

بررسی مقایسه‌ای تأثیر رازیانه و ژلوفن بر شدت درد دیسمنوره اولیه: مطالعه کارآزمایی بالینی

رؤیا متولی^۱، دکتر سمیرا شهباززادگان^{۲*}

۱. مربی گروه مامایی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۷

خلاصه

مقدمه: دیسمنوره یا قاعدگی دردناک، یکی از شایع‌ترین اختلالات ژنیکولوژی است؛ به طوری که حدود ۷۰-۵۰٪ زنان از آن رنج می‌برند. دیسمنوره اغلب با داروهای شیمیایی درمان می‌گردد. مطالعات نشان داده‌اند که تقریباً نیمی از جمعیت کشورهای صنعتی در حال حاضر از طب مکمل و درمان‌های جایگزین استفاده می‌کنند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای تأثیر رازیانه و ژلوفن بر شدت درد در دیسمنوره اولیه انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۷۲ نفر از دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان مبتلا به دیسمنوره اولیه درجه ۲ و ۳ در دو گروه دریافت‌کننده رازیانه و گروه دریافت‌کننده ژلوفن قرار گرفتند. گروه رازیانه در ۳ روز اول پیود در هر سیکل افشره رازیانه را ۳-۵ قطره در آب یا چای ۳ بار در روز استفاده کردند و گروه ژلوفن کیسول را هر ۶ ساعت یکبار در ۳ روز اول پیود استفاده کردند. هر دو گروه به مدت سه سیکل متوالی از روش مورد نظر استفاده کردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه معیار نمره‌گذاری چندبُعدی کلامی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون‌های تی و کای اسکوتر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: هر دو روش رازیانه و ژلوفن، موجب کاهش درد دیسمنوره اولیه از درد شدید و متوسط به خفیف یا عدم درد شد، اما در بهبود شدت درد دیسمنوره بعد از مصرف رازیانه و ژلوفن، در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: استفاده از هر دو روش رازیانه و ژلوفن در کاهش شدت درد ناشی از دیسمنوره اولیه مؤثر بوده و کاهش درد در هر دو گروه به یک اندازه است. با توجه به شیوع بالای دیسمنوره در دختران، کاربرد رازیانه در تسکین دیسمنوره توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: دیسمنوره اولیه، رازیانه، ژلوفن

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سمیرا شهباززادگان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران. تلفن: ۰۴۵-۳۳۷۲۶۰۸۵
پست الکترونیک: samirashabbazzadegan2000@yahoo.com

مقدمه

دیسمنوره اولیه یا قاعدگی دردناک، یکی از شایع‌ترین اختلالات ژنیکولوژی، در غیاب بیماری ارگانیک لگنی می‌باشد (۱)؛ به طوری که حدود نیمی از زنان درجاتی از آن را تجربه می‌کنند. دیسمنوره بیشتر در دختران جوان و در سنین قبل از ۲۵ سالگی روی می‌دهد و همراه با سیکل‌های تخمک گذاری طبیعی می‌باشد (۳-۱). درد معمولاً چند ساعت قبل و یا درست بعد از شروع قاعدگی آغاز شده و ۷۲-۴۸ ساعت طول می‌کشد (۳، ۴). شیوع آن در ایران در حدود ۸۰٪ گزارش شده است (۵). حدود ۱٪ زنان برای ۳-۱ روز در هر ماه به علت دیسمنوره اولیه شدید از کار باز می‌مانند (۳). این اختلال علت شایع غیبت از مدرسه و محل کار می‌باشد و از این طریق میلیون‌ها ساعت کاری در سال و از نظر اقتصادی، میلیاردها دلار سالانه به هدر می‌رود (۵). به همین دلیل دیسمنوره یکی از عوامل اصلی مختل کننده کیفیت زندگی و فعالیت اجتماعی زنان جوان می‌باشد، خصوصاً اگر با علائمی مانند سردرد، خستگی، تهوع، استفراغ، اسهال، بی‌حوصلگی، لرز و گرفتگی همراه باشد (۱). عواملی مانند بلوغ زودرس، خونریزی زیاد و طولانی مدت، مصرف کم ماهی، تخم‌مرغ، میوه، سبزیجات، آجیل و حبوبات، مصرف زیاد الکل، چاقی، نداشتن سابقه زایمان با افزایش شیوع و شدت دیسمنوره همراه می‌باشند (۳). فرضیه‌های بسیاری در مورد مکانیزم ایجاد دیسمنوره وجود دارد. یکی از این فرضیه‌های مورد قبول، افزایش تولید پروستاگلاندین‌ها در آندومتر است. با توجه به این که پروستاگلاندین سبب انقباض عضله صاف رحم و ایجاد درد کولیکی می‌شود، بنابراین استفاده از دارویی که خاصیت اسپاسمولیتیک داشته باشد، در کاهش درد مؤثر است (۲). به همین دلیل داروهای مهارکننده رهاسازی پروستاگلاندین‌ها، خط اول درمانی هستند، ولی این داروها دارای عوارض جانبی متعددی می‌باشند. شایع‌ترین عارضه جانبی داروهای مهارکننده تولید پروستاگلاندین‌ها، ناراحتی‌های گوارشی خفیف به صورت تهوع، سوء هاضمه و استفراغ، اختلالات کلیوی، زخم معده، سرگیجه، وزوز گوش، سردرد، بی‌خوابی، دپرسیون، واکنش‌های حساسیتی، عوارض خونی و کبدی است (۵).

