

## بررسی تاثیر گل راعی در درمان سندرم پیش از قاعدگی

مینو پاک گوهر<sup>۱\*</sup>، مژگان احمدی<sup>۲</sup>، محمدحسین صالحی سورمقی<sup>۳</sup>، عباس مهران<sup>۴</sup>، شاهین آخوندزاده<sup>۵</sup>

۱- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- کارشناس ارشد مامایی

۳- دانشیار، گروه فارماکولوژی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵- دانشیار، بیمارستان روزبه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* آدرس مکاتبه: تهران، میدان توحید، خیابان نصرت شرقی، دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران

تلفن: ۰۲۱-۲۲۳۵۲۹۱۹، نمابر: ۰۲۱-۶۶۹۶۵۴۰۵

پست الکترونیک: mpakgohar@razi.tums.ac.ir

تاریخ تصویب: ۸۴/۱/۲۱

تاریخ دریافت: ۸۳/۱۰/۲۲

### چکیده

مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی ظهور دوره‌ای یک یا چند علامت از مجموعه بزرگی از علائم، درست قبل از قاعدگی است که به درجاتی سبب به هم خوردن روش زندگی فرد و فعالیت‌های وی می‌شود و به دنبال آن دوره‌ای فاقد هرگونه علامت پدید می‌آید. گل راعی با نام علمی *Hypericum perforatum L.* یکی از گیاهان دارویی است که به صورت سنتی در تخفیف علائم سندرم قبل از قاعدگی استفاده شده است. به همین دلیل انجام کارآزمایی‌های بالینی برای تعیین تاثیر آن ضرورت دارد.

هدف: در این مطالعه اثر قطره خوراکی هایپیران و مقایسه آن با دارونما در بهبود علائم سندرم پیش از قاعدگی مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی دوسوکور است که بر روی ۷۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران که مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بودند، انجام شد. شرکت‌کنندگان برای دو سیکل متوالی فرم ثبت وضعیت روزانه آینده‌نگر را تکمیل کردند و پس از تایید سلامت جسمی و روانی به طور تصادفی به دو گروه ۳۵ نفری تقسیم شدند و به مدت دو سیکل متوالی با ۳۰ قطره هایپیران یا دارونما دوبار در روز، حداقل ۷ روز قبل از قاعدگی تحت درمان قرار گرفتند.

یافته‌ها: میزان کاهش شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی بعد از مصرف هایپیران ۴۶/۴۵ درصد و در گروه دارونما ۱۸/۱ درصد می‌باشد و نتیجه آزمون t نشان می‌دهد که بین میزان کاهش شدت علائم بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد (p=۰/۰۰۰).

نتیجه‌گیری: هایپیران در درمان سندرم پیش از قاعدگی موثر است، توصیه می‌شود دارو برای مدت حداقل ۲ ماه در فاز لوتئال در درمان سندرم پیش از قاعدگی استفاده شود.

گل‌واژگان: سندرم پیش از قاعدگی، هایپریکوم پرفوراتوم، داروی گیاهی، گل راعی



## مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی<sup>۱</sup> ظهور دوره‌ای یک یا چند علامت از مجموعه بزرگی از علائم، درست قبل از قاعدگی است که به درجاتی سبب به هم خوردن روش زندگی فرد و فعالیت‌های وی می‌شود و به دنبال آن دوره‌ای فاقد هر گونه علامت پدید می‌آید [۱]. این سندرم اختلال پسگونورو آندوکراین است که پارامترهای بیولوژیک روانی و اجتماعی در آن نقش دارند [۲].

طیف وسیعی از تغییرات رفتاری گزارش شده است که در مرحله قبل از قاعدگی افزایش پیدا می‌کند که شامل انزوای طلبی، غیبت از کار، فقدان تمرکز، کاهش کارایی و اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی، افزایش بروز حوادث، مصرف الکل، رفتارهای جنایی، تمایل به خودکشی می‌باشد. سندرم پیش از قاعدگی و علائم رفتاری آن گاهی اوقات به عنوان دفاعی در برابر حوادث جنایی به حساب می‌آید، که از نظر قانونی بسیار مهم است. چرا که گاهی اوقات اختلالات رفتاری به قدری شدید است که به قتل و آدمکشی نیز می‌انجامد. به طور کلی سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند منجر به کاهش کارایی در شغل و اختلال در ارتباطات کاری، ارتباط با همه، ارتباط با فرزندان و ارتباطات اجتماعی گردد. در مطالعه‌ای که بر روی ۱۰۰ زن مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در ارتباط با اختلالات رفتاری انجام شده است ۲۷/۵ درصد کاهش کارایی شغلی، ۲۲/۱ درصد اختلال در ارتباطات کاری، ۸۲/۸ درصد اختلاف با همسر، ۶۱ درصد اختلاف با فرزندان و ۴۱/۵ درصد اختلال در روابط اجتماعی دیده شده است [۳].

سندرم پیش از قاعدگی بروز علائم جسمانی و روانی متغیر و عود کننده است که ۷ الی ۱۴ روز قبل از قاعدگی به وجود آمده و با شروع قاعدگی تخفیف می‌یابد [۴].

باترا<sup>۲</sup> علائم بیماری را به دو دسته فیزیکی و روانی تقسیم می‌کند. علائم فیزیکی شامل: تورم، حساسیت پستان‌ها، سردرد، افزایش اشتها، تپش قلب و علائم روانی شامل افسردگی، تحریک‌پذیری، خستگی، پرخاشگری، تمایل به خودکشی و ...

