

# بررسی علل آناتومیکی «آمنوره» از دیدگاه ابوعلی سینا و مقایسه آن با طب نوین

روشنک مکتبری نژاد\*

نقیسه ظفرقندی

محسن ناصری

علی دواتی

سودابه بیوس

مشرگان تنساز

محمد کمالی نژاد

## چکیده

«آمنوره» به قطع کامل قاعدگی بیش از شش ماه در زنانی که قاعدگی نامرتب دارند و نبود قاعدگی در سه سیکل متوالی در زنانی که قاعدگی مرتب دارند گفته می‌شود و «اولیگومنوره» زمانی رخ می‌دهد که فواصل بین سیکل‌های قاعدگی بیش از ۳۶ روز طول بکشد یا در کل تعداد سیکل‌ها ۵-۷ سیکل در یک سال باشد. «احتباس طمث یا حبس حیض» در طب سنتی ایران معادل آمنوره و اولیگومنوره است. هدف این مقاله، مرور علل آناتومیکی آمنوره از دیدگاه طب سنتی به‌ویژه «ابوعلی سینا» و مقایسه آن با طب نوین است.

این تحقیق یک تحقیق از نوع بررسی متون است و حاصل کار بر روی کتاب قانون بوعلی و دیگر کتب مرجع در طب سنتی است. از طرفی مطالب مربوط در کتب زنان طب نوین هم جمع‌بندی، بررسی و مقایسه شدند.

**یافته‌ها:** علل آناتومیکی و ساختاری آمنوره از دید بوعلی و دیگر حکما شامل «رتق، ترمیم زخم‌های رحم، زگیل رحمی، بواسیر رحم، بیرون زدگی رحم، میلان مفرط رحم و کوتاهی گردن رحم می‌باشد. این علل با علل آناتومیکی آمنوره در طب نوین هم مقایسه

شدند که شامل: دیواره عرضی واژن، پرده بکارت فاقد سوراخ، هیپوپلازی یا آژنزی واژن یا سرویکس یا رحم یا تخمدان، سندرم آشرمن، تنگی سرویکس است.

**نتیجه:** اکثر علل آناتومیک آمنوره در طب سنتی به نحوی مورد تأیید علم روز است بلکه برخی علل هم در طب سنتی وجود دارد که در طب نوین یافت نشد و امروزه نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌باشد.

### واژگان کلیدی

آمنوره، الیگومنوره، احتباس طمث، طب سنتی ایران، قاعدگی، علل آناتومیک

## بررسی علل آناتومیکی «آمنوره» از دیدگاه ابوعلی سینا

### و مقایسه آن با طب نوین

توجه و تدبیر در دیدگاه تشخیصی و درمانی اطبای سنتی که قرون متمادی کاربرد داشته است می‌تواند در بعضی معضلات، به کمک طب رایج بیاید. به نظر می‌رسد با اقتباس از تفکر حرکت آفرین دانشمندان بزرگی همچون «ابن سینا» بتوان از دستورالعمل‌های اطبای پیشین ایرانی استفاده کرد و تئوری‌های حکما را در قالب یک موضوع تکوین یافته مورد بحث و تحلیل علمی قرار داد.

به جرأت می‌توان گفت از تأثیرگذارترین حکمای ایرانی در طب، «ابوعلی الحسین بن عبدالله» مشهور به «ابن سینا» یا «Avicenna» (۱۰۳۷-۱۰۹۸ م.) / (۴۲۸-۳۷۰ ه. ق.) است. بزرگ‌ترین اثر او کتاب «قانون در طب» بوده است که در غرب با عنوان «Canon of medicine» شناخته می‌شود. این کتاب نزدیک به هفتصد سال در اروپا کتاب مرجع پزشکی بوده است. قانون بوعلی از بهترین متونی است که به توصیف، تشخیص، طبقه‌بندی، شیوه‌های درمانی و پیش‌آگهی بیماری‌ها پرداخته است. (۱)

بوعلی سینا در کتاب قانون در فن یازدهم از کتاب سوم به بیماری‌های زنان پرداخته است. وی به صورت سازمان یافته در مبحث زنان بحث می‌کند و این فن را به چهار مقاله تقسیم‌بندی کرده است.

در مقاله اول به بحث اصول و تشریح رحم و مزاج آن پرداخته است.

مقاله دوم را به وضع حمل و اختلالات آن مختص کرده است.

در مقاله سوم امراض رحم غیر از «اورام» را بررسی کرده است.

مقاله سوم را به آفات وضع رحم و ناهنجاری‌های آناتومیکی دستگاه تناسلی زنان

و اورام رحم اختصاص داده است. (۲)

از مباحث مطرح در طب روزِ زنان، «آمنوره» است که در طب سنتی ایران تحت عنوان «احتباس طمث» یا «حبس حیض» عنوان شده است. حال با توجه به سابقه طب سنتی و کاربردی بودن دستورالعمل‌های این مکتب، می‌توان انتظار داشت که تشخیص و درمان‌های ارائه شده از سوی حکمای این مکتب، بتواند به‌عنوان درمان مکمل و مناسب، راهگشای معضلات دختران و زنان جوان در سنین ارزشمند باروری باشد.