ژلوفن، جزء دسته داروهای ضدالتهابی غیر کورتونی و مؤثر در درمان دیسمنوره می‌باشد (۱)، ولی دارای عوارض زیادی بوده و در بسیاری از زنان به علت عوارض جانبی، تحمل آن کم بوده و یا منع مصرف دارد.

برای درمان دیسمنوره اولیه روش‌های متعدد غیردارویی مانند مکمل‌های غذایی (۶)، دارچین (۷)، طب فشاری (۸)، ماساژ درمانی، تیامین، ویتامین E، روغن ماهی، رفتار درمانی، تحریک عصب از راه پوست، آب درمانی و گرمادرمانی وجود دارد (۹). نتایج تحقیقات متعددی مبنی بر تأثیر مثبت روش‌های گیاهی بر دیسمنوره اولیه وجود دارد (۱۰-۶). با توجه به نتایج مطالعه ساعی و همکار (۲۰۱۵) از بین گیاهان دارویی در مورد دیسمنوره، رازیانه بیشترین مقالات قابل قبول و نتایج مثبت را دارد و با اطمینان بیشتری برای درمان دیسمنوره استفاده می‌شود (۱۰). رازیانه گیاه شناخته شده‌ای است که ادعا شده به دلیل اثرات ضد اسپاسموتیک آن مسکن قاعدگی، کاهش علائم کلیماتریک زنان و افزایش میل جنسی زنان است (۱۱). از رازیانه در درمان کولیک کودکان و برخی اختلالات تنفسی نیز استفاده شده است. مکانیزم احتمالی تأثیر رازیانه ممکن است به دلیل شباهت ساختمانی آنتول موجود در رازیانه با دوپامین باشد که به گیرنده‌های دوپامین متصل و باعث کاهش درد می‌شود (۱۲).

بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، بالغ بر ۸۰٪ مردم جهان، به ویژه در کشورهای در حال توسعه و نواحی فقیر و دور افتاده، عمده‌ترین نیازهای درمانی خود را از گیاهان دارویی تأمین می‌کنند. در ایران نیز بر طبق مطالعات مختلف شیوعی بین ۹۰-۷۴٪ گزارش شده است (۱۲). با توجه به این موضوع که رازیانه یکی از گیاهان دارویی است که جهت درمان دیسمنوره استفاده می‌شود و از طرفی ژلوفن، یکی از پرطرفدارترین داروهای شیمیایی جهت تسکین درد قاعدگی در بین زنان است و مقایسه‌ای از اثربخشی این دو دارو انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای تأثیر رازیانه و ژلوفن بر شدت درد دیسمنوره اولیه انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی با شماره ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران IRCT2016060728313N1 در سال ۱۳۹۵ بر روی ۷۲ نفر از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل انجام شد. این مطالعه بعد از دریافت مجوز از کمیته اخلاق و دریافت کد کارآزمایی بالینی به صورت طرح پژوهشی دانشگاه اجرا شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلاء به دیسمنوره اولیه (درد زمان قاعدگی بدون هیچ علت پاتولوژیک) درجه ۲ و ۳ طبق معیار نمره‌گذاری چند بُعدی کلامی، عدم استفاده از قرص‌های ضد بارداری و مسکن‌ها و سایر داروهای گیاهی و نیز روش‌های آرام‌سازی و یا طب فشاری جهت تسکین دیسمنوره اولیه، عدم ابتلاء به بیماری‌های شناخته شده کلیوی-کبدی-تنفس و خونی، نداشتن حساسیت به داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و رازبانه بود. محیط پژوهش شامل تمام خوابگاه‌های دخترانه دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل بود. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که ابتدا از بین ۷۷۰ نفر از دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ۱۰۵ نفر از دانشجویان داوطلب مبتلا به دیسمنوره که جهت شرکت در مطالعه رضایت کامل داشتند، وارد مطالعه شدند. در پایان مطالعه، افرادی که به هر نحوی معیارهای ورود به مطالعه را از دست داده بودند و از روش‌های دیگری نیز استفاده کرده بودند و یا داروها را طبق شرایط توصیه شده طبق مطالعه مصرف نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۷۲ نفر تا پایان مطالعه همراهی نمودند.