می‌باشد [۵].

سندرم پیش از قاعدگی در ۹۵ درصد با شدت کم، در سنین باروری دیده می‌شود اما در ۵ درصد زنان، علائم آن قدر شدید است که موجب اختلال در فعالیت‌های روزانه می‌شود [۲].

علت بیماری نامشخص است و تئوری‌هایی که در مورد آن مطرح می‌باشد عبارتند از: افزایش فعالیت آلدسترون، بالا رفتن عملکرد آدرنال، هیپرپرولاکتینمی، هیپوگلیسمی، افت آندورفین آندوژن، کاهش روی، منیزیم و ویتامین B6. کاهش میزان دوپامین و سروتونین مرکزی، اسیدهای چرب ضروری، عدم تعادل بین استروژن و پروژسترون که امروزه کاهش میزان سروتونین و دوپامین مرکزی بیشتر از سایر علل مورد توجه قرار گرفته است [۶].

به علت مشخص نبودن دقیق پاتوفیزیولوژی سندرم پیش از قاعدگی پروتوکول‌های درمانی بسیاری توصیه شده است [۱]. توصیه‌های درمانی عبارتند از مصرف ویتامین‌ها و مواد معدنی، مسهل‌ها، پروژسترون، اسپرونولکتون برای از بین بردن ادم، بروموکریپتین جهت درد و احتقان پستان، مهارکننده‌های باز جذب سروتونین<sup>۱</sup> SSRIs مثل فلوکسیتین، داروهای ضدپروستوگلانندین و داروهای ضد بارداری و نیز آنالوگ‌های GnRH<sup>۲</sup>، گیاهان دارویی نیز پیشنهاد شده است [۶]. امروزه گیاهان دارویی یکی از شایع‌ترین روش‌های درمان هر نوع بیماری است، چرا که علاوه بر مقرون به صرفه بودن، عوارض جانبی کمتری نسبت به داروهای شیمیایی دارند [۷]. گل راعی با نام علمی *Hypericum perforatum* یکی از گیاهان دارویی است که از فعالیت آمینو اکسیداز و باز جذب سروتونین که کاهش آن در ایجاد سندرم پیش از قاعدگی نقش مهمی دارد جلوگیری می‌نماید و به علت شباهت زیاد آن با فلوکستین از نظر مکانیزم و خواص درمانی به آن پروزاک<sup>۳</sup> طبیعی نیز می‌گویند [۸].

در تحقیقی که در سال ۲۰۰۰ توسط استیونسون<sup>۴</sup> انجام شد، استفاده از این داروی گیاهی موجب کاهش حداقل ۵۰ درصد در علائم سندرم پیش از قاعدگی شده است [۴].

<sup>1</sup> Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

<sup>2</sup> Gonado Tropin Releasing Hormone

<sup>3</sup> Prozac

<sup>4</sup> Stivenson

<sup>1</sup> Premenstrual Syndrome

<sup>2</sup> Batra



اشتها، تپش قلب، نفخ شکم و ورم اندام‌ها می‌باشد و در مقابل هر علامت ۳۵ ستون جهت مشخص کردن شدت علائم در روزهای سیکل قاعدگی قرار دارد. شرکت‌کنندگان باید علائم را با شدت‌های معین شده در هر ستون علامت بزنند. شدت‌های معین شده عبارتند از: صفر (ندارم)، خفیف (وجود علامت تا حدی بر انجام فعالیت‌های روزانه تاثیر می‌گذارد)، متوسط (وجود علامت مورد نظر تا حدی بر انجام فعالیت‌های روزانه تاثیر می‌گذارد)، شدید: وجود علامت به حدی باشد که مانع انجام فعالیت‌های روزمره شود مانند غیبت از کلاس [۹].

بعد از ۲ سیکل برگه‌ها جمع‌آوری شده و افرادی که علامت‌ها را از ۷ روز قبل از قاعدگی تا حداکثر ۴ روز اول قاعدگی داشته و در بقیه سیکل بدون علامت بودند مبتلا به بیماری تشخیص داده شده و جهت ادامه تحقیق در نظر گرفته شدند. در این مرحله کلیه افراد فوق توسط پزشک ویزیت شدند و همچنین با استفاده از تست افسردگی بک افراد مبتلا به افسردگی شدید (نمره بیشتر از ۱۵) از مطالعه خارج شدند (شکل شماره ۱). نهایتاً ۷۰ نفر وارد مطالعه شده و فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی را تکمیل کردند. سپس، شرکت‌کنندگان به طور تصادفی به دو گروه ۳۵ نفری تقسیم شدند و به صورت دوسوکور ۶۰ قطره هایپیران و یا دارونما (ساخت شرکت داروسازی پورسینا)، ۲ بار در روز هر بار ۳۰ قطره ۷ روز قبل از قاعدگی تجویز شد. (دارونما از نظر بو رنگ و مزه کاملاً با دارو میج شده بود). بعد از ۲ سیکل درمان، فرم ثبت وضعیت روزانه مورد بررسی قرار گرفت و شدت علائم جسمانی و روانی به صورت جداگانه اندازه‌گیری شد. بدین ترتیب که شدیدترین علامت (۳) برابر ۱۰۰ در نظر گرفته شد و به همین ترتیب عدد (۲) برابر ۶۶ درصد و عدد ۱ برابر ۳۳ درصد محاسبه گردید [۱۰].

