

مقایسه اثر مفنمیک اسید و ویتاگنوس بر روی کاهش خونریزی قاعدگی و تغییرات

هموگلوبین بیماران مبتلا به منوراژی

مهرانگیز زمانی*

استادیار و متخصص بیماریهای زنان و زایمان همدان

ماندانا منصور غنائی

استادیار و متخصص بیماریهای زنان و زایمان کیلان

مرضیه فریمانی

استادیار و متخصص بیماریهای زنان و زایمان همدان

شهلا نصرالهی

استادیار و متخصص بیماریهای زنان و زایمان همدان

تاریخ ارائه: ۸۵/۲/۱۴ تاریخ پذیرش: ۸۵/۹/۹

Efficacy of Mefenamic Acid and Vitex in Reduction of Menstrual Blood Loss and Hb Changes in Patients with a Complaint of Menorrhagia

Abstract

Introduction: Menorrhagia is defined by loss of 80 cc blood or more per each menstrual cycle. 50% of patients are below 40 years old. It is estimated that 30% of women have menorrhagia. Over 20% of these women have anemia. NSAIDS are treatment of choice (due to administration in menstrual cycle and in patients with no complete family planning) vitex with 2000 years history of efficacy have used. Vitex rises the Lh secretion and inhibit fsh secretion, and is effective in fecundity, PMS, dysmenorrhea, menorrhagia, amenorrhea, premenopause breast fibrocystic disturbance disease, acnea and hyperprolactinemia. due to complication of long term use of NSAIDS .and multiple treatment effect of vitex, In this study the efficacy of mefenamic acid and vitex on reduction of menstrual blood loss and Hb change in patients with a complaint of menorrhagia is evaluated.

Methods and Material: In this clinical-trial study in 2003-2004 on patients with a complaint of menorrhagia who were referred to Fatima Gynecology Clinic in Hamedan province, which were less than 45 years old and their menorrhagia was due to dysfunctional uterine bleeding. Bleeding volume was determined by Higam table, then Hb level was evaluated. The case group received mefenamic acid and the control group vitex for a period of 4 months. Oral iron therapy was prescribed for 3 months, if Hb was between 9-13 g/dl or the patient had anemia signs or symptoms. Then, bleeding volume and Hb level were, again, determined. Personal, laboratory, and treatment data were gathered in a questionnaire and analyzed by descriptive statistics and frequency distribution tables.

Results: The age of patients in two groups didn't differ significantly. Both mefenamic acid and vitex in patients with a complaint of menorrhagia had caused considerably reduction of menstrual blood loss and Hb content increase, with no statistically significant difference. Mefenamic acid had more complications in comparison with vitex with significant statistical difference. Mefenamic acid and vitex in patients with a complaint of menorrhagia had caused either considerably reduction of menstrual blood loss and increase in Hb content, but vitex in comparison with mefenamic acid had much less complications.

Keywords: Vitex agnus, Menorrhagia, Hemoglobin

آدرس:

همدان، بیمارستان فاطمیه

تلفن: ۰۹۱۸۸۱۱۲۰۹۸ ، پست الکترونیک: zamani_mhr@yahoo.com

مقدمه

منوراژی به سیکل‌های قاعدگی سنگین برای چندین دوره پی در پی که طی آن مقدار خونریزی افزایش یافته یا طولانی شده اطلاق می‌گردد. در تعریف دیگر منوراژی به خونریزی قاعدگی بیش از ۸۰ سی‌سی در هر سیکل گفته می‌شود. منوراژی زنان همه سنین را مبتلا می‌کند. اما بیش از نیمی از زنان زیر ۴۰ سال می‌باشند. تقریباً ۳۰٪ زنان مشکل منوراژی داشته باشند (۱). در مطالعه ای دیگر گفته شده منوراژی در ۱۴-۹٪ زنان رخ می‌دهد افزایش خونریزی قاعدگی علت ۲/۳ هیستریکتومی‌ها را شامل می‌شود و بیشترین علت جراحی تخریب‌کننده اند و سکوپیک اندومترئال است. ۵۰٪ موارد منوراژی پاتولوژی خاص داخل رحمی ندارند. منوراژی یک شکایت شایع و ممکن است تنها تظاهر کلینیکی یک نقص ارثی خونریزی‌دهنده باشد. گفته شده منوراژی با شروع در منارک بیشتر پیشگونی‌کننده یک نقص ارثی بویژه VWD¹ است. بنابراین در زنان با شروع زودرس منوراژی باید حتما اختلالات خونی بررسی شود. بیش از ۲۰٪ بیماران ممکن است آنمی فقر آهن همراه داشته باشند (۲-۳).