نمونه‌ها به‌طور تصادفی و یک به یک به قید قرعه به دو گروه A و B طبقه‌بندی شدند. چنانچه بیمار کد A را بر می‌گزید، داروی A و چنانچه کد B را انتخاب می‌کرد، به او داروی B داده می‌شد (کد A دریافت کننده افشره رازبانه و کد B دریافت کننده کپسول ژلوفن بود). گروه رازبانه در ۳ روز اول پیرو، افشره رازبانه را ۳-۵ قطره در آب یا چای ۳ بار در روز استفاده کردند و گروه ژلوفن کپسول ۴۰۰ میلی‌گرمی ژلوفن با دوز ۴ بار در روز هر بار یک کپسول به همراه غذا با یک

لیوان آب استفاده کردند. افشره رازبانه تهیه شده از شرکت دارویی باریج اسانس با کد ۶۲۶۰۰۸۴۷۰۰۰۳۴ بر اساس وجود ۱۵/۵ میلی‌گرم آنتول در هر میلی‌لیتر و کپسول ژلوفن ساخت شرکت تهران- شیمی بود. هر دو گروه به مدت سه سیکل متوالی از روش مورد نظر استفاده کرده و مورد پیگیری قرار گرفتند. برای تعیین شدت درد قاعدگی، از سیستم استاندارد اندریش میلسوم (نمره‌گذاری چندبُعدی کلامی) استفاده گردید. این ابزار استاندارد بوده و روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف داخلی و خارجی به اثبات رسیده است (۱۵-۱۳).

سؤالات پرسشنامه در ۵ بخش تنظیم شده بود؛ بخش اول مربوط به مشخصات فردی و دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش، بخش دوم مربوط به مشخصات و درجه‌بندی شدت درد قاعدگی بر اساس سیستم نمره‌گذاری چندبُعدی کلامی، بخش سوم شامل ابتلاء به بیماری‌ها و حساسیت نسبت به داروها، بخش چهارم شامل اطلاعاتی در زمینه روش‌هایی که نمونه‌ها جهت تسکین دیسمنوره اولیه به‌کار می‌بردند و بخش پنجم نیز شامل فرم ثبت وضعیت بالینی قبل و بعد مصرف دارو بود. لازم به ذکر است که درجه‌بندی شدت درد قاعدگی بر اساس سیستم نمره‌گذاری چندبُعدی کلامی موجود در پرسشنامه ارزیابی گردید. بر اساس این جدول، اگر چنانچه فرد دارای قاعدگی دردناک نبوده و قدرت کار در وی محدود نمی‌گردید و دارای علائم عمومی نبوده و نیازی به مصرف مسکن نداشت، درجه صفر در نظر گرفته می‌شد. اگر چنانچه فرد دارای قاعدگی دردناک بوده و ایجاد درد مانع از فعالیت‌های عادی در وی می‌گردید و همراه با علائم عمومی نبود و به‌ندرت نیاز به مسکن داشت، درجه یک در نظر گرفته می‌شد. اگر چنانچه فرد دارای درد قاعدگی متوسط بوده و مانع فعالیت‌های روزمره وی شده و مسکن لازم داشت که مؤثر بوده، درجه ۲ در نظر گرفته می‌شد، اگر چنانچه فرد دارای قاعدگی بسیار دردناک بوده که مانع از انجام فعالیت‌های روزمره شده و با علائمی مانند سردرد، خستگی، اسهال، تهوع و استفراغ همراه بوده که مسکن لازم داشت ولی مؤثر نبود، دیسمنوره درجه ۳ در نظر گرفته می‌شد. جهت تعیین روایی ابزار از اعتبار محتوی