با توجه به اینکه امروزه «آمنوره» و «اولیگومنوره» در دختران و زنان جوان به وفور دیده می‌شود و شیوع آن در دهه‌های اخیر رو به افزایش است و از طرفی پیامدهای ناگواری همچون نازایی که متعاقب این بیماری دیده می‌شود، تشخیص و بالتبع درمان به موقع آن را حایز اهمیت می‌کند. (۳) در این مقاله در پی ارائه بخش آناتومیکی علل آمنوره از دیدگاه بوعلی و مقایسه آن با طب نوین هستیم. ارائه بخش فانکشنال علل آمنوره و راه کارهای درمانی آن در طب سنتی ایران نیز می‌تواند در مقالات دیگری عنوان شود.

### روش کار

این تحقیق از نوع مطالعه کتابخانه‌ای و بررسی متون است. ابتدا از کتاب قانون بوعلی مبحث دستگاه تناسلی زنان مطالعه و مبحث حیض و علل آناتومیکی حبس حیض جمع‌بندی شد و برای تکمیل بحث از کتب مرجع دیگر استفاده شد.

در هر کتاب پس از مطالعه و فیش‌برداری از بخش مربوط، علل آناتومیکی حبس حیض استخراج شد و پس از تحلیل و بررسی، علل ذکر شده با متون جدید

مقایسه و نهایتاً جمع‌آوری گردیدند و برای خلاصه بودن در جدول قرار داده شدند.

## یافته‌ها

### حیض طبیعی

بوعلی می‌گوید: «الطمث المعتدل فی قدره و فی کیفیته و فی زمانه الجاری علی عاداته الطبیعیة فی کل مرة هو سبب لصحة المرأة و نقاء بدنها من کل ضار بالکمّ و کیف و یفیدها العفة و قلة الشبق»

ترجمه: «طمث معتدل در مقدار و کیفیت و زمان که بر عادت طبیعی در هر ماه باشد سبب صحت و سلامتی زن و پاکی بدنش از هر ضرر کیفی و کمی می‌باشد و برای عفت و کاهش شبق زنان مفید است.»

مقدار معتدل طمث از دید بوعلی هر ۲۰ تا ۳۰ روز یک بار ایجاد می‌شود و اگر زمان آن بیشتر یا کمتر از این مقدار باشد غیرطبیعی تلقی می‌شود. (۲)

### تعریف «آمنوره» در طب سنتی ایران

آمنوره از دیدگاه حکمای طب سنتی، با عنوان «احتباس طمث» مطرح شده است.

احتباس طمث یعنی بند آمدن خون حیض و به توقف کامل حیض یا کم شدن خونریزی یا طولانی شدن دوره قاعدگی بیش از دو ماه اطلاق می‌شود. (۴)

### انواع «احتباس طمث»

احتباس طمث به دو دسته کلی تقسیم می‌شود:

۱. احتباس طمث تام (Primary amenorrhea): دختر پس از رسیدن به سن بلوغ اصلاً تجربه خونریزی قاعدگی را نداشته است که این گروه را «زنان خنثی» گویند.

۲. احتباس طمث غیرتام (Secondary amenorrhea): دختر یا زن در زمان بلوغ قاعده شده است ولی پس از آن بنا به دلایلی و به طور عارضی خونریزی قطع شده است. (۵)

#### فیزیوپاتولوژی احتباس طمث

بوعلی در قانون، فیزیوپاتولوژی اصلی احتباس طمث را ناشی از اختلال در سه مورد می‌داند و می‌گوید:

«الطمث يحتبس إما لسبب في القوة و إما لسبب في المادة أو لسبب في الآلة وحدها.»

ترجمه: «طمث به سبب قوه یا به سبب ماده یا به سبب آلت محتبس می‌شود.» (۲)

پس اختلال در طمث خلاصه می‌شود در:

۱. اختلال در قوا<sup>۲۲</sup>: مختل شدن عملکرد قوا مانند ضعف قوه دافعه یا شدت قوه ماسکه باعث حبس حیض می‌شود.

۲. اختلال در ماده: ماده طمث، خون است و تغییرات ایجاد شده در خون می‌تواند حبس طمث دهد.

۳. اختلال در آلت: آلت طمث، رحم و عروق آن است که انسداد در منفذ رحم یا عروق آن می‌تواند حبس طمث دهد. (۲)

از آنجا که در این مقاله برآنیم که درباره‌ی اختلالات آناتومیکی آمنوره بحث کنیم به نظر می‌رسد از دید بوعلی باید به آلت طمث (رحم و عروق) پرداخته شود.

### مکانیسم احتباس طمث به سبب اختلال در آلت:

از منظر حکمای طب سنتی و بوعلی مهم‌ترین عاملی که در آلت (رحم و عروق آن) باعث احتباس طمث می‌شود «سده» (انسداد یا گرفتگی) است. (۲، ۴ و ۸-۶) انسداد هم در منافذ رحم و هم در عروق رحمی می‌تواند باعث حبس حیض شود. این انسداد می‌تواند کامل یا نسبی باشد. در انسداد کامل قطع حیض دیده می‌شود اما در انسداد نسبی کاهش مقدار خون‌ریزی یا تأخیر در قاعدگی دیده می‌شود پس گرفتگی‌های ایجاد شده در عروق رحمی یا منفذ خروجی رحم به خون قاعدگی اجازه خروج نمی‌دهد و باعث حبس طمث می‌شود. (۸)

### انواع احتباس طمث به سبب اختلال در آلت:

اختلالاتی که در رحم و عروق آن (آلت طمث) ایجاد می‌شود به زبان طب امروز به دو علت می‌تواند باعث احتباس طمث شود:

