

فلاحت

بررسی شیوع اختلالات قاعدگی در تازه بالغین

ناهید شهبازیان^{۱*}، فنروش فلاحت^{**}

چکیده

مقدمه: اختلالات قاعدگی در تازه بالغین بویژه در دو سال اول پس از شروع قاعدگی که بسیاری از دوره‌ها بدون تخمک‌گذاری است شایع می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع اختلالات قاعدگی در دختران مدارس راهنمایی می‌باشد. روش بررسی: این مطالعه مقطعی و توصیفی بوده، نمونه‌گیری بصورت تصادفی خوشه‌ای و جمعیت هدف دختران نوجوان مدارس راهنمایی که به مرحله قاعدگی رسیده بودند می‌باشد. پس از جمع‌آوری اطلاعات مربوط به مشخصات فردی و خانوادگی، وضعیت قاعدگی، شرایط همراه و شواهد مورد نیاز در معاینه فیزیکی، داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس و آزمون ارتباط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۲۴۴ دختر مقطع راهنمایی در مطالعه شرکت داشتند. میانگین سنی آنها $0/72 \pm 13/6$ سال و میانگین سن شروع قاعدگی $1/22 \pm 12/3$ سال بود. شیوع اختلالات قاعدگی در جمعیت مورد مطالعه $45/9\%$ درصد بود. اولیگومنوره شایعترین و منومترورازی نادرترین آنها بوده است. بیشترین شیوع اختلالات قاعدگی در ۱۳ سالگی و سال اول پس از شروع قاعدگی بود. بین سن شروع قاعدگی و اختلالات قاعدگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت بطوری که هرچه سن شروع قاعدگی پایین‌تر بود شیوع اختلالات کمتر می‌بود ($p < 0/05$). بین سن شروع قاعدگی و BMI^۱ نیز ارتباط معنی‌داری وجود داشت به طوری که با افزایش BMI سن شروع قاعدگی کاهش نشان می‌داد. ($p < 0/05$) ولی بین شیوع اختلالات قاعدگی و BMI ارتباطی وجود نداشت. همچنین بین وضعیت اقتصادی و سن شروع قاعدگی و اختلالات قاعدگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. از جمعیت مورد مطالعه فقط ۵ نفر (۲ درصد کل افراد و ۴/۴ درصد افراد با اختلال قاعدگی) همزمان با اختلال قاعدگی علائم دیگر مثل آکنه، هیرسوتیسم یا سابقه بیماری مزمن داشتند.

نتیجه‌گیری: از این مطالعه نتیجه گرفته می‌شود که اختلالات قاعدگی در تازه بالغین شایع می‌باشد و در عمده موارد یک یافته طبیعی ناشی از عدم تخمک‌گذاری می‌باشد ولی با توجه به اینکه در بعضی موارد می‌تواند بدن‌بال علل مهم دیگری باشد توصیه می‌شود در صورت تداوم اختلال پس از ۲ سال بررسی تشخیصی و درمانی لازم صورت گیرد.

کلید واژه‌گان: قاعدگی، اولیگومنوره، تازه بالغین

مقدمه

اختلالات قاعدگی در سنین مختلف در زنان اتفاق می‌افتد. این اختلالات بسته به دوره سنی دارای تشخیص‌های افتراقی و بالطبع روشهای تشخیصی و درمانی متفاوتی می‌باشند. اختلالات قاعدگی در تازه بالغین بویژه در خلال دو سال اول بعد از شروع قاعدگی که بسیاری از دوره‌ها بدون تخمک‌گذاری است کاملاً شایع می‌باشد. علیرغم این موضوع، گاهی قاعدگی طبیعی (در محدود ۲۱ تا ۴۲ روز) دیده می‌شود (۱). در بیش از $1/4$ دختران، یک الگوی ۲۱ تا ۴۲ روزه در سه سیکل اول قاعدگی تثبیت می‌شود. در نصف دختران الگوی قاعدگی در هفتمین سیکل تثبیت می‌شود. در $1/3$ دختران الگوی طبیعی قاعدگی در ۲ سال اول پس از شروع قاعدگی ایجاد می‌گردد (۲).