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی نظیر جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و توزیع میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های تی و کای اسکوتر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن، شاخص توده بدنی، سن شروع قاعدگی، طول دوره قاعدگی، سن شروع دیسمنوره در دو گروه ۳۶ نفری (حجم کل نمونه ۷۲ نفر) دریافت کننده رازیانه و دریافت کننده ژلوفن در دو گروه یکسان بود که در جدول ۱ نشان داده شده است.

توسط اعضای هیئت علمی و جهت تعیین اعتماد علمی ابزار از آزمون مجدد استفاده شد. جهت بررسی روایی علمی پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد. به این منظور محتوای پرسشنامه و چک لیست با مطالعه کتب و مقالات علمی موجود تنظیم و سپس به ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی داده شد و پس از کسب نظرات آنان مورد استفاده قرار گرفت. روایی علمی مقیاس نمره‌گذاری چندبُعدی کلامی درد تأیید شده است (۱۳). همچنین جهت بررسی پایایی پرسشنامه و چک لیست از آزمون مجدد به فاصله یک ماه استفاده شد. بدین صورت که ۱۵ نفر از هر گروه درمانی بعد از تکمیل پرسشنامه و چک لیست، یک ماه بعد مجدداً همان پرسشنامه و چک لیست را تکمیل و با ضریب همبستگی بالای ۰/۸۰، پایایی آن تأیید شد.

جدول ۱- اطلاعات فردی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی‌داری*
سن (سال)	رازیانه	۲۲/۴۷ \pm ۱/۶۶	۰/۹۲۸
	ژلوفن	۲۲/۴۴ \pm ۰/۷۷	
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	رازیانه	۲۰/۳۳ \pm ۱/۴۹	۰/۶۶۷
	ژلوفن	۲۰/۵۰ \pm ۱/۷۶	
سن شروع قاعدگی (سال)	رازیانه	۱۳/۲۲ \pm ۱/۳۳	۰/۲۷۵
	ژلوفن	۱۲/۸۸ \pm ۱/۲۳	
طول دوره قاعدگی (روز)	رازیانه	۶/۱۳ \pm ۱/۳۳	۰/۸۰۴
	ژلوفن	۶/۲۲ \pm ۱/۴۹	
فواصل قاعدگی (روز)	رازیانه	۲۴/۶۹ \pm ۷/۳۷	۰/۹۲۱
	ژلوفن	۲۴/۵۲ \pm ۶/۸۱	
سن شروع دیسمنوره (سال)	رازیانه	۱۳/۳۶ \pm ۱/۳۵	۰/۵۰۵
	ژلوفن	۱۳/۱۳ \pm ۱/۴۵	

* آزمون تی

بر اساس نتایج، میانگین سن شرکت کنندگان در گروه رازیانه $22/47 \pm 1/66$ سال و در گروه ژلوفن $22/44 \pm 0/77$ سال، میانگین شاخص توده بدنی در گروه رازیانه $20/33 \pm 1/49$ و در گروه ژلوفن $20/50 \pm 1/76$ کیلوگرم بر متر مربع، میانگین سن شروع قاعدگی در گروه رازیانه $13/22 \pm 1/33$ سال و در گروه ژلوفن $12/88 \pm 1/23$ سال و میانگین طول دوره قاعدگی در گروه رازیانه $6/13 \pm 1/33$ روز و در گروه ژلوفن $6/22 \pm 1/49$ روز بود. میانگین فواصل قاعدگی در گروه رازیانه $24/69 \pm 7/37$ روز و در گروه ژلوفن $24/52 \pm 6/81$ روز و میانگین سن شروع دیسمنوره در گروه رازیانه $13/36 \pm 1/35$ سال و در گروه ژلوفن $13/13 \pm 1/45$ سال بود که بین هیچ‌کدام از متغیرهای فوق بین دو گروه رازیانه و ژلوفن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