مجموع شدت علائم، از ۷ روز قبل از قاعدگی تا ۴ روز اول قاعدگی محاسبه گشته و بر حداکثر علائم تقسیم شد. نمره بین ۰ تا ۳۳، از نظر شدت علائم خفیف، نمره بین ۳۳ تا ۶۶، متوسط، و نمره بیشتر از ۶۶، شدید در نظر گرفته شد [۱۱]. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از تست‌های آماری تی<sup>۱</sup>

این دارو هیچ‌گونه عارضه جانبی خاصی ندارد و در مطالعات مختلف تنها مختصری عوارض گوارشی برای آن ذکر شده است. هدف از این مطالعه بررسی میزان اثر بخشی هایپیران و مقایسه آن با دارونما در درمان سندرم پیش از قاعدگی بود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران که ساکن خوابگاه بودند، انجام شده است. طول مدت نمونه‌گیری ۷/۵ ماه (از اسفند ماه ۱۳۸۱ الی اواسط مهر ماه ۱۳۸۲) بود. شرایط ورود به مطالعه عبارتند از: داشتن قاعدگی منظم با فواصل ۲۴-۳۵ روز، عدم ابتلا به بیماری جسمی یا مصرف دارو، عدم سابقه ابتلا به بیماری روانی و افسردگی، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی در چند ماه اخیر، عدم مصرف داروهای هورمونی و جلوگیری از بارداری‌های هورمونی و ویتامین‌ها. افرادی که دارای شرایط زیر بودند از مطالعه خارج شدند:

داشتن قاعدگی کوتاهتر از ۲۴ روز و طولانی‌تر از ۳۵ روز یا نامنظم، سابقه بیماری جسمی یا مصرف هر گونه دارو، سابقه ابتلا به بیماری روانی و افسردگی، وجود استرس در سه ماه اخیر مانند فوت نزدیکان یا ازدواج یا عمل جراحی. غربالگری، با استفاده از فرم ثبت وضعیت موقت سندرم پیش از قاعدگی اقتباس از DSM-4<sup>۱</sup> انجام شد. دانشجویان در صورت داشتن حداقل ۵ علامت، از علائم موجود در پرسشنامه تشخیص موقت، تمایل به شرکت در تحقیق و داشتن شرایط ورود به مطالعه، به مطالعه وارد شدند. بعد از ثبت مشخصات دموگرافیک در پرسشنامه فرم ثبت وضعیت استاندارد شده DSR<sup>۲</sup> به مدت دو سیکل توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

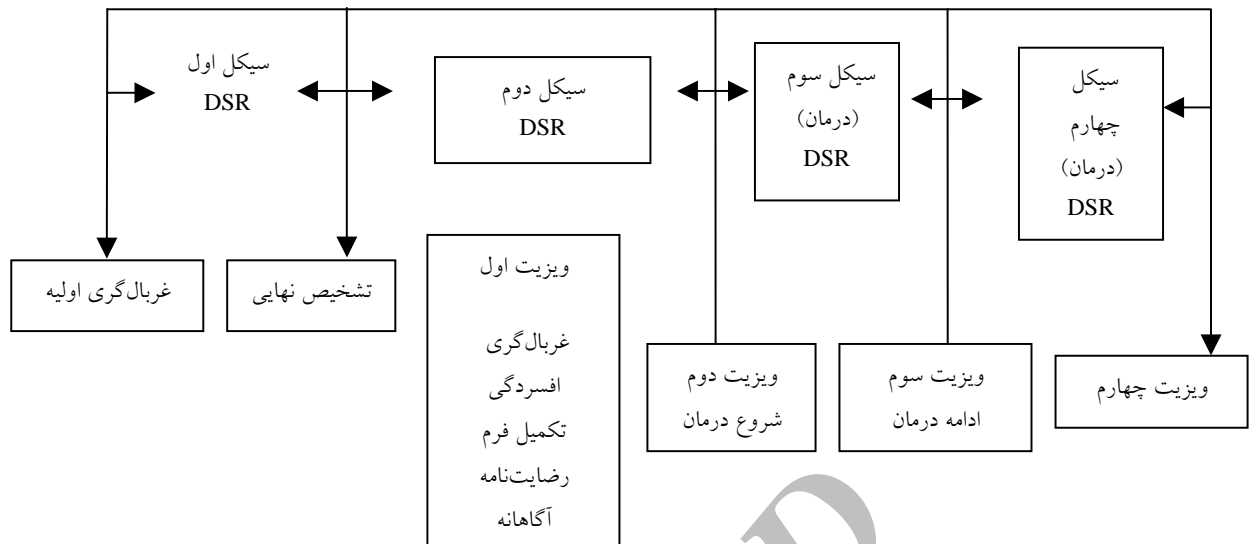
فرم ثبت وضعیت، ۱۸ علامت از علائم سندرم پیش از قاعدگی را مشخص می‌نماید که شامل: تشنگی، دلمدمی مزاجی، افسردگی، اضطراب، اختلال در خواب، میل به خودکشی، فراموش‌کاری، میل به خوردن شیرینی‌جات، عدم تمرکز حواس، سردرد، دردناک شدن پستان‌ها، خستگی، افزایش

<sup>۱</sup> Diagnostic and Statistical of Mental Disorder

<sup>۲</sup> Daily Symptom Rating

<sup>۱</sup> t-test





شکل شماره ۱- مراحل مطالعه

متغیرهای دموگرافیک و شدت علائم هر گروه قبل از درمان، با یکدیگر مقایسه گردید و همگن بودن آنها اثبات شد. محدوده سنی بیماران بین ۲۱ الی ۲۵ سال با میانگین ۲۱/۸ بود. اکثر شرکت کنندگان مقدار خونریزی قاعدگی را متوسط و طول مدت قاعدگی را بین ۵ تا ۷ روز گزارش کردند.

