقطه ای (۳۲ مورد) تقسیم شدند. نتایج نشان شد که اثر آنالژژیک طب سوزنی تک نقطه ای یا چند نقطه ای بر دیسمنوره اولیه متوسط، به نظر فوری است، اما در مجموع اثر طب سوزنی چند نقطه ای بهتر از

رشته‌های عصبی با قطر کم در عضله و در نهایت باعث فعال شدن طناب نخاعی، مغز میانی و هیپوفیز می‌شود و از این طریق با آزادسازی پیام‌رسانی عصبی (اندورفین‌ها و منوآمین‌ها) باعث توقف پیام‌های درد می‌شود (۳۴). از نظر اقتصادی با توجه به حذف هزینه ماهانه داروها، این روش تأثیر مثبتی بر اقتصاد خانواده خواهد داشت. از طرف دیگر با توجه به تأثیر طولانی مدت طب سوزنی، بیمار از تجربه درد ماهانه و نیاز به مصرف دوره‌ای دارو رهایی می‌یابد. همچنین از عوارض داروها نیز که برای بسیاری از بیماران غیر قابل تحمل است نیز اجتناب می‌شود. با توجه به محدودیت‌های ذکر شده در این مطالعه، توصیه می‌شود مطالعات دیگر با حجم نمونه بیشتر و پیگیری طولانی‌تر و داشتن گروه پلاسبو با طب سوزنی و استفاده از نقاط غیر مؤثر برای بررسی تأثیر طولانی مدت طب سوزنی بر دیسمنوره اولیه انجام شود. این مطالعه به دلیل محدودیت از نظر اخلاق در پژوهش، گروه کنترل با طب سوزنی پلاسبو نداشت، اما از نقاط قوت آن استفاده از گروه با رویکرد طب جاری و درمان دارویی بود. جمع‌آوری داده‌ها به دلیل محدودیت در زمان و مشغله‌های متعدد بیماران با مشکلات مواجه بود که با توجه به انتخاب گروه سنی جوان‌تر تا حدودی این مشکل رفع شد.

نتیجه‌گیری

طب سوزنی در کاهش دردهای ناشی از دیسمنوره اولیه و کاهش از کار افتادگی متعاقب آن به‌طور معناداری مؤثر است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که طب سوزنی روش درمان غیر دارویی مناسبی برای کاهش درد بیماران جوان مبتلا به دیسمنوره اولیه می‌باشد. هرچند که حتی یک دوره درمان با طب سوزنی می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کاهش درد داشته باشد، ولی بهترین نتایج با انجام سه دوره متوالی طب سوزنی به دست می‌آید. ارزیابی بعدی نیز نشان داد که این تأثیر یک ماه پس از قطع درمان نیز باقی می‌ماند. همچنین انجام طب سوزنی میزان غیبت از کار و درس را در مبتلایان به طور قابل توجه کاهش می‌دهد، بنابراین بر بازده کاری تأثیر

تک نقطه‌ای بود (۲۹). در مطالعه مداخله‌ای دوسوکور دارایی و همکاران (۲۰۱۰) که بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به دیسمنوره اولیه ۳۰-۱۵ ساله انجام شد، به این نتیجه رسیدند که طب سوزنی در بیماران مبتلا به دیسمنوره اولیه باعث بهبود درد شده و روشی مؤثر و بدون عارضه می‌باشد (۳۰). مطالعه بالینی بازرگانی پور و همکاران (۲۰۱۰) که به بررسی اثر فشار در نقطه سوم کبدی بر علائم کانال کبدی در ۱۹۴ نفر از دانشجویان مبتلا به دیسمنوره اولیه پرداختند، نشان داد که استفاده از فشار در نقطه سوم کبدی بر اساس مبانی طب چینی در بهبود اغلب علائم درگیری کانال کبدی مؤثر می‌باشد، لذا به عنوان درمانی کاربردی، مؤثر، ارزان و در دسترس جهت درمان دیسمنوره اولیه و علائم همراه آن پیشنهاد شده است (۳۱). مطالعه نظری پور و همکار (۲۰۰۷) که به مقایسه تأثیر مغانمیک اسید و فنلین (داروی گیاهی) بر روی دیسمنوره اولیه بر روی ۱۰۴ دانشجوی مجرد در دو دوره قاعدگی متوالی پرداختند، نشان داد که مغانمیک اسید در تسکین درد دیسمنوره اولیه مؤثر بوده و می‌تواند در جهت کاهش شدت درد و خونریزی قاعدگی و نیز شدت علائم بالینی آن مفید واقع شود (۳۲). در مطالعه سهرابی و همکاران (۲۰۰۶) که بر اساس مبانی طب چینی انجام شد، تأثیر فشار در نقطه سانینجیائو (طب فشاری) و ایبوپروفن برای درمان دیسمنوره اولیه بررسی شد. بر اساس نتایج گزارش شده، شدت درد بعد از درمان در ماه اول و دوم در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. مقایسه مدت درد قبل و بعد از درمان در گروه طب فشاری و ایبوپروفن تفاوت معنی‌داری نشان داد. همچنین میزان نیاز به مسکن اضافی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (۳۳).