بر اساس نتایج جدول ۲، در گروه رازیانه قبل از مصرف دارو، ۳۴ نفر (۹۴/۴٪) درد متوسط (دیسمنوره درجه ۲) و ۲ نفر (۵/۶٪) درد شدید (دیسمنوره درجه ۳) داشتند. در گروه ژلوفن نیز قبل از مصرف دارو، ۳۲ نفر (۸۸/۸٪) درد متوسط (دیسمنوره درجه ۲) و ۴ نفر (۱۱/۲٪) درد

بر اساس نتایج، میانگین سن شرکت کنندگان در گروه رازیانه $22/47 \pm 1/66$ سال و در گروه ژلوفن $22/44 \pm 0/77$ سال، میانگین شاخص توده بدنی در گروه رازیانه $20/33 \pm 1/49$ و در گروه ژلوفن $20/50 \pm 1/76$ کیلوگرم بر متر مربع، میانگین سن شروع قاعدگی در گروه رازیانه $13/22 \pm 1/33$ سال و در گروه ژلوفن $12/88 \pm 1/23$ سال و میانگین طول دوره قاعدگی در گروه رازیانه $6/13 \pm 1/33$ روز و در گروه ژلوفن $6/22 \pm 1/49$ روز بود. میانگین فواصل قاعدگی در گروه رازیانه $24/69 \pm 7/37$ روز و در گروه ژلوفن $24/52 \pm 6/81$ روز و میانگین سن شروع دیسمنوره در گروه رازیانه $13/36 \pm 1/35$ سال و در گروه ژلوفن $13/13 \pm 1/45$ سال بود که بین هیچ‌کدام از متغیرهای فوق بین دو گروه رازیانه و ژلوفن تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

شدید (دیسمنوره درجه ۳) داشتند؛ به طوری که بین میزان درد قبل از مصرف رازیانه و ژلوفن در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p > 0.05$).

جدول ۲- میزان شدت درد در زمان قاعدگی، قبل از مصرف رازیانه و ژلوفن در دو گروه مورد مطالعه

گروه	متوسط (دیسمنوره درجه ۲)	شدید (دیسمنوره درجه ۳)	جمع
رازیانه فراوانی (درصد)	۳۴ (۹۴/۴)	۲ (۵/۶)	۳۶ (۱۰۰)
ژلوفن فراوانی (درصد)	۳۲ (۸۸/۸)	۴ (۱۱/۲)	۳۶ (۱۰۰)
جمع	۶۶ (۹۱/۷)	۶ (۸/۳)	۷۲ (۱۰۰)
سطح معنی داری*			۰/۰۶۴

* آزمون کای اسکوئر

ژلوفن، بعد از مصرف دارو ۳۴ نفر (۹۴/۴٪) نمونه‌ها دارای درد خفیف بودند و ۲ نفر (۵/۶٪) نیز درد نداشتند؛ به طوری که بین میزان درد بعد از مصرف رازیانه و ژلوفن در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد (جدول ۳) ($p > 0.05$).

شدت درد هم در گروه رازیانه و هم در گروه ژلوفن از درد شدید و متوسط به درد خفیف و بدون درد کاهش یافت و هر دو دارو در کاهش درد مؤثر واقع شدند (جدول ۳). شدت درد در گروه رازیانه نشان داد که بعد از مصرف دارو ۳۵ نفر (۹۷/۲٪) نمونه‌ها دارای درد خفیف بودند و ۱ نفر (۲/۸٪) درد نداشتند. در گروه

جدول ۳- میزان شدت درد در زمان قاعدگی، بعد از مصرف رازیانه و ژلوفن

گروه	خفیف	بدون درد	جمع
رازیانه فراوانی (درصد)	۳۵ (۹۷/۲)	۱ (۲/۸)	۳۶ (۱۰۰)
ژلوفن فراوانی (درصد)	۳۴ (۹۴/۴)	۲ (۵/۶)	۳۶ (۱۰۰)
جمع	۶۹ (۹۵/۸)	۳ (۴/۲)	۷۲ (۱۰۰)
سطح معنی داری*			۰/۵۵۵

* آزمون کای اسکوئر

بحث

در این مطالعه قبل از مصرف رازیانه ۹۴/۴٪ افراد دیسمنوره درجه ۲ و ۵/۶٪ دیسمنوره درجه ۳ داشتند که بعد از مصرف رازیانه به ۹۹/۲٪ درد خفیف و ۲/۸٪ فاقد درد کاهش یافت. در گروه ژلوفن ۸۸/۸٪ دیسمنوره درجه ۲ و ۱۱/۲٪ دارای دیسمنوره درجه ۳ بودند که بعد از مصرف ژلوفن به ۹۴/۴٪ درد خفیف و ۵/۶٪ فاقد درد رسید. چنانچه مشاهده می‌شود هر دو دارو به یک میزان موجب کاهش شدت درد دیسمنوره شدند.