۱. علل ساختمانی (Anatomic)

۲. علل عملکردی (Functional)

با توجه به هدف این نوشتار، در این مقاله مورد اول ارزیابی می‌شود. قبل از ورود به مبحث اصلی، لازم به ذکر است که قدما «مهبل» و «زهدان» را یکجا به نام «رحم» می‌نامیدند و از دیدگاه حکما رحم به سه قسمت تقسیم می‌شود (۲ و ۴):

۱. آنچه را که ما امروزه به نام «مهبل» (Vagina) می‌نامیم حکما «عُنُق رحم» (گردن زهدان) می‌نامیدند و توضیح می‌دادند که این قسمت از رحم به منزله «غلافی» برای آلت مردان است (نظیر غلاف برای شمشیر) و اروپاییان همین کلمه «غلاف» را گرفته و به نام «واژن» نامیدند زیرا معنی لغوی واژن، «غلاف» است. (۹)
۲. آنچه را که امروزه «سرویکس» (cervix) می‌نامند حکما «فم رحم» یا «دهانه رحم» می‌گفتند که محل اتصال جسم رحم (زهدان) به گردن رحم (واژن) است.
۳. آنچه که امروزه «رحم» می‌نامند حکما «زهدان یا جسم رحم» می‌گفتند. (۲،۴) پس هرگاه حکما نامی از رحم می‌برند منظور واژن، سرویکس و رحم است.

### علل آناتومیک رحمی آمنوره در طب سنتی ایران (شکل ۱)

اختلالات آناتومیک رحمی یا به گفته ابوعلی سینا «آفات وضع رحم» با مکانیسم ایجاد انسداد و گرفتگی (سده) در منفذ رحم و محل خروجی خون باعث احتباس طمث می‌شوند و شامل موارد زیر هستند: (۲)

۱. رتق
۲. التیام و ترمیم قروح و زخم‌های رحم
۳. زگیل رحمی
۴. بواسیر رحمی
۵. انقلاب رحم یا بیرون زدگی رحم
۶. میلان مفرط رحم
۷. کوتاهی اندازه گردن رحم



## علل آناتومیک آمنوره در طب نوین

«آمنوره» به قطع کامل قاعدگی بیش از شش ماه در زنانی که قاعدگی نامرتب دارند و نبود قاعدگی در سه سیکل متوالی در زنانی که قاعدگی مرتب دارند گفته می‌شود. «اولیگومنوره» زمانی رخ می‌دهد که فواصل بین سیکل‌های قاعدگی بیش از ۳۶ روز طول بکشد یا در کل تعداد سیکل‌ها ۷-۵ سیکل در یک سال باشد. (۱۱،۱۰) اگر میزان خون‌ریزی کم گردد و در حد لکه بینی باشد «هیپومنوره» نامیده می‌شود. (۱۰)

طبق گزارش‌های مختلف، آمنوره و اولیگومنوره از شایع‌ترین اختلالات قاعدگی زنان در سراسر دنیا می‌باشد. از سویی دیگر، عوارض ایجاد شده ناشی از این اختلال از جمله ناباروری و کاهش باروری و بدخیمی‌ها باعث مشکلاتی در سلامت عمومی و روانی دختران و زنان جوان می‌شود. (۳ و ۱۲)؛ بنابراین به نظر می‌رسد تشخیص و درمان آمنوره، اهمیت عمده‌ای در عملکرد اجتماعی و خانوادگی بانوان داشته باشد.

در طبقه‌بندی براساس اجزای عملکردی (functional compartments)، محور باروری به چهار جزء تقسیم شده و با توجه به اختلال در هر قسمت بیان می‌شود. (شکل ۲) این چهار جزء عبارتند از: ۱. مسیر خروجی (outflow tract) که شامل رحم، سرویکس و واژن است. ۲. تخمدان‌ها ۳. غده هیپوفیز ۴. هیپوتالاموس. (۱۳) در بحث آناتومیک، مسیر خروجی دستگاه تناسلی بررسی می‌شود. سیستم خروجی سالم، شامل واژن باز و همچنین سرویکس و رحم واجد عملکرد است. در صورت وجود انسداد در سیستم خروجی یا تشکیل نشدن سیستم خروجی، آمنوره رخ می‌دهد. (۱۳)

ناهنجاری‌های آناتومیکی آمنوره شامل علل مادرزادی و علل اکتسابی هستند. از طرفی آمنوره به دو نوع آمنوره اولیه (Primary amenorrhea) و آمنوره ثانویه (Secondary amenorrhea) تقسیم‌بندی می‌شود. در آمنوره اولیه دختر از ابتدای بلوغ اصلاً قاعده نمی‌شود ولی در آمنوره ثانویه با وجود سابقه قبلی قاعدگی، به عللی حیض قطع می‌شود. (۱۴، ۱۳) (حکمای طب سنتی هم با عنوان احتباس طمث تام و غیرتام به آن اشاره کرده‌اند).