اختلالات قاعدگی در سنین مختلف در زنان اتفاق می‌افتد. این اختلالات بسته به دوره سنی دارای تشخیص‌های افتراقی و بالطبع روشهای تشخیصی و درمانی متفاوتی می‌باشند. اختلالات قاعدگی در تازه بالغین بویژه در خلال دو سال اول بعد از شروع قاعدگی که بسیاری از دوره‌ها بدون تخمک‌گذاری است کاملاً شایع می‌باشد. علیرغم این موضوع، گاهی قاعدگی طبیعی (در محدود ۲۱ تا ۴۲ روز) دیده می‌شود (۱). در بیش از $1/4$ دختران، یک الگوی ۲۱ تا ۴۲ روزه در سه سیکل اول قاعدگی تثبیت می‌شود. در نصف دختران الگوی قاعدگی در هفتمین سیکل تثبیت می‌شود. در $1/3$ دختران الگوی طبیعی قاعدگی در ۲ سال اول پس از شروع قاعدگی ایجاد می‌گردد (۲).

1-Body Mass Index

* استادیار زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

** پزشک عمومی

۱- نویسنده مسؤل

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۳/۲۱ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۵/۱۱/۳۰ اعلام قبولی: ۱۳۸۶/۱/۲۹

Archive of SID

سؤالات، اطلاعات مربوط به مشخصات فردی و خانوادگی شامل سن، قد، وزن، BMI و وضعیت اقتصادی خانواده (درآمد ماهیانه زیر ۳۰۰/۰۰۰ تومان به عنوان وضعیت ضعیف، بین ۳۰۰/۰۰۰ تا ۶۰۰/۰۰۰ تومان متوسط و بالای آن خوب در نظر گرفته شد) و اطلاعات مربوط به وضعیت قاعدگی (سن شروع قاعدگی، طول مدت خونریزی، فاصله زمانی بین دوره‌های قاعدگی، میزان خونریزی و نظم چرخه‌های قاعدگی) و اطلاعات مربوط به شرایط همراه (وجود بیماری مزمن مثل دیابت، بیماری خونی، کبدی و غددی، وجود هیرسوتیسم و آکنه در معاینه و دیسمنوره) ثبت می‌شد. تعاریف اختلالات قاعدگی در جدول ۱ ذکر شده است. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس و آزمون ارتباط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

از ۲۶۰ نفر مورد بررسی ۲۴۴ نفر پرسشنامه را بطور کامل تکمیل نموده و وارد مطالعه شدند. محدوده سنی آنها بین ۱۲ تا ۱۶ سال و میانگین سنی $13/6 \pm 0/72$ سال بود. محدوده سنی شروع قاعدگی در جمعیت مورد مطالعه ۱۶-۹ سال و میانگین سن شروع قاعدگی $12/3 \pm 1/22$ سال بود. کمترین درصد فراوانی مربوط به دو سر طیف یعنی ۹ و ۱۶ سالگی بوده و بیشترین درصد فراوانی مربوط به ۱۲ سالگی بود (جدول ۱).

بعضی حالات همراه با عدم تخمک‌گذاری و خونریزی غیرطبیعی مثل آکنه، پرموئی (هیرسوتیسم) و چاقی ممکن است تظاهراتی از هیپراندروژنیسم (تخمندانهای پلی‌کیستیک کلاسیک، هیپراندروژنیسم تخمدانی فانکشنال و هیپرپلازی مادرزادی آدرنال با شروع دیررس) باشند (۲). گاهی این اختلالات در طی دوره نوجوانی به عنوان پدیده طبیعی تلقی شده و بنابراین نادیده گرفته شده و درمان نمی‌شوند. در این صورت احتمال دارد اختلالات تا بعد از دوره نوجوانی باقی مانده و منجر به اضطراب و زیانهای روانی-اجتماعی و اقتصادی شود که خود بر کیفیت زندگی و حتی تحصیل آنها تأثیر خواهد گذاشت (۳). این حالات چنانچه زود تشخیص داده شوند و به نحو مناسبی درمان شوند تا حدودی برگشت پذیر می‌باشد (۴). هدف از این مطالعه بررسی شیوع اختلالات قاعدگی و برخی عوامل مؤثر در تازه بالغین می‌باشد.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی و توصیفی می‌باشد. نمونه‌گیری بصورت تصادفی خوشه‌ای بوده و جمعیت هدف دختران نوجوان مدارس راهنمایی شهرستان بهبهان که به مرحله قاعدگی رسیده بودند می‌باشد. تعداد نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$ ، ۲۳۲ نفر محاسبه شد که با توجه به احتمال ریزش ۲۶۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. پس از توجیه کامل نمونه‌ها از نحوه پاسخگویی به