در مطالعه مؤمن‌زاده و همکاران (۲۰۱۷) نیز که با هدف مقایسه رازیانه و کپسول مفنمیک اسید بر شدت درد دیسمنوره اولیه انجام شد، رازیانه داروی اثربخشی در کنترل درد دیسمنوره بود که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۱). نتایج مطالعه ترک زهرانی و همکاران

(۲۰۰۷) (۱۶) و دل‌آرام و همکار (۲۰۱۱) (۱۷) نیز نشانگر این بود که رازیانه در کاهش شدت دیسمنوره مؤثر است. اثر اسانس رازیانه در کاهش درد و علائم سیستمیک همراه با دیسمنوره اولیه در مقایسه با دارونما در مطالعه خورشیدی (۲۰۰۳) نیز نشان داده شده است (۱۸). همچنین در مطالعه نام‌آور و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف مقایسه رازیانه و مفنمیک اسید در درمان دیسمنوره اولیه انجام شد، هر دو دارو در مقایسه با گروه کنترل به طور مؤثری در کاهش دیسمنوره مؤثر بودند (۱۲). در مطالعه صمدی و همکاران (۲۰۱۵) نیز مصرف ترکیب رازیانه، بابونه و زنجبیل در تسکین علائم دیسمنوره مؤثر بود (۱۹).

اما برخی مطالعات مشابه در بررسی میزان اثربخشی رازیانه در شدت درد قاعدگی نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند. در مطالعه زراعتی و همکاران (۲۰۱۴) که بر

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم کورسازی به دلیل متفاوت بودن شکل داروها و عدم کنترل شدت درد در هر سیکل به صورت مجزا بود. از نقاط قوت این مطالعه، انتخاب و تخصیص کاملاً تصادفی نمونه‌ها و کنترل عوامل مخدوش کننده طبق تصادفی‌سازی بود.

نتیجه‌گیری

داروی مهارکننده تولید پروستاگلاندین ژلوفن و داروی گیاهی رازیانه موجب کاهش شدت دیسمنوره می‌شوند و تفاوت معنی‌داری بین این دو دارو وجود ندارد، لذا با توجه به شیوع بالای دیسمنوره در دختران و سالم و بی‌خطر بودن رازیانه نسبت به داروهای شیمیایی، کاربرد رازیانه در تسکین دیسمنوره توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل به دلیل تصویب این طرح و پرداخت بودجه آن و تمام دانشجویانی که با این طرح همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

روی ۱۰۵ دانشجوی در محدوده سنی مشابه با مطالعه حاضر انجام شد و به ارزیابی اثربخشی مفنمیک اسید و فنیلین بر شدت درد دیسمنوره پرداختند، فنیلین و مفنمیک اسید بر دیسمنوره مؤثر بودند، ولی فنیلین اثربخشی بیشتری از مفنمیک اسید داشت (۲۰). در هیچ یک از مطالعات مورد اشاره، فنیلین اثربخشی معنادار کمتری نسبت به مفنمیک اسید و دیگر داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی نداشت که با توجه به عوارض کمتر رازیانه و کنترل مؤثر درد، خصوصاً برای کسانی که عوارض گوارشی را با مصرف مفنمیک اسید و ژلوفن تجربه می‌کنند، این دارو می‌تواند روشی مؤثر و کم‌ضرر در کنترل دیسمنوره باشد. زراعتی و همکاران (۲۰۱۴) پیشنهاد کردند جهت اطمینان از انتخاب درست فنیلین به جای مفنمیک اسید، در رابطه با عوارض دارو و مقایسه آن با داروهای غیراستروئیدی نیز مطالعه‌ای انجام شود.

لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر بر اساس پیگیری‌های انجام شده در مصرف ماهانه ژلوفن توسط دانشجویان، عارضه خاصی گزارش نشد، ولی لازم است مطالعاتی در مورد عوارض مصرف رازیانه انجام شود.

منابع

- Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. Williams gynecology. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2016. P. 262.
- Berek JS, Novak E. Berek & Novak's gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. P. 607-11.
- Mrugacz G, Grygoruk C, Sieczynski P, Grusza M, Bolkun I, Pietrewicz P. Etiopathogenesis of dysmenorrhea. Med Wieku Rozwoj 2013; 17(1):85-9.
- De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, et al. Primary dysmenorrhea in adolescents: prevalence, impact and recent knowledge. Pediatr Endocrinol Rev 2015; 13(2):512-20.
- Kazaeian S, Navidian A, Navabi Rigi S. Evaluation effects of oral Aloe vera gel on the intensity of primary dysmenorrhea. Med Surg Nurs Quart 2012; 1(1):35-40. (Persian).
- Rezaeyan M, Abdali N, Araban M. Comparing analgesic effects of extra virgin olive oil and Ibuprofen on the intensity of primary dysmenorrhea: a crossover clinical trial. Iran J Nutr Sci Food Technol 2014; 9(2):67-74. (Persian).
- Akhavan AM, Mojab F, Shahbazzadegan S. Investigation of cinnamomum selenium effects on primary dysmenorrhea and accompanying symptoms. J Ardabil Univ Med Sci 2009; 3(33):204-9. (Persian).
- Akhavan Amjadi M, Shahbazzadegan S, Shakiba M. Comparison of acupressure effect on two points, sanyinjiao versus Tai chong, on primary dysmenorrhea. J Ardabil Univ Med Sci 2015; 15(1):97-106. (Persian).
- Khan KS, Champaneria R, Latthe PM. How effective are non-drug, non-surgical treatments for primary dysmenorrhea? BMJ 2012; 344:e3011.
- Saei Gharenaz M, 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).

11. Momenzadeh F, Toghiri MA, Taghizadeh M, Mahlioji M, Rafiee F. Comparison the effect of fennel and mefenamic acid on severity of primary dysmenorrhea. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(4):44-9. (Persian).
12. Namavar Jahromi B, Tartifizadeh A, Khabnadideh S. Comparison of fennel and mefenamic acid for the treatment of primary dysmenorrhea. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 80(2):153-7.
13. Macintyre PE, Ready LB. *Acute pain management: a practical guide*. 2nd ed. London: W.B. Saunders; 2001.
14. Sargolzaee MR, Keykhayi N. Dysmenorrhea and women's sports. *Armaghane Danesh* 1998; 3(11):52-5. (Persian).
15. Shahhosseini Z, Amin GR, Salehi Sormaghi MH, Danesh MM, Abedian K. Double blind study of anti-primary dysmenorrhea effects of vitagnus. *J Mazendaran Univ Med Sci* 2005; 15(50):15-21. (Persian).
16. Torkzahrani S, Mojab F, Akhavan Amjadi M, Majd HA. Clinical effects of *Foeniculum vulgare* extract on primary dysmenorrhea. *J Reprod Infertil* 2007; 8(1):45-51.
17. Delaram M, Sadeghian Z. The comparison of *Echinophora-platyloba* and fennel effects on the primary dysmenorrhea. *Sci J Hamadan Univ Med Sci* 2011; 18(1):42-7. (Persian).
18. Khorshidi N, Ostad SN, Mosaddegh M, Soodi M. Clinical effects of fennel essential oil on primary dysmenorrhea. *Iran J Pharmaceut Res* 2010; 20:89-93.
19. Samadi N, Amani F, Naghizadeh M, Alahiari I, Ghezelbash S, Kazemzadeh R. Effect of using combination of fennel, chamomile and ginger on relieving symptoms of primary dysmenorrheal among students in Ardabil university of medical sciences. *Sci J Ilam Univ Med Sci* 2015; 22(6):159-64. (Persian).
20. Zeraati F, Shobeiri F, Nazari M, Araghchian M, Bekhradi R. Comparative evaluation of the efficacy of herbal drugs (fennelin and vitagnus) and mefenamic acid in the treatment of primary dysmenorrhea. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19(6):581-4.