علل مادرزادی که باعث آمنوره اولیه می‌شود شامل ۱. پرده بکارت فاقد سوراخ ۲. دیواره عرضی واژن ۳. هیپوپلازی یا فقدان واژن یا سرویکس یا رحم یا تخمدان است. (۱۰ و ۱۴)

ناهنجاری‌های تکاملی که شامل «آژنزی واژن، پرده بکارت فاقد سوراخ، سپتوم‌های عرضی و طولی واژن، انواع دوگانگی واژن و رحم و سپتوم‌های پرده بکارت» هستند در اکثر موارد در اوایل دوران نوجوانی با آمنوره (در ناهنجاری‌های انسدادی) و یا با مسایلی مانند ناتوانی در استفاده از تامپون (در باندها و سپتوم‌های پرده بکارت) تظاهر پیدا می‌کنند.

همان‌طور که ذکر شد ناهنجاری‌های انسدادی کامل یا ناکامل دستگاہ تناسلی، به‌طور تئوریک در طی دوران نوجوانی تظاهر پیدا می‌کند. انسداد عرضی سیستم خروجی توأم با اندومتر طبیعی، اغلب در نوجوانان سبب درد سیکلیک بدون خون‌ریزی قاعدگی می‌شود. ناهنجاری‌های پیچیده مجرای مولرین مانند سپتوم‌های طولی مسدودکننده واژن یا رحم دو شاخ می‌توانند سبب هماتوکولپوس یا هماتومتتری یا هموپریتوتن شوند. اگر در این ناهنجاری‌های انسدادی، مجرای خروجی کوچکی وجود داشته باشد یا بعداً به وجود آید ممکن است نشانه بالینی

به جای یک توده لگنی یا همراه با آن ترشح مداوم به رنگ قهوه‌ای تیره (خون کهنه) باشد. (۱۳)

علل اکتسابی که آمنوره ثانویه می‌دهد، به دو علت ایجاد می‌شود:

۱. چسبندگی‌های موجود در سرویکس و رحم (سندرم آشرمن) ۲. تنگی سرویکس.

چسبندگی‌ها به علت دستکاری‌های رحمی (در جراحی یا کورتاژ یا سقط یا بیوپسی) یا عفونت‌ها (سل یا شیستوزومیاز یا PID یا در رابطه با IUD) است و تنگی سرویکس به دنبال خارج ساختن دیسپلازی‌ها با جراحی (بیوپسی مخروطی و روش الکترواکسیزیون با لوپ) ایجاد می‌شود. (شکل ۲)

سندرم «آشرمن» در آمنوره ثانویه و هیپومنوره شایع‌تر است.

مکانیسم اصلی ناهنجاری‌های آناتومیک در آمنوره، انسداد است. (۱۳)

حال به تفصیل، ابتدا به ذکر علل آناتومیک حبس حیض در طب سنتی می‌پردازیم و سپس این علل را با طب نوین مقایسه می‌کنیم.

**مقایسه علل آناتومیک آمنوره در طب نوین و طب سنتی (جدول شماره ۱):**

۱. رتق (۲، ۴-۸): رویش چیزی زاید از جنس گوشت یا غشای سخت و محکم بر دهانه فرج (واژن) یا بر دهانه رحم (سرویکس) یا بین فرج و دهانه رحم (قسمت داخلی واژن) است. اگر رتق بر دهانه فرج باشد از دخول قضیب جلوگیری می‌کند، اگر بین فرج و دهانه رحم باشد مانع دخول تام در جماع می‌شود، اگر رتق بر دهانه رحم باشد مانع دخول نمی‌شود ولی مانع بارداری و خروج حیض می‌شود؛ البته به شرطی که رتق هیچ راه نفوذ و سوراخی نداشته

باشد و کاملاً دهانه رحم را مسدود کرده باشد. اما اگر نسج رتق، شل و متهلهل باشد یا منفذی داشته باشد ممکن است بارداری اتفاق بیفتد. (۲ و ۱۵)  
ابن سینا می‌نویسد این بیماری مادرزادی یا اکتسابی است و درباره رتق مادرزادی چنین می‌نویسد:

«أو يكون المنفذ غير موجود في الخلقه حتى يعرض للجارية عند ابتداء الحيض أن لا تجد للطمث منفذاً».

یعنی: «ممکن است به‌طور مادرزادی منفذ وجود نداشته باشد در این صورت دختر از همان ابتدای قاعدگی فاقد سوراخ برای دفع خون است.» (۲ و ۹)  
پس اگر رتق، مادرزادی باشد و از ابتدا هیچ منفذی نباشد دختر از ابتدا اصلاً قاعده نمی‌شود و به علت نبودن منفذ برای خروج خون درد شدید عارض شده و عوارض خطرناکی به دنبال دارد گاهی به سبب تجمع خون حیض در بدن، باعث هلاکت بیمار می‌شود (۲ و ۴).

مرحوم دکتر «جلال مصطفوی کاشانی» حدود نیم قرن پیش در مقاله‌ای که علل نازایی را از دیدگاه طب نوین و طب سنتی مطرح کرده بودند در مورد رتق این‌گونه نگاشته است: «یکی از علل نازایی زنان در طب نوین انسداد گلوی (دهانه) زهدان است. این علت و حتی این کلمه (یعنی کلمه انسداد) از کتاب قانون ابن سینا گرفته شده و در آنجا به نام «الرتقا» ثبت گردیده است. توضیح آنکه «رتق» در لغت به معنی «انسداد» یا «بسته شدن» آمده و در برابر آن «فتق» یعنی باز شدن قرار گرفته است. (۹)

\* در طب نوین این مطلب به اثبات رسیده است که دیواره عرضی و طولی واژن یا پرده بکارت فاقد سوراخ (Imperforated Hymen) باعث آمنوره اولیه می‌شود (۱۳) اما در مورد آمنوره ثانویه متعاقب رویش گوشت اضافی باید بررسی‌های

بیشتری به عمل آید. شاید «کوندیلوما» یا زگیل‌های بزرگ بتواند باعث کاهش مقدار خون‌ریزی یا قطع آن شود.