IUD رها کننده پروژسترون برای منوراژی ناشی از فیبروئید و اختلالات خونی همراه با منوراژی به کار می‌رود. عوامل آنتی‌فیبریولیتیک مثل ترانگزامیک اسید و ضدالتهاب‌های غیر استروئیدی مثل مفنامیک اسید بخصوص در مواردی که جلوگیری مورد نظر نیست و به علت لزوم مصرف تنها در زمان قاعدگی بر دیگر داروها برتری دارند. اگر چه آنتی‌فیبریولیتیک‌ها بیشتر منوراژی را کاهش می‌دهند. مسکن‌های غیر استروئیدی به علت عوارض کمتر و ارزانی و کاهش دیس منوره همزمان بیشتر انتخاب می‌گردند (۱-۴).

متوسط از دست رفتن خون در یک دوره قاعدگی طبیعی ۴۰ سی‌سی است. نشانه‌های فقر آهن معمولاً در

مواری که بیش از ۶۰ سی‌سی خون با هر قاعدگی از دست می‌رود ظاهر می‌شود (۱-۳).

در مطالعه هالبرگ و همکاران شیوع آنمی فقر آهن را بین زنانی که یافتند که بیش از ۸۰ سی‌سی خون از دست می‌دهند افزایش یافت. آنمی فقر آهن یک تظاهر دیرس قاعدگی افزایش یافته است. روش هالبرگ و نیلسون برای تعیین کیفیت آهن و خون از دست رفته از روی مصرف تامپون و پدهای مصرفی، دقیق نیست (۵و۴). خونریزی در سیکل‌های بدون تخمک‌گذاری معمولاً زیاد، طولانی و سنگین می‌باشد (۶و۸).

استفاده از ترکیبات غیر هورمونی وقتی که سیکل‌های قاعدگی منظم است و در سیکل‌های با تخمک‌گذاری و مواردی که همزمان نیاز به کنتراسپشن نیست خط اول درمان است (۱۲). مسکن‌های غیر استروئیدی به علت اثرات جانبی کم، ارزانی و نیاز به مصرف تنها هنگام خونریزی به ترکیبات هورمونی مقدم هستند. همه مسکن‌های غیر استروئیدی به غیر از آسپیرین، شامل ایبوپروفن، مفنامیک اسید موثرند. آنها ۵۰-۳۰٪ خونریزی قاعدگی را کاهش می‌دهند (۱۳). معمولاً مفنامیک اسید ۵۰۰ میلی‌گرم سه بار در روز از زمان آغاز قاعدگی شروع و تا پایان دوره خونریزی ادامه می‌یابد (به مدت ۱۰-۷ روز) و دیس منوره را نیز کاهش می‌دهد. دوره درمان در منوراژی ۴-۳ ماه می‌باشد. بعد از قطع درمان انتظار برگشت به الگوی خونریزی اولیه می‌رود (۴و۱۵).

آهن خوراکی در صورت بروز اولین علامت آنمی همراه با خونریزی سنگین باید شروع شود و برای ۳ تا ۶ ماه بعد از طبیعی شدن هموگلوبین ادامه یابد (۱۶). ویتاگنوس^۲ داروی گیاهی مورد نظر ما که نام عمومی آن در جهان به گیاه زنان^۳ مشهور است قدمت مصرف ۲۰۰۰ ساله دارد. نیمی از تجربیات این گیاه مربوط به دو دانشمند ایرانی الکندی و سمرقندی ۸۰۰ سال پیش

2- Vitagnus (Vitex agnus castus)

3- Woman sherb

1- von willebrand disease

مانعی ندارد (۱۷-۱۸). با توجه به اینکه مطالعات به اثر درمانی ویتاگنوس را در درمان قاعدگی سنگین اشاره کرده اند. این مطالعه با هدف مقایسه اثر مفاصمک اسید و ویتاگنوس بر روی کاهش خونریزی قاعدگی بیماران مبتلا به منوراژی انجام شده است.

روش کار

این مطالعه کار آزمایشی بالینی در سال ۸۳-۱۳۸۲ در بیماران مبتلا به منوراژی مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی زنان بیمارستان فاطمیه (س) شهرستان همدان انجام شده است. ۹۰۰ نفر از بیماران با سن کمتر از ۴۵ سال که خونریزی غیر طبیعی آنان مربوط به حاملگی، داشتن IUD و یا مصرف نکردن قرص ضد حاملگی خوراکی، علل ارگانیک، بیماریهای انعقادی و سیستمیک موثر بر خونریزی قاعدگی نبوده است و منحصرا به علل اختلال عملکرد رحمی بوده است.

با در نظر گرفتن $\alpha = 5\%$, $\beta = 20\%$ و با تخمین ۲۰-۲۵٪ تفاوت مورد مطالعه قرار گرفتند. این بیماران بصورت تصادفی به دو گروه ۴۵ نفری مورد و شاهد تقسیم شدند و از بیماران قبل از ورود به مطالعه رضایت حاصل شد.