میانگین BMI افراد ۲۱ بود. اکثریت واحدهای مورد پژوهش زمان شروع علائم سندرم پیش از قاعدگی را ۳ روز قبل از شروع قاعدگی ذکر کرده بودند. سن منارک در اکثر شرکت کنندگان بین ۱۲ تا ۱۴ سال بود. سابقه سندرم پیش از قاعدگی در خانواده در اکثر واحدهای مورد پژوهش منفی بوده است (جدول شماره ۱ و ۲).

شدت علائم در دو گروه قبل از درمان یکسان بود و در اکثریت موارد در رده متوسط (بین ۳۳ - ۶۶ درصد) قرار داشت (جدول شماره ۳). بر طبق فرم ثبت وضعیت و مقایسه اختلاف میانگین شدت علائم قبل و بعد از درمان با هایپیران و دارونما، میزان کاهش شدت علائم جسمانی بعد از مصرف هایپیران ۴۹ درصد و در گروه دارونما ۲۱/۸ درصد می باشد. و نتیجه آزمون t نشان می دهد که بین میزان کاهش شدت علائم جسمانی در دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد. ( $p = 0/005$ ). میزان کاهش شدت علائم روانی بعد از مصرف هایپیران ۵۴/۱ درصد و در گروه دارونما ۱۷/۵ درصد می باشد.

کای دو<sup>۱</sup> و تست دقیق فیشر<sup>۲</sup> و ویل کاکسون<sup>۳</sup> استفاده شد. برای کلیه تحلیل ها ضریب خطای  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد. روش مطالعه توسط کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۸۱ مورد تایید قرار گرفت.

## نتایج

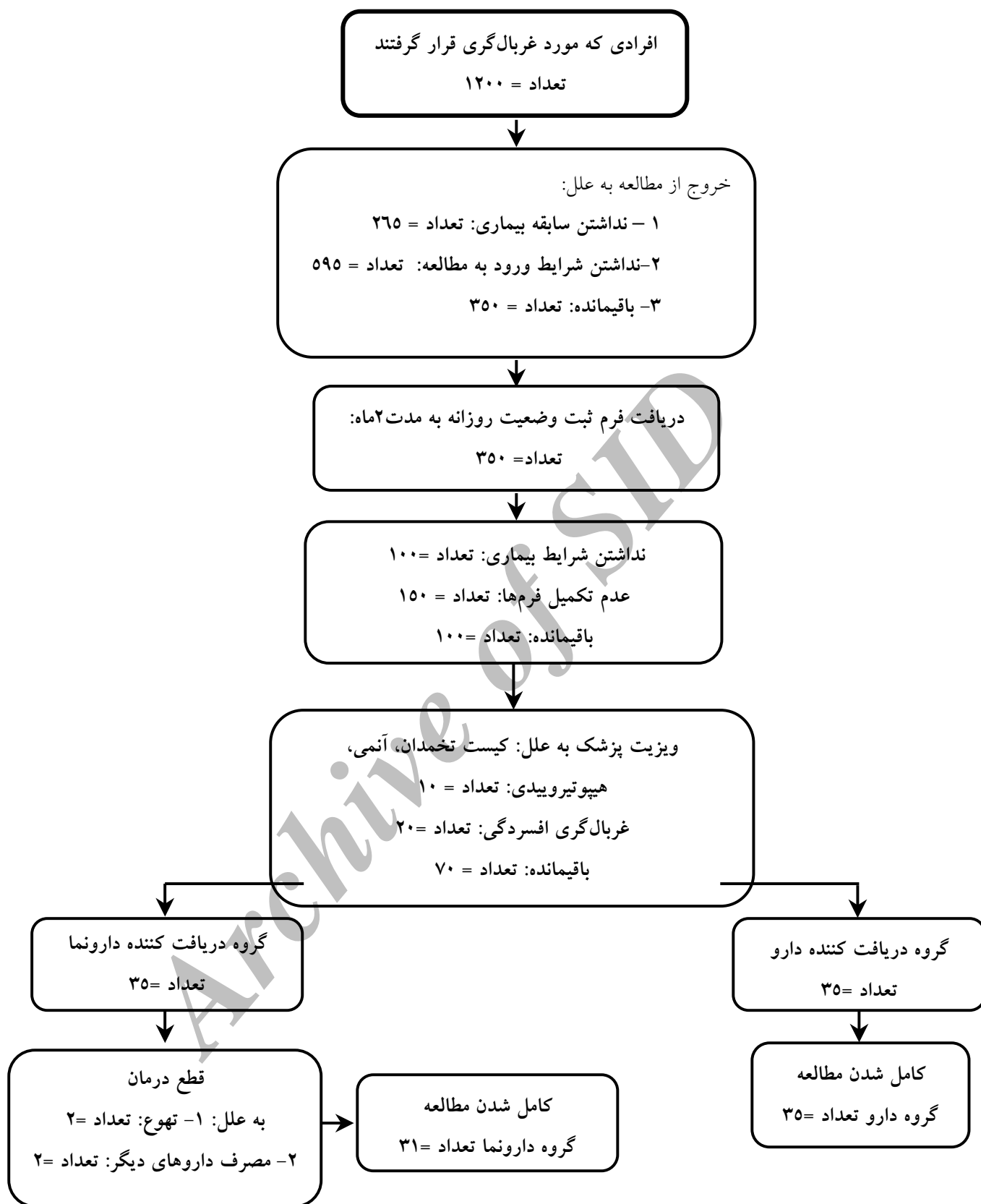
از ۱۲۰۰ نفری که مورد غربالگری اولیه قرار گرفتند، ۳۵۰ نفر واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند که به کلیه آنها، فرم ثبت وضعیت روزانه برای ۲ سیکل داده شده بود و اکثریت آنها به دلایل مختلف از مطالعه خارج شدند. از این تعداد بعد از بررسی فرم ها و وضعیت سلامت جسمانی و روانی ۷۰ نفر باقی ماندند که در یک مطالعه دو گروهی قرار گرفته و ۳۵ نفر دارو و ۳۵ نفر دارونما دریافت کردند. قبل و بعد از هر سیکل شرکت کنندگان از نظر وضعیت سلامتی، نحوه مصرف دارو و عوارض جانبی ویزیت می شدند. در نهایت، ۴ نفر از گروه دارونما به دلایل مختلف از مطالعه خارج شده و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۶۶ نفر صورت گرفت (شکل شماره ۲).