۲. التیام و ترمیم قروح و زخم‌های رحم: جوش خوردن و ترمیم زخم در رحم باعث از بین رفتن دهانه عروق و از طرفی باعث رویش گوشت اضافی (رتق) و انسداد مجرا می‌شود و خروج خون قاعدگی به درستی انجام نمی‌شود. (۲ و ۴-۸)

\* در مقایسه با طب نوین در ترمیم زخم‌ها شاید بتوان به چسبندگی‌هایی اشاره کرد که در اثر دستکاری‌های رحمی (در جراحی، کورتاژ، سقط، بیوپسی) ایجاد شده و باعث قطع قاعدگی و آمنوره ثانویه می‌شوند. (۱۳)

۳. زگیل رحمی (۲، ۶ و ۷): اگر تعداد زگیل بسیار باشد یا بزرگ باشد باعث انسداد شده و باعث حبس طمث می‌شود. (۱۴)

\* در طب نوین ذکر شده است زگیل‌های تناسلی معمولاً در مناطقی که در حین نزدیکی جنسی از بیشترین تماس برخوردار هستند (مخصوصاً فورشت خلفی و مناطق جانبی ولو) رخ می‌دهد. زگیل‌ها با شیوع کمتر در سرتاسر ولو، واژن، سرویکس، پرینه و اطراف مقعد یافت می‌شوند. این زگیل‌ها ممکن است بدون علامت باشند یا سبب ایجاد علایمی مانند خارش، تحریک و یا خون‌ریزی شوند. (۱۳) در طب نوین علایمی دال بر قطع قاعدگی یا کاهش مقدار خون‌ریزی به دنبال زگیل وجود ندارد.

۴. بواسیر رحمی (۴ و ۶): اگر بزرگ باشد و دهانه خروج خون قاعدگی را کاملاً سد کند باعث احتباس طمث می‌شود؛ هم‌چنان که در مقعد از خلط، بواسیر ظاهر می‌گردد در گردن رحم (واژن) نیز ممکن است بواسیر پدید آید. اگر بواسیر در

دهانه رحم (سرویکس) یا گردن رحم (واژن) باشد هنگام معاینه قابل مشاهده است. (۴ و ۱۵)

\* شاید بواسیر و زگیل رحمی در طب روز مشابهت با پولیپ یا کوندیلوما یا دیورتیکول داشته باشد که البته با دیدگاه طب جدید باعث آمنوره نمی‌شود و البته تحقیقات بیشتری را می‌طلبد تا دیدگاه حکما در مورد اختلال قاعدگی در این موارد رد یا ثابت شود.

۵. انقلاب رحم (۲،۴،۶): انقلاب رحم خارج شدن رحم از حالت طبیعی است و چون از شکل اصلی منقلب می‌شود به این نام خوانده شده است. در ضمن به آن خروج رحم، بروز رحم، بیرون‌زدگی رحم، نَتُّو رحم و زلق رحم هم گفته می‌شود (۴). انقلاب رحم حالت‌های مختلفی دارد: ۱. رحم از شکل اصلی منقلب یا برگردانده و خارج شده و باطن آن کاملاً ظاهر می‌شود و منفذ گردن رحم مشخص نیست که این حالت انقلاب حقیقی یا تام است ۲. در انقلاب غیرتام، رحم کاملاً از شکل خود منقلب نمی‌شود و به شکل اصلی خود خارج می‌شود یا پایین می‌افتد و گردن رحم از فرج بیرون می‌زند که در این حالت در معاینه منفذی مشخص است. در هر صورت در انقلاب رحم دهانه رحم (سرویکس) از محاذات فرج خارج شده و حیض به راحتی خارج نمی‌شود. (۴)

\* در طب نوین بیرون‌زدگی سرویکس و رحم به مدخل واژن را «پرولاپس رحم» گویند. هنگامی که «پرولاپس رحم» و واژن به صورت کامل رخ دهد به صورتی که کل واژن و رحم معکوس «اورسیون» شود را «پروسیدنشیا» (procidentia) گویند. در پروسیدنشیا خروج فوندوس رحم از واژن اکثراً به دنبال زایمان و چسبندگی جفت رخ می‌دهد که باعث اورسیون واژن و رحم می‌شود. (۱۳) به نظر می‌رسد درجات متفاوت پرولاپس و حتی پروسیدنشیا معادل

انقلاب غیرتام است و اورسیون یا معکوس‌شدگی واژن و رحم معادل انقلاب تام رحم است. در طب نوین اشاره است که پرولاپس یا پروسیدنشیا یا اورسیون می‌تواند باعث آمنوره شود. البته قابل ذکر است که پرولاپس اکثراً در زنان در سنین بالا یا حوالی یائسگی اتفاق می‌افتد که به‌طور فیزیولوژیک مبتلا به آمنوره یا اولیگومنوره هستند.

نکته: شایان ذکر است که در انقلاب رحم، زگیل و بواسیر رحم منظور از احتباس طمث قطع کامل قاعدگی نیست بلکه این موارد احتمالاً باعث کاهش مقدار خون‌ریزی قاعدگی یا افزایش فواصل خون‌ریزی می‌شود که از دیدگاه طب سنتی در تعریف احتباس طمث جای می‌گیرد.