برای بیمارانی که شرح حال و یا علائم مشکوک به بیماریهای سیستمیک کبدی، کلیوی، تیروئید و کواگولوپاتی ها داشتند آزمایشات لازم صورت گرفت. از جمله PT و PTT (کواگولوپاتی ها)، BT^۴(VWD^۵), TFT^۴ (هیپو و هیپرتیروئیدسم) انجام شد و موارد مبتلا از مطالعه حذف شدند. برای بیمارانی که سابقه ناباروری، چاقی، قاعدگی های نامنظم و شواهدی از هیرسوتیسم داشتند سونوگرافی جهت بررسی تخمدانها و ضخامت اندومتر انجام شد و در صورت تایید PCO^۶ و یا کیستهای فانکشنال تخمدان

است حدود ۲۰ سال است که در آمریکا تولید و مصرف می شود. عصاره میوه شامل گلایکوزیدها، ایزوئیدها، و فلاونوئیدها و روغنهای ضروری شامل لیمونن و غیره است. بر اساس مطالعات انجام شده ویتاگنوس روی محور هیپوتالاموس هیپوفیز عمل می کند. ویتاگنوس تولید LH^۱ را افزایش می دهد و به طور خفیف رهایی FSH^۲ را مهار می کند، در نتیجه یک انحراف در میزان استروژن به پروژسترون رخ میدهد. این در حقیقت مثل اثر هورمونی جسم زرد است. اثر دیگر آن اتصال مستقیم به گیرنده استروژن است. همچنین ترشح پرولاکتین از غده هیپوفیز را تعدیل می کند. ویتکس در درمان ناباروری، اختلالات قاعدگی شامل PMS^۳، دیسمنوره، منوراژی، آمنوره ثانویه، اختلالات پره منوپوز، آکنه، بیماری فیبروکیستیک پستان و همچنین هیپر پرولاکتینمی که (معمولا به طور جزئی همراه با ناکفایتی جسم زرد وجود دارد و هر دو علت ناباروری هستند، به کار می رود. همچنین در حالتهایی مثل تولید کم شیر، حالتهای خفیف اندومتریوزیس، فیبروئیدهای رحمی زیرمخاطی و توقف فعالیتها تناسلی زن یا مرد به کار می رود. نحوه درمان PMS و منوراژی بوسیله ویتاگنوس ۴۰-۳۰ میلی گرم روزانه (۴۰ قطره) در اول صبح با مایعات دیگر، از روز اول قاعدگی تا آخر خونریزی (۷-۵ روز) به مدت ۶-۴ ماه. دوره درمانی در آمنوره ثانویه بیش از ۲ سال است. در ناباروری ۱۶ الی ۱۸ ماه باید مصرف شود. ویتکس داروی سریع الاثر نیست. به علت بی ضرری در تمام داروخانه های جهان بدون نسخه ارائه می شود اثرت جانبی در ۶-۱٪ مصرف کنندگان دیده می شود که شامل احساس خفیفی از تهوع، راشهای خفیف پوستی به همراه خارش است. با داروهای هورمونی همزمان نباید مصرف شود. در بارداری منع مصرف دارد اما در شیر دهی

4- Thyroid function test
5- Von wilbrand disease
6- Poly cystic ovary

1-Lutein hormon
2-Folicolis stimulation hormon
3-Pre menstrual syndrome

این بیماران نیز ضمن دریافت درمان لازم از مطالعه حذف شدند. بیمارانی که مشکوک به عفونتهای دستگاه تناسلی و لگنی بودند به وسیله معاینه شکمی لگنی بررسی شده و در صورت شواهد دال بر بیماریهای عفونی (تندرنس شکمی، تندرنس آدنکسها و حرکات دردناک سرویکس و یا ترشحات چرکی مهبل و دهانه زهدان) ضمن دریافت درمان لازم از مطالعه کنار گذاشته شدند. همچنین لیومیموهای رحمی، پولیپهای اندومتریال و سایر علل تشریحی (آناتومیک) بوسیله معاینه و سونوگرافی بررسی شد. برای بیماران مشکوک به یائسگی آزمایش سنجش سطوح FSH, LH درخواست شد. و برای بیماران پری منوپوز بیوپسی اندومتر جهت بررسی هیپرپلازی و کارسینوم اندومتر و پولیپها صورت گرفت و این بیماران نیز ضمن دریافت درمان و پیگیریهای لازم از مطالعه ما حذف شدند. به این ترتیب بیمارانی که سن کمتر از ۴۵ سال داشتند و مشخص گردید منوراژی آنها منحصر به علل اختلال عملکرد بود وارد مطالعه شدند. میزان خونریزی توسط جدول هیگام تخمین زده