<sup>1</sup> Chi-square

<sup>2</sup> Fisher exact test

<sup>3</sup> Wilcoxon





شکل شماره ۲- چارت پراکنندگی بیماران. این چارت تعداد بیماران غربال شده و خروج از مطالعه را به علل مختلف نشان می‌دهد.



جدول شماره ۱- تاریخچه قاعدگی

	دارو	دارونما	تست
منارک: ۱۲-۱۴ سال	$SD=0.165, \bar{X}=13.84$	$SD=0.257, \bar{X}=13.22$	$t=0.896, df=64, p=0.388$
متوسط: میزان خونریزی	۹۱/۴	۹۰/۳	$p=0.821, \chi^2=1.23$ , Fisher's exact test
روز ۳-۷: مدت خونریزی	$SD=1.19, \bar{X}=6.4$	$SD=1.16, \bar{X}=5.95$	$p=0.143, df=64, t=1.48$
روز ۲۵-۲۸: فاصله دو قاعدگی	$SD=0.392, \bar{X}=27.97$	$SD=0.294, \bar{X}=27.41$	$p=0.358, df=64, t=0.925$
زمان شروع علائم ۳ روز قبل از قاعدگی	۵۴/۳	۵۸/۷	$p=0.758, df=1, \chi^2=0.095$

جدول شماره ۲- مشخصات دموگرافیک

	دارو	دارونما	تست
سن ۲۱-۲۵	$SD=0.165, \bar{X}=21.8$	$SD=2.08, \bar{X}=22.03$	$p=0.749, df=64, t=0.896$
شاخص توده بدنی ۱۹/۸-۲۶	$SD=2.79, \bar{X}=21.69$	$SD=2.52, \bar{X}=21.3$	$p=0.56, df=64, t=0.586$
انجام فعالیت ورزشی منظم خیر	۸۵/۷	۹۰/۳	$p=0.713, \chi^2=0.32$ , Fisher's exact test
تاریخچه خانوادگی PMS خیر	۵۴/۳	۵۱/۶	$p=0.632, df=1, \chi^2=0.229$
وضعیت تأهل مجرد	۹۱/۴	۹۳/۵	$p=1, \chi^2=0.106$ , Fisher's exact test

علائم جسمانی به ترتیب عبارت بود از: سردرد (۷۷/۱ درصد)، دردناک شدن پستانها (۷۵/۶ درصد)، ورم اندامها (۷۵/۱ درصد) و نفخ شکم (۶۶/۶ درصد).

ما در پایان از شرکت کنندگان در پژوهش خواستیم که در صورت بروز عوارض جانبی آن را بیان نمایند، که هیچ یک از مصرف کنندگان هایپیران عارضه جانبی را بیان نکردند. دارو بر روی میزان خونریزی و طول مدت قاعدگی نمونه های مورد پژوهش تاثیری نداشت.

هایپیران، شروع علائم بیماری را در ۶۲/۹ درصد موارد به تاخیر انداخته است. ۹۱/۴ درصد شرکت کنندگان مایل به ادامه درمان با هایپیران بودند.

نتیجه آزمون t نشان می دهد که بین میزان کاهش شدت علائم روانی در دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد ( $p=0.000$ ). میزان کاهش شدت علائم کلی سندرم پیش از قاعدگی در گروه هایپیران ۴۶/۴۵ درصد و در گروه دارونما ۱۸/۱ درصد می باشد. و نتیجه آزمون t نشان می دهد که بین میزان کاهش شدت علائم کلی سندرم پیش از قاعدگی در دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد ( $p=0.000$ ).