۶. میلان مفرط رحم: تمایل رحم به چپ یا راست «میلان» یا «اعوجاج» رحم گفته می‌شود. انحراف شدید رحم به طرفین باعث می‌شود دهانه رحم (سرویکس) از محاذات واژن خارج می‌شود و خون قاعدگی نتواند خارج شود و سبب احتباس طمث می‌گردد. میلان رحم در هنگام معاینه قابل تشخیص بوده و بیمار در هنگام مقاربت درد دارد. (۲ و ۴)

\* موقعیت رحم در ارتباط با سایر ساختمان‌های لگن متغیر است و عموماً بر حسب موقعیت (قدامی، میانی، خلفی)، میزان خمیدگی (فلکسیون)، و چرخش (ورسیون) توصیف می‌گردد. «فلکسیون» به معنی زاویه بین محور طولی تنه رحم و سرویکس است، در حالی که ورسیون به زاویه محل اتصال رحم با قسمت فوقانی واژن گفته می‌شود. گاهی اوقات ضایعات لگنی مانند «اندومتریوز» و چسبندگی‌ها ایجاد وضعیت غیرطبیعی رحم می‌کند. (۱۳) البته در طب نوین انحراف شدید رحم و سرویکس و تغییر وضعیت رحم در علل آناتومیک آمنوره طبقه‌بندی نشده است و برای رد یا اثبات آمنوره یا اولیگومنوره یا هیپومنوره در

اثر تغییر وضعیت رحم باید تحقیقاتی صورت گیرد تا بتوان به طور علمی به نظریه حکما صحه گذاشت.

۷. کوتاهی اندازه گردن رحم: «قصر عُنُق رحم» یا همان کوتاهی سائز گردن رحم که واژن است از دید بوعلی و حکیم اعظم خان می‌تواند باعث حبس طمث شود. (۲ و ۴)

\*در طب نوین هم اثبات شده است که کوتاهی واژن یا فقدان واژن می‌تواند سبب آمنوره اولیه شود. (۱۳) البته در کتب طب سنتی اشاره‌ای نشده است که کوتاهی اندازه واژن احتباس طمث تام (آمنوره اولیه) را سبب می‌شود یا غیرتام (آمنوره ثانویه).

جدول شماره ۱- مقایسه علل آناتومیک آمنوره در طب سنتی و طب نوین

طب سنتی	معادل در طب نوین	مقایسه
رتق	دیواره طولی و عرضی واژن یا پرده بکارت فاقد سوراخ یا سپتوم پرده بکارت یا دیگر زواید گوشتی	در طب نوین به اثبات رسیده است.
ترمیم زخم‌های رحم	چسبندگی‌ها در اثر عفونت یا دستکاری‌ها	در طب نوین به اثبات رسیده است.
زگیل رحم	زگیل تناسلی	در طب نوین به اثبات نرسیده است.
بواسیر رحم	احتمالاً پولیپ یا کوندیلوما یا دیورتیکول	در طب نوین به اثبات نرسیده است.
انقلاب رحم	پرولاپس رحم و پروسیدنثیا و اورسیون	در طب نوین به اثبات نرسیده
میلان مفرط رحم	ورسیون یا فلکسیون رحم	در طب نوین به اثبات نرسیده است.
کوتاهی گردن رحم	کوتاهی واژن یا فقدان واژن	در طب نوین به اثبات رسیده است.



## بحث

هر سه تعریف آمنوره و اولیگومنوره و هیپومنوره در طب سنتی تحت یک عنوان «احتباس طمث» طبقه‌بندی می‌شوند. با توجه به این که در طب نوین، علل ایجاد کننده هر سه مورد ذکر شده تقریباً یکسان است و در کتب مرجع زنان هر سه عنوان ذیل آمنوره بحث می‌شوند حکماً کاملاً به این موضوع واقف بوده‌اند که اسباب ایجاد کننده تاخیر قاعدگی یا کاهش مقدار خون‌ریزی مشابه است و تحت عنوان «احتباس طمث» مطرح می‌شود.

از طرفی در طب نوین آمنوره به دو نوع آمنوره اولیه و آمنوره ثانویه تقسیم‌بندی می‌شود که حکمای طب سنتی هم با عنوان احتباس طمث تام و احتباس طمث غیرتام به آن اشاره کرده‌اند.

از جمله علل ذکر شده در ناهنجاری‌های آناتومیکی آمنوره در طب سنتی ۱. رتق است که حکما اعتقاد داشتند که گوشت زاید یا پرده محکم در فرج یا واژن یا دهانه رحم می‌تواند باعث حبس حیض شود. در کتب مرجع طب نوین هم به سپتوم‌های عرضی و طولی واژن و پرده بکارت فاقد سوراخ و سپتوم‌های پرده بکارت اشاره شده که آمنوره اولیه می‌دهد اما در مورد آمنوره ثانویه در رتق، در طب روز هنوز به اثبات نرسیده است. ۲. ترمیم زخم‌های رحمی که حکما بیان می‌کنند که التیام و ترمیم زخم‌های رحمی احتباس طمث می‌دهد. امروزه هم یکی از علل عمده آمنوره ثانویه چسبندگی‌هایی است که در اثر عفونت‌ها یا دستکاری‌های رحمی (سندرم آشرمن) یا تنگی سرویکی ایجاد می‌شود که خود باعث نازایی هم می‌تواند شود. ۳. زگیل رحمی، بر خلاف طب سنتی در طب نوین اشاره‌ای نشده که زگیل‌های تناسلی می‌تواند باعث آمنوره بشود. ۴. بواسیر رحمی که شاید بتوان مشابه پولیپ یا کوندیلوما یا دیورتیکول دانست اما آمنوره متعاقب