جدول ۱: تعاریف اختلالات قاعدگی

فاصله بین قاعدگیها	طول مدت قاعدگی	مقدار خون قاعدگی
منظم	طولانی	زیاد
نامنظم	طولانی	نرمال
نامنظم	طولانی	زیاد
منظم	نرمال	زیاد
منظم	نرمال یا کم	کم
نامنظم	متغیر	کم

جدول ۲: توزیع سنی دانش‌آموزان براساس سن شروع قاعدگی

فلاحت

سن شروع قاعدگی (برحسب سال)	تعداد	درصد	درصد اصلاح شده
۹	۱	۰/۴	۰/۴
۱۰	۷	۲/۹	۳/۱
۱۱	۳۴	۱۳/۹	۱۵/۲
۱۲	۸۶	۳۵/۲	۳۸/۳
۱۳	۶۵	۲۶/۶	۲۹
۱۴	۲۷	۱۱	۱۲/۱
۱۵	۳	۱/۲	۱/۳
۱۶	۱	۰/۴	۰/۴
جمع	۲۲۴	۹۱/۸	۱۰۰
افرادی که سن قاعدگی شان را مشخص نکرده‌اند	۲۰	۸/۲	
جمع کل	۲۴۴	۱۰۰	

شیوع اختلالات قاعدگی در جمعیت مورد مطالعه اولیگو منوره (۱۴/۸ درصد) و نادرترین منومترورازی ۵/۹ درصد می‌باشد (جدول ۲). شایعترین اختلال ۴/۰ درصد می‌باشد.

جدول ۳: توزیع فراوانی اختلالات قاعدگی در جمعیت مورد مطالعه

نوع اختلال	تعداد	درصد
اولیگو منوره	۳۶	۱۴/۸
پلی منوره	۳۵	۱۴/۳
هیپومنوره	۲۸	۱۱/۵
منورازی	۹	۳/۷
متروورازی	۳	۱/۲
منومترورازی	۱	۰/۴
جمع	۱۱۲	۴۵/۹
طبیعی	۱۳۲	۵۴/۱
جمع کل	۲۴۴	۱۰۰

می‌باشد که هرچه سن شروع قاعدگی پایین‌تر باشد شیوع اختلالات قاعدگی کمتر می‌باشد.

توزیع فراوانی BMI در جدول ۲ نشان داده شده است. وقتی ارتباط بین سن شروع قاعدگی و BMI سنجیده شد مشخص شد که ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p=0.04$). با افزایش BMI سن شروع قاعدگی کاهش می‌یابد. ولی وقتی ارتباط بین شیوع اختلالات قاعدگی و BMI سنجیده شد مشخص شد که بین این دو ارتباط معنی‌داری

بیشترین شیوع اختلالات قاعدگی در سن ۱۳ سالگی و در سال اول پس از قاعدگی (۶/۷ درصد) می‌باشد و پس از آن کاسته می‌شود. شایعترین اختلال قاعدگی در سال اول اولیگو منوره می‌باشد.

بررسی ارتباط بین سن شروع قاعدگی و وجود یا عدم وجود اختلالات قاعدگی نشان می‌دهد که اختلاف سن شروع قاعدگی در افراد طبیعی با افراد دارای اختلال قاعدگی معنی‌دار می‌باشد ($p=0.02$). که به این مفهوم

فلاحت

اختلالات قاعدگی) دچار اختلال قاعدگی، هیرسوتیسم و آکنه بودند. یکی از آنها $BMI > 30$ داشت و یکی دیگر دچار بیماری دیابت بود. بررسی تکمیلی در ۳ نفر دیگر به نفع تخمدانهای پلی کیستیک بود. $74/8\%$ درصد از افراد مورد مطالعه دردهای خفیف تا شدید شکم قبل و حین قاعدگی داشتند (دیسمنوره).