بیشترین کاهش در شدت علائم روانی با مصرف هایپیران به ترتیب عبارت بود از: میل به خوردن شیرینی جات (۷۵/۱)، گریه های بی مورد (۷۴/۹ درصد)، خستگی (۷۰/۳ درصد)، عدم تمرکز حواس (۶۶/۸ درصد). بیشترین میزان کاهش در شدت



جدول شماره ۳- مقایسه متوسط شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی واحدهای مورد پژوهش قبل از درمان در دو گروه دارو و دارونما

نتیجه آزمون	قبل از درمان با دارونما		قبل از درمان با دارو		علائم
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$T=0.291, P=0.772$	۱۹/۴۴	۵۵/۱۹	۲۵/۹۶	۵۶/۸۵	تنش
$T=0.76, P=0.42$	۲۷/۱۳	۵۴/۲۵	۲۳/۱۶	۵۶/۲۰	دمدمی مزاج
$T=0.414, P=0.68$	۲۲/۹۴	۵۸/۴۸	۲۷/۹۲	۵۵/۸۵	تحریک پذیری
$T=0.953, P=0.343$	۲۶/۶۴	۵۲/۸۷	۲۱/۶۶	۵۸/۵۴	اضطراب
$T=0.761, P=0.449$	۲۱/۱۹	۵۶/۵۴	۲۱/۹۱	۶۰/۶۰	افسردگی
$T=-1.039, P=0.303$	۳۶/۵۳	۲۶/۱۹	۲۵/۲۵	۱۸/۵۱	فراموش کاری
$T=-0.05, P=0.96$	۳۱/۵۶	۴۹/۳۵	۲۶/۲۷	۴۹/۰۰	گریه های بی مورد
$T=0.314, P=0.755$	۲۸/۳۹	۳۴/۹۰	۳۰/۲۸	۳۲/۶۲	عدم تمرکز حواس
$T=-0.94, P=0.351$	۳۲/۰۵	۴۱/۲۹	۳۲/۲۹	۳۳/۸۲	اختلال در خواب
$T=1.36, P=0.177$	۲۹/۸۲	۵۱/۴۸	۲۶/۰۱	۶۰/۸۵	خستگی
$T=0.044, P=0.96$	۳۱/۷۰	۳۴/۷۴	۳۱/۸۷	۳۵/۰۸	میل به خوردن شیرینی جات
$T=0.694, P=0.491$	۱۵/۰۳	۷/۸۰	۲۱/۶۴	۱۱/۰۲	میل به خودکشی
$T=-0.272, P=0.787$	۳۷/۰۷	۳۷/۱۲	۳۱/۷۵	۳۴/۸۲	سردرد
$T=-0.351, P=0.727$	۳۴/۵۱	۳۲/۹۶	۲۸/۸۹	۳۰/۲۲	افزایش اشتها
$T=0.504, P=0.616$	۲۵/۳۷	۱۷/۳۵	۲۵/۹۲	۲۰/۵۴	تپش قلب
$T=0.201, P=0.841$	۲۳/۱۶	۴۲/۶۴	۳۳/۰۸	۴۴/۲۸	دردناک شدن پستانها
$T=1.92, P=0.058$	۲۹/۰۲	۳۵/۰۹	۳۲/۵۹	۴۹/۸۲	نفخ شکم
$T=-0.155, P=0.877$	۳۰/۵۵	۲۲/۴۱	۲۷/۲۹	۲۱/۳۱	ورم اندامها

جدول شماره ۳ نشان می دهد که متوسط شدت علائم دو گروه قبل از درمان یکسان بوده و نتایج آزمون تی در هر یک از علائم به طور جداگانه بیانگر آن است که دو گروه از نظر متوسط شدت علائم، قبل از درمان اختلاف معنی داری نداشته و از نظر موارد مذکور همگن می باشند.

## بحث و نتیجه گیری

به روش های جدید درمانی سندرم پیش از قاعدگی مرتفع نشده است و در این گونه موارد استفاده از روش های جدید به صورت آزمایشی پیشنهاد می گردد [۱۱]. طب تکمیلی و جایگزین یکی از بحث های پزشکی است که در میان مصرف کنندگان و متخصصین سریعاً در حال توسعه است. به خصوص در زمینه گیاه درمانی کادر پزشکی به طور گسترده در حال کسب اطلاعات در مورد مزایای بسیاری از زمینه های طب تکمیلی هستند. طب گیاهی توجه خاصی به انتخاب روش درمان در ایجاد سلامتی دارد [۱۲]. خوشبختانه کشور ما از نظر

سندرم پیش از قاعدگی به عنوان یکی از مشکل سازترین مسایل زنان و یکی از شایع ترین علل مراجعه زنان به پزشک می باشد. به همین دلیل استفاده از درمان هایی که بتواند در عین موثر بودن، عارضه جانبی کمی داشته باشد از صرف هزینه های درمان به میزان زیادی می کاهد. از آنجایی که برخی از افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی به روش های رایج درمانی پاسخ نمی دهند یا اینکه دارویی که با پاسخ درمانی خوبی همراه است دارای عوارض جانبی شدیدی می باشد، هنوز نیاز



در مطالعه دیگری که توسط کوهن<sup>۱</sup> به منظور مقایسه اثر فلوکستین و دارونما در درمان سندرم پیش از قاعدگی انجام شد، تاثیر فلوکستین ۱۰ میلی‌گرم و دارونما بر روی علائم جسمانی سندرم، از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. فقط در گروه دریافت‌کننده فلوکستین عوارض جانبی مثل: سردرد، تهوع، هیجان‌زدگی و کاهش میل جنسی بروز نمود. در گروه دریافت‌کننده دارونما نیز عوارضی چون: اشکال در بلع و مترواژی دیده شد [۱۴]. در مطالعه ما اختلاف آماری معنی‌داری در کاهش شدت علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی بین هاپیران و دارونما وجود داشته است ( $p=0.00$ ). تنها دو مورد از گروه دارونما از تهوع شکایت داشتند که به همین دلیل نیز مصرف آن را قطع نمودند. در گروه هاپیران علی‌رغم اثرات درمانی فوق‌العاده هیچ‌گونه عوارض جانبی نداشتیم.

مطالعات متعدد نشان داده است که دارونما در درمان سندرم پیش از قاعدگی نقش ارزنده‌ای دارد [۱۵]. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد در کنار اثرات درمانی موثر و ارزنده دارو، دارونما نیز قادر به ایجاد کاهش شدت علائم می‌باشد. اما به طور کلی اختلاف بین میزان کاهش شدت علائم در بین دو گروه در این پژوهش، از نظر آماری معنی‌دار است و هاپیران نسبت به دارونما کاهش بیشتری در شدت علائم ایجاد کرده است.

به دلیل دوسوکور بودن مطالعه و اینکه کلیه مشخصات نمونه‌ها، اعم از مشخصات دموگرافیک تاثیرگذار بر سندرم پیش از قاعدگی و نیز شدت هر یک از علائم به طور جداگانه، قبل از شروع مطالعه متعادل و همگن بوده است. معنی‌دار بودن اختلاف میانگین شدت علائم قبل و بعد از مصرف دارو و دارونما از نظر آماری بیانگر اثربخشی زیاد هاپیران در درمان سندرم پیش از قاعدگی است. به طوری‌که، در این تحقیق در انتهای آزمایش در گروه هاپیران شدت کلیه علائم سندرم پیش از قاعدگی به طور معنی‌داری کاهش یافت.

در تحقیق حاضر ۷۱/۹ درصد نمونه‌ها در مرحله اول غربال‌گری افت داشتند. و از بین ۳۵۰ نفر غربال شده در مرحله دوم، ۲۰ درصد نمونه‌ها (۷۰ نفر) فرم ثبت وضعیت را به طور کامل و دقیق تکمیل کرده بودند. بنابراین افت اکثر

وجود انواع گیاهان دارویی بسیار غنی است. به طوری‌که گیاه گل راعی (که قطره هاپیران از آن تهیه می‌شود) در دامنه کوه‌ها به صورت خودروی وجود دارد. برای همین است که این دارو در ایران نسبت به سایر کشورها با قیمت پایین‌تری تولید و عرضه می‌گردد. ما از این دارو به دلیل ارزان قیمت و سهل‌الوصول بودن برای درمان سندرم پیش از قاعدگی استفاده کردیم.

مطالعه‌ای وجود ندارد که اثربخشی درمان روزانه با هاپیران را در درمان این بیماری مورد پژوهش قرار داده باشد. اما مطالعات عدیده‌ای که در ارتباط با فلوکستین (با مکانیزم مشابه هاپیران) و سندرم پیش از قاعدگی انجام شده حاکی از آن است که استفاده از این دارو فقط در فاز لوتئال کافی و موثر است و نیازی به استفاده از آن در سراسر سیکل نمی‌باشد [۱۱]. در این مطالعه نیز اثر هاپیران در فاز لوتئال طی دو سیکل مورد بررسی قرار گرفت.

در تحقیقی که در سال ۲۰۰۰ توسط استیونسون انجام شد، ۱۹ بیمار بدون دارونما به مدت دو سیکل تحت درمان با هاپیران قرار گرفتند که بعد از اتمام مطالعه ۵۱ درصد بهبود در کل علائم مشاهده گردید و بیشترین کاهش در علائمی مثل: میل به گریه کردن: ۹۲ درصد، افسردگی: ۸۵ درصد، عدم تمرکز حواس: ۷۵ درصد، اضطراب ۹۶ درصد، تنش: ۷۱ درصد بوده است [۴]. این مطالعه به صورت تک گروهی و بدون دارونما انجام شده است. مطالعه حاضر دو گروهی و با دارونما انجام شد و میزان کاهش شدت علائم روانی بیشتر از علائم جسمانی بود.

در مطالعه‌ای که بر روی بررسی اثر ویتاگنوس در درمان سندرم پیش از قاعدگی انجام شد، میزان کاهش علائم بعد از مصرف ویتاگنوس ۵۲ درصد و بعد از مصرف دارونما ۲۴ درصد گزارش شده است و از ۱۷۸ زن شرکت‌کننده در این مطالعه ۸ نفر (۴ نفر از گروه دارو و ۴ نفر از گروه دارونما) دچار عوارض جانبی شدند [۱۳]. در مطالعه ما میزان کاهش شدت کلی علائم بعد از مصرف هاپیران ۴۶/۴۵ درصد و بعد از مصرف دارونما ۱۸/۱ درصد بوده است و فقط ۲ نفر از گروه دارونما دچار عارضه جانبی شدند.

<sup>1</sup> Choen





هایپیران موجب کاهش شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی می‌شود. نتایج بیانگر آن است که ما به این هدف رسیده‌ایم و مصرف هایپیران با دوز ۳۰ قطره ۲ بار در روز ۷ روز قبل از قاعدگی موثر و بدون عارضه است. بر طبق معیارهای DSM-4 و پرسش‌نامه‌ها، درمان این بیماری با هایپیران منجر به بهبود به میزان بالایی در علائم سندرم پیش از قاعدگی می‌شود. اگر چه به دلیل نوع مطالعه ما نمی‌دانیم که اثرات دو ماه درمان با هایپیران تا چه مدت باقی می‌ماند.

نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ای برای سایر پژوهش‌ها در این مورد باشد. لذا به صورت اختصار پیشنهادهایی در زمینه پژوهش‌های آینده ارائه می‌شود:

- ۱- بررسی تاثیر هایپیران بر روی فعالیت‌های اجتماعی مختل شده به علت ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی
- ۲- بررسی مقایسه‌ای تاثیر هایپیران و داروهای گیاهی دیگر در درمان سندرم پیش از قاعدگی
- ۳- بررسی مقایسه‌ای تاثیر هایپیران و داروهای شیمیایی با مکانیزم عمل یکسان مانند فلوکستین در درمان سندرم پیش از قاعدگی

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری معاونت محترم دانشجویی و مسئولین محترم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران برای دسترسی به جامعه پژوهش سرکار خانم دکتر معصومی برای بررسی وضعیت سلامت نمونه‌های پژوهش قدردانی و تشکر می‌شود.

نمونه‌ها در این شرایط تنها به دلیل عدم اثبات بیماری توسط فرم نبوده است. در تحقیق مشابهی که توسط استیونسون در سال ۲۰۰۰ انجام شد، تنها ۴/۹ درصد نمونه‌های در نظر گرفته شده غربال شدند [۴]. در تحقیق دیگر توسط سایه و همکاران انجام شد، از بین ۵۰۰ نفر نمونه که اظهار به داشتن بیماری کرده بودند، تنها ۴/۸ درصد انتخاب شدند [۱۶]. بنابراین فرم ثبت وضعیت اگرچه استاندارد شده می‌باشد اما به دلیل طولانی بودن مدت مطالعه (حداقل ۲ ماه) شرکت‌کنندگان از ادامه همکاری با پژوهشگر منصرف می‌شوند. بنابراین به نظر می‌رسد ویزیت شرکت‌کنندگان در هر سیکل علاوه بر بررسی وضعیت سلامت ایشان و نحوه مصرف دارو، یکی از راه‌های پیشگیری از افت نمونه‌ها می‌باشد، که در این مطالعه هم لحاظ شد و در نهایت ۲۰ درصد واجدین شرایط در مقایسه با ۵ درصد در مطالعات دیگر تا پایان پژوهش با محقق همکاری نمودند.

هایپیران به عنوان یکی از بهترین درمان‌های سندرم پیش از قاعدگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این گیاه نباید در دوران حاملگی و شیردهی استفاده شود [۷]. مزیت آن این است که در اولین سیکل اثر درمانی آن بروز می‌کند و نیازی به مصرف دارو در سراسر سیکل نیست و استفاده از آن تنها در هفته آخر سیکل قاعدگی کافی می‌باشد. پیشنهاد می‌شود خانم‌های مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی به علت عوارض جانبی بسیار محدود و اثرات مثبت بالای آن داروی هایپیران را با نظر پزشک دریافت نمایند.

هدف اصلی از انجام این مطالعه، بررسی اثر هایپیران بر درمان علائم سندرم پیش از قاعدگی بود. فرضیه ما این بود که

## منابع

1. Sperof L. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 7<sup>th</sup> ed. Lipincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2001, p: 557.
2. Chraistopher JC, William FR. *Obstetric & Gynecology for women's health nurse practitioners*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2000, p: 302.
3. Gilly A. *Woman's sexual Health*. 2nd ed. Barillisere tindal published association with the RLN. 2000, pp: 402-4.
4. Stivensone C, Ernest E. A pilot study of *Hypericum Perforatum* for treatment of premenstrual syndrome. *British Journal*. 2000; 107: 870-7.



5. Batra P, Harper M. Recognizing and treating pre menstrual dysphoric disorder. *J. Clinical outcomes management*. 2002; 2: 87- 98.
6. Charles B. *Obstetric and gynecology for medical student*. Lippincott Williams and Wilkins. Baltimore. 2001, p: 252.
7. Burch NDE. *Hypericum Perforatum*. Herb craft word wide Herbal network medicinal herb monographs. 2001, pp: 1-7.
8. زرگری علی. گیاهان دارویی. چاپ هفتم. مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران. ۱۳۷۶، جلد اول، صفحه ۳۱۹.
9. Cleckner and et al. Premenstrual Symptoms. *J. Adolescent Health*. 1998; 22: 403-8.
10. Strenfeled B, Miner C, Brown E. Freeman E. Severity of premenstrual symptoms in health maintenance organization population. *British Medical J*. 2002; 24: 314-320.
11. Lee L. Crified. Compelementary therapy in midwifery. *J. Nurse Midwifery* 1999. 44: 253-294.
12. Schnllenberg A. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castose fruit extract. Prospective, Randomased placebo controlled study. *British Medical J*. 2001. 42: 1-10.
13. Cohen L. Premenstrual Daily floxitine for premenstrual Dysphoric Disorder: A plasebo controlled & clinical trial using computerized Diaries. *Am. J. ob. & Gyn*. 2002; 100: 435-443.
14. Freeman EW. Characteristic of placebo response in medical treatment premenstrual syndrome. *Am. J. psychiatry*. 1999; 165: 101-110.
15. Sayeh D. Premenstrual syndrome and new treatment. *Am. J. ob. & Gyn*. 2000; 101: 43-47.
۱۶. تیران مارک. ترجمه رقابی محمدعلی. درمان‌های تکمیلی برای حاملگی و زایمان. انتشارات کنکاش. اصفهان. سال ۱۳۸۱، صفحه ۲.

Archive of SID