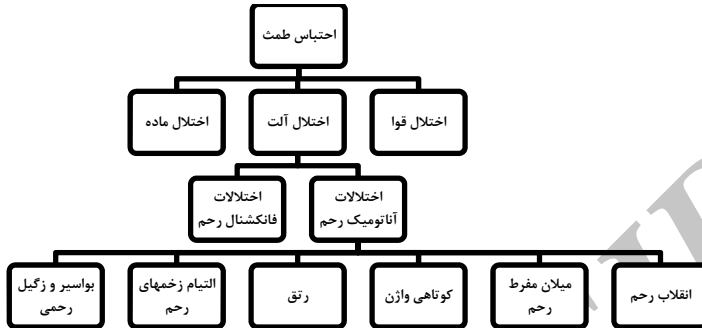
آن به اثبات نرسیده است و باید امروزه بررسی بیشتری شود. ۵. انقلاب رحم که با پرولاپس رحم و پروسیدنشیا و اورسیون مطابقت دارد و مدارکی دال بر ایجاد آمنوره به دنبال این اختلالات در طب نوین وجود ندارد. ۶. میلان مفرط رحم که می‌تواند حبس قاعدگی بدهد اما در طب نوین هنوز به اثبات نرسیده است که تغییر وضعیت رحم بتواند باعث آمنوره شود. ۶. قصر عُنُق رحم که کوتاهی گردن رحم یا واژن است که امروزه هم ثابت شده که کوتاهی واژن از علل آمنوره اولیه است.

علاوه بر هیپوپلازی یا آژنزی واژن مواردی هم چون هیپوپلازی و فقدان سرویکس یا تخمدان یا رحم هم در کتب مرجع زنان ذکر شده است که از علل آمنوره اولیه است که البته نادرتر از بقیه موارد هستند. با توجه به این که حکمای طب سنتی بدون استفاده از پاراکلینیک به روش امروزه و با دقت نظر در معاینه بالینی و آنچه که در ظاهر قابل رؤیت بوده و آنچه که بیمار ذکر می‌کرده است علل و اسباب و علایم بیماری‌ها را بیان می‌کردند؛ بعضی از عللی که طب نوین با روش‌های تشخیصی پاراکلینیکی به آن اشاره کرده مانند هیپوپلازی یا فقدان رحم و تخمدان که در ظاهر قابل رؤیت نبوده توسط حکما بیان نشده است.

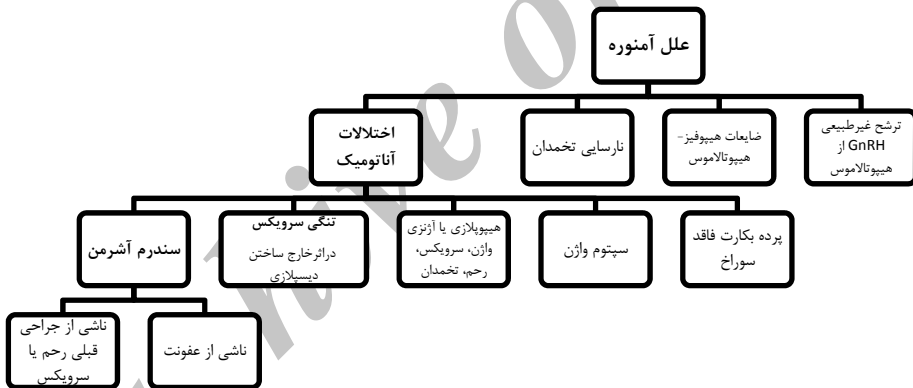
#### نتیجه

تمامی علل آمنوره در طب سنتی به نحوی مورد تأیید علم روز است و بعضی از عللی که در طب سنتی به آن‌ها اشاره شده است و در طب نوین عنوان نشده مطالعات و تحقیقات گسترده‌تری را در این زمینه می‌طلبد.

شکل ۱: طبقه‌بندی اختلالات آناتومیکی «احتباس طمث» در طب سنتی ایران



شکل ۲: طبقه‌بندی اختلالات آناتومیکی «آمنوره»