وجود ندارد ($P=0.6$) $97/2\%$ درصد افراد مورد مطالعه وضعیت اقتصادی ضعیف و متوسط و فقط $2/8\%$ درصد وضعیت اقتصادی خوبی داشتند. وقتی ارتباط بین وضعیت اقتصادی خانواده و سن شروع قاعدگی و شیوع اختلالات قاعدگی ارزیابی گردید مشخص شد که ارتباط معنی داری بین این متغیرها وجود ندارد ($P=0/7$). در کل جمعیت مورد مطالعه ۵ نفر (2% درصد کل افراد $4/4\%$ درصد افراد با

جدول ۴: توزیع فراوانی BMI در جمعیت مورد مطالعه

BMI	تعداد	درصد
کمتر از ۲۰	۱۴۴	۵۹
بیشتر یا مساوی ۲۰ و کمتر از ۲۵	۸۱	۳۳
بیشتر یا مساوی ۲۵ و کمتر از ۳۰	۱۲	۵
بیشتر یا مساوی ۳۰	۷	۳
جمع	۲۴۴	۱۰۰

بحث

می باشد (۲). در مطالعه ما نیز میانگین سن شروع عادت ماهیانه در افرادی که اختلالات قاعدگی نداشتند پائین تر از افرادی بود که دارای اختلالات بودند. میانگین سن شروع عادت ماهیانه در مطالعه ما $12/34$ سال می باشد. این میانگین در آمریکا $12/82$ سال (۶) و در مراکش $13/04$ سال (۵) می باشد. این مطالعه نشان می دهد که بین BMI و سن شروع قاعدگی ارتباط معنی داری وجود دارد. به طور معمول سن شروع قاعدگی در کودکان دچار چاقی متوسط (تا 30% درصد بالای وزن طبیعی برای سن) پائین تر از حد متوسط می باشد در حالیکه تأخیر در شروع قاعدگی در کودکان دچار سوء تغذیه شدید، شایع است. در دخترانی که بطور بیمارگونه چاق هستند، آنهایی که دچار دیابت می باشند و آنهایی که ورزش های شدید انجام می دهند ولی دارای وزن و درصد چربی طبیعی می باشند، شروع قاعدگی به تأخیر می افتد (۲). در مطالعه Montero و همکاران روی تأثیر BMI

شیوع کلی اختلالات قاعدگی در دختران مدارس راهنمایی در مطالعه ما $45/9\%$ درصد و شایعترین اختلال اولیگو منوره با $14/8\%$ درصد می باشد. $95/5\%$ درصد افراد تحت مطالعه در سالهای اول تا سوم بخصوص در ۲ سال اول پس از قاعدگی بسر می بردند و چون در ۲ سال اول بعد از شروع قاعدگی اکثر چرخه ها بدون تخمک گذاری می باشد (۲)، شیوع $45/9\%$ درصد اختلالات قاعدگی دور از انتظار نیست. در یک مطالعه در کشور مراکش شیوع بی نظمی قاعدگی در دختران ۱۲ تا ۱۹ سال 23% درصد ذکر شده است (محدوده سنی در مطالعه ما ۱۲ تا ۱۶ سال بوده است) (۵). فاصله زمانی از شروع قاعدگی تا هنگامیکه 50% درصد چرخه ها دارای تخمک گذاری شوند، برای دخترانی که شروع عادت ماهیانه آنها قبل از ۱۲ سالگی می باشد، یکسال و برای دخترانی که شروع عادتشان بین ۱۲ تا $12/9$ سال می باشد، ۳ سال و دخترانی که عادتشان در ۱۳ سالگی یا بعد از آن شروع شده بود، $4/5$ سال

فلاحت

به یک میزان خاص وزن بدنی ($47/8 \text{ kg}$) برسند و مساله مهم‌تر اینکه چربی بدنی باید از میزان معمول ۱۶ درصد پیش از بلوغ به $23/5$ درصد افزایش پیدا کند که احتمالاً تحت تأثیر وضعیت تغذیه‌ای می‌باشد (۲). در مطالعه ما یک بیمار دیابتی وجود داشت که دچار اختلال قاعدگی بود. مطالعه Adcock و همکاران نشان می‌دهد که اختلالات قاعدگی در دختران دیابتی تیپ I شایعتر است و این در ارتباط با کنترل نامناسب قندخون و افزایش وزن می‌باشد. ضمن اینکه تخمدانهای پلی‌کیستیک نیز در این افراد شایعتر است (۹). کاستی‌های مطالعه شامل محدود بودن تعداد مدارس قابل دسترسی، حذف بعضی از سؤالات پرسشنامه از جمله سابقه خانوادگی اختلالات قاعدگی و احتمال عدم ذکر وجود بعضی بیماریها در افراد مورد مطالعه بدلیل معذوریتهای اجتماعی بوده است.