طب سوزنی شاخه‌ای کل‌نگر از طب سنتی چین با قدمتی پنج هزار ساله است. مکانیسم اثر طب سوزنی در کنترل درد اگرچه به روشنی شناخته شده نیست، اما موارد زیر مطرح می‌باشد: اثر ضد درد طب سوزنی با تنظیم و متعادل‌سازی انرژی چی^۱ (انرژی درونی است که در درون همه موجودات هست) و خون و رفع انسداد و توقف آن، تغییر درک درد از نظر روانی، تحریک

¹Chi energy

گذاشته و به طور غیر مستقیم باعث بهبود وضعیت اقتصادی جامعه می‌شود.

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، تمامی شرکت‌کنندگان و کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از نتایج طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره ۹۰۰۱۳ می‌باشد.

منابع

1. Berek JS, Novak E. Berek and Novak's gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
2. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiol Rev* 2014; 36:104-13.
3. Shafaie FS, Homaei HM, Zoodfekr L. Comparison the frequency of menstrual disorders (amenorrhea, oligomenorrhea, dysmenorrhea and premenstrual syndrome) between athletes and non-athletes female students of Tabriz universities, Tabriz, Iran. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(51):14-21. (Persian).
4. Zangane M, Veisi F, Nankali A, Rezaei M, Ataei M. Evaluation of the effects of oral vitamin-d for pelvic pain reduction in primary dysmenorrhea. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 16(88):14-20. (Persian).
5. Mohammadinia N, Rezaei M, Salehian T, Dashipor AR. Comparing the effect of Anethum graveolens with mefenamic acid consumption on treatment of primary dysmenorrheal. *J Sharekord Univ Med Sci* 2013; 15(5):57-64. (Persian).
6. Delaram M, Forozande N. The effect of Fennel on the primary dysmenorrhea in students of Shahrekord University of Medical Sciences. *Jundishapur Sci Med J* 2011; 10(1):81-8.
7. Pitanguí AC, Gomes MR, Lima AS, Schwingel PA, Albuquerque AP, de Araujo RC. Menstruation disturbances: prevalence, characteristics, and effects on the activities of daily living among adolescent girls from Brazil. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013; 26(3):148-52.
8. Berek JS. Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
9. Rehman H, Begum W, Tabasum H, Anjum F. Primary dysmenorrhea: a review with special reference to Unani concepts. *J Unani Siddha Homeopat* 2014; 1(1):29-37.
10. Peroff L, Fritz MA. Clinical gynecology endocrinology and infertility. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
11. Saeedi M. Investigation on the effects of pain assessment workshop on knowledge, attitude, and practice of nurses in Valie-Asr Hospital in Arak. *Modern Care J* 2014; 10(3):183-91. (Persian).
12. Kalvandi R, Alimohammadi S, Pashmakian Z, Rajabi M. The effects of medicinal plants of *Melissa officinalis* and *salvia officinalis* on primary dysmenorrhea. *J Hamadan Univ Med Sci* 2014; 21(2):105-11. (Persian).
13. Jenabi E, Asle TM, Hejrati P. The comparison of the effects of antiplain of *valeriana officinalis* risom and mefenamic acid in relief of primary dysmenorrhea. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 15(2):44-8. (Persian).
14. Esmaili Roozbahani R, Mahdavinajad R. A comparison of the effect of stretching exercises and kinesio taping on the primary dysmenorrhea of high school girls. *Arak Univ Med Sci J* 2015; 18(4):1-8. (Persian).
15. Heidari T, Roozbahani N, Attarha M, Akbari Torkestani N, Bekhradi R, Siyanaki V. Effect of aromatherapy on pain severity in primary dysmenorrhea. *Arak Univ Med Sci J* 2012; 15(4):1-9. (Persian).
16. Naseri M. The school of traditional Iranian medicine: the definition, origin and advantages. *Iran J Pharmaceut Res* 2010; 3(2):20.
17. World Health Organization. National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey. Geneva: World Health Organization; 2005.
18. Ameri F, Vahabi MR, Khatoonabadi SA, Andalibi L. On the relevance of medicinal plants consumers in Iran: investigating statistics for consumers, states of consumption, informative and source area. *Teb Tazkiyeh* 2013; 22(3):37-42. (Persian).
19. Gharenaz MS, Ozgoli G. Effect of medicinal plants in the treatment of primary dysmenorrhea in Iran: a review article. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(160):14-31. (Persian).
20. Zhu X, Proctor M, Bensoussan A, Wu E, Smith CA. Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2:CD005288.