## پی‌نوشت‌ها

- ۱- «شبق» در فرهنگ دهخدا به معنی «شدیدالشهوت» آمده که بیانگر شهوت خارج از اندازه است که می‌تواند موجب اشکال در عفت زنان شود و خون‌ریزی قاعدگی با دفع ماده طمث و برقراری تعادل هورمون‌های جنسی به این اعتدال کمک می‌کند.
- ۲- حکمای طب سنتی معتقدند که هر عضوی مانند دستگاه گوارش دارای چهار قوه جاذبه، ماسکه، هاضمه و دافعه می‌باشد که ابتدا عضو، غذای مورد نیازش را توسط قوه جاذبه جذب کرده، سپس توسط قوه ماسکه غذا را نگه می‌دارد تا قوه هاضمه، هضم مناسب همان ارگان را انجام داده تا غذا قابل استفاده برای عضو شده و سپس قوه دافعه، مواد زائدش را دفع می‌کند. اگر عضوی دچار ضعف شود، قوای چهارگانه آن هم مختل شده و علاوه بر اختلال در عملکرد عضو مربوطه، سایر اعضای مرتبط با آن هم دچار اشکال می‌شوند. رحم هم مانند بقیه اعضا دارای چهار قوه جاذبه، ماسکه، هاضمه و دافعه منحصر به خود می‌باشد. به طور مثال در باروری، قوه جاذبه رحم باعث جذب منی مرد می‌شود. قوه ماسکه باعث حفظ منی برای ایجاد تخم و نگهداری جنین می‌شود. اختلال کار هر یک از این قوا باعث تشکیل نشدن نطفه و عدم باروری و یا سقط می‌شود. در قاعدگی اگر قوه دافعه ضعیف شود و رحم نتواند به خوبی خون را دفع کند یا اگر قوه ماسکه قوی‌تر عمل کند و مدت نگهداری خون بیشتر شود حبس طمث رخ می‌دهد.

## فهرست منابع

- 1- Aziz MH. The otorhinolaryngologic concepts as viewed by Rhzes and Avicenna. Arch Iran Med. 2007 Oct;10(4):552-5.
- ۲- ابن سینا، حسین بن عبدالله، (۲۰۰۵ م.)، قانون فی الطب، لبنان: مؤسسه الاعلمی للمطبوعات، مجلد ۳، ص ۴۱۳-۴۴۵
- 3- Agarwal A, Venkat A. "Questionnaire on menstrual disorders in adolescent girls in Singapore." J Pediatr Adolesc Gynecol: 2009 Dec; 22(6):365-71.
- ۴- ناظم جهان، اعظم خان چشتی، محمد، (۱۳۸۷ ه.ش.)، اکسیر اعظم، تهران: مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی ایران، مجلد ۳، ص ۶۹۳
- ۵- عبادیانی، محمد، (۱۳۸۷ ه.ش.)، درس‌نامه معالجات طب سنتی ایران، دبیرخانه شورای آموزش طب سنتی و مکمل، چاپ اول، ص ۲۵۰-۲۵۵
- ۶- جرجانی، سید اسماعیل، (۱۳۵۴ ه.ش.)، ذخیره خوارزمشاهی، تصحیح: سعیدی سیرجانی، تهران، ص ۵۶۰-۵۴۹
- ۷- جرجانی، سید اسماعیل، (۱۳۸۴ ه.ش.)، الأغراض الطبیة و المباحث العلامیة، تصحیح و تحقیق: تاجبخش، حسن، تهران: مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، چاپ اول، مجلد ۲، ص ۷۶۳

- ۸- رازی، بهاءالدوله، (۱۳۸۷ ه.ش.)، خلاصه التجارب، مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی ایران، ص ۵۲۷
- ۹- جلال، مصطفوی کاشانی، (۱۳۵۸ ه.ش.)، مقایسه طب قدیم ایران با پزشکی نوین، انتشارات دانشگاه تهران، ص ۱۵۳

10- James R, Philip S, et al. danforth's obstetrics and gynecology. 9<sup>th</sup> ed., lippincot willims & wikins. 2005

11- Deligeoroglou E, Athanasopoulos N, et al.. "Evaluation and management of adolescent amenorrhea." Ann N Y Acad Sci: 2010 Sep;1205:23-32

۱۲- زینالزاده، م؛ جوادیان، م؛ حاجی احمدی، م؛ هدایتی، ف؛ «اولیگونوره در دختران دبیرستانی بابل ۱۳۸۰-۱۳۸۰ ه.ش.» مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۵(۴) پی در پی ۲۰ صص ۶۰-۵۷

۱۳- برک، جانانان، (۱۳۸۸ ه.ش.)، بیماری‌های زنان برک و نوک ۲۰۰۷، مترجمان: قاضی جهانی، بهرام، زنوزی، آزاده، بهرامی، نسیم، تهران: گلبن، چهارم، ص ۹۶۰-۹۹۰

۱۴- بکمن، چارل، (۱۳۸۴ ه.ش.)، ترجمه بیماری‌های زنان بکمن، ۲۰۰۲ م، مترجمان: ترکستانی، فرحناز، ربیعی، مریم، ظفرقندی، نفیسه، گرشاسبی، احیاء، هداوند، شهرزاد، چاپ اول، رضویه، ص ۱۰۱

۱۵- بیوس، سودابه (۱۳۸۹ ه.ش.)، ناباروری و منع باروری در پزشکی ایرانی، قم: اسماعیلیان، ص ۹۸-۱۰۱

#### یادداشت شناسه‌ی مؤلفان

روشنک مکیبری نژاد: گروه طب سنتی دانشکده پزشکی شاهد، تهران، ایران

نشانی الکترونیکی: [mokaberi@shahed.ac.ir](mailto:mokaberi@shahed.ac.ir)

نفیسه ظفرقندی: گروه زنان و زایمان دانشکده پزشکی شاهد، تهران، ایران

محسن ناصری: گروه طب سنتی دانشکده پزشکی شاهد، تهران، ایران

علی دواتی: دانشکده پزشکی شاهد، تهران، ایران

سودابه بیوس: دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مژگان تن‌ساز: دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

محمد کمالی نژاد: دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۸