نتیجه‌گیری

اختلالات قاعدگی در ۲ سال اول پس از شروع قاعدگی شایع می‌باشد که در عمده موارد بدلیل عدم تخمک‌گذاری می‌باشد لذا توصیه می‌شود به نوجوانان و تازه بالغین اطلاعاتی در مورد این اختلالات داده شود تا در صورت وجود دچار اضطراب و نگرانی نشوند ولی در صورت تداوم آن لازم است بررسی‌های تشخیصی و درمانی در جهت ارزیابی علل مربوط به هیپراندرونیسم و بیماریهای مزمن انجام گیرد.

بر بی‌نظمی عادت ماهیانه نشان داده شده که تلاش برای کاهش وزن مشخصاً در ارتباط با افزایش شیوع بی‌نظمی قاعدگی است ولی این یافته مستقل از BMI می‌باشد (۷).

در مطالعه Bachmann و همکاران روی دانشجویان کالج در مورد شیوع اولیگومنوره و آمنوره نتایج نشان داد که شیوع اولیگومنوره $11/3$ درصد و آمنوره $2/6$ درصد می‌باشد و از عوامل مهم مرتبط با اولیگومنوره یا آمنوره کاهش وزن بیش از ۲۰ پوند، رژیم غذایی با کالری محدود، ورزش سنگین و استرسهای مربوط به کالج ذکر شده است (۸).

در مطالعه Vanhoof و همکاران در 45 درصد دختران اولیگومنوریک یافته‌هایی از تخمدانهای پلی‌کیستیک دیده شده است (۴). در مطالعه ما ۳ بیمار ($1/2$ درصد کل بیماران و $2/6$ درصد افراد با اختلال قاعدگی و $8/3$ درصد افراد اولیگومنوریک) دچار تخمدانهای پلی‌کیستیک بودند. در مطالعه ما ارتباطی بین سن شروع قاعدگی و اختلالات آن با وضعیت اقتصادی دیده نشد. بنظر می‌رسد کمی تعداد افراد با وضعیت اقتصادی خوب در مطالعه از عوامل معنی‌دار نبودن این ارتباط باشد. در اروپای غربی سن شروع قاعدگی از سالهای ۱۸۵۰ تا ۱۹۶۰ در هر دهه ۴ ماه پائین آمده است و تمایل به تکامل زودتر بلوغی همچنان در میان دختران آمریکایی ادامه دارد. بنظر می‌رسد این تغییرات نشان دهنده بهبود وضعیت تغذیه‌ای و شرایط مساعدتر زندگی باشد. دختران باید قبل از شروع قاعدگی

منابع

- 1-Flug D, Largo RH, Prader A. Menstrual patterns in adolescent swiss girls: a longitudinal study. *Ann Hum Biol* 1984; 11: 495-508.
- 2-Paula J, Benign F. The female reproductive tract. In: Berek JS. *Novak's gynecology*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002: 351-412.
- 3-Dunaif A, Thomas A. Current concepts in the polycystic ovary syndrom. *Annu Rev Med* 2001; 52: 401-19.
- 4-Van Hooff MH, Vorrhorst FJ, Kaptein MB, et al. Polycystic ovaries in adolescents and the relationship with menstrual cycle patterns, luteinizing hormone, androgens and insulin. *Fertil Steril* 2000; 74: 49-58.

فلاحت

5-Montero P. Characteristics of menstrual cycles in moroccan girls: prevalence of dysfunctions and associated behaviours. *Ann Hum Biol* 1999; 26(3): 243-9.

6-Scott J. R. Danforth's obstetrics and gynecology. 8th ed Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 1999: 548-610.

8-Montero P. Influence of body mass index and slimming habits on menstrual pain and cycle irregularity. *J Biosoc Sci* 1996; 28(3): 315-23.

9-Bachmann G. Kemmann E. Prevalence of oligomenorrhea and amenorrhea in a college population. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144(1): 98-102.

10-Adcock C. Menstrual irregularities are more common in adolescents with type 1 diabetes: association with poor glycemc control and weight gain. *Diabet Med* 1994 Jun; 11(5): 456-70.

Archive of SID

Archive of SID