21. Reyhani T, Jafarnejad F, Behnam HR, Ajam M, Baghaei M. The effect of brisk walking on primary dysmenorrhea in girl students. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(46):14-9. (Persian).
22. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012; 172(19):1444-53.
23. Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. *Ann Intern Med* 2002; 136(5):374-83.
24. Helms JM. Acupuncture for the management of primary dysmenorrhea. *Obstet Gynecol* 1987; 69(1):51-6.
25. Han JS. Acupuncture and endorphins. *Neurosci Lett* 2004; 361(1-3):258-61.
26. Jafarnejad F, Falahieh FM, Rakhshandeh H, Shakeri MT. Comparison of the effect of nigella sativa and mefenamic acid on menstrual hemorrhage in the students with primary dysmenoreha. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 18(185):10-5. (Persian).
27. Zahedifard T, Firozi M. Assessment of the articles related to primary dysmenorrhea in dimension of menstrual pain assessment tools. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(4):17-27. (Persian).
28. Habek D, Cerkez Habek J, Bobic-Vukovic M, Vujic B. Efficacy of acupuncture for the treatment of primary dysmenorrhea. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2003; 43(4):250-3.
29. Chen SZ, Cong Q, Zhang BF. Preliminary comparison on the time-effect rule of pain-relieving in the treatment of moderate dysmenorrhea between acupuncture on single-point and acupuncture on multi-point. *Zhongguo Zhen Jiu* 2011; 31(4):305-8.
30. Darabi R, Aghamohammadi H, Jafari A, Sadeghi F, Haccopian G. Efficacy of acupuncture in control of primary dysmenorrhea related pain in 15-30 years old women at the gynecology clinic of Bouali Hospital between 2007 and 2008. *Med Sci J Islam Azad Univ Tehran Med Branch* 2010; 20(3):170-4. (Persian).
31. Bazarganipour F, Lamyian M, Heshmat R. The effect of applying pressure to the third liver point on the symptoms of involved liver channel in girls with primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. *Arak Univ Med Sci J* 2010; 13(2):17-25. (Persian).
32. Nazarpour S, Azimi H. Comparison of therapeutic effects of fennelin and mefenamic acid on primary dysmenorrhea. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2007; 17(61):54-61. (Persian).
33. Sohrabi Z, Tadayon M, Javadifar N. Comparison of pressure effect on sanyinjiao point with that of Ibuprofen on primary dysmenorrheal. *J Ilam Univ Med Sci* 2006; 14(2):30-5. (Persian).
34. Ernst E, Lee MS. Acupressure: an overview of systematic reviews. *J Pain Symptom Manage* 2010; 40(4):e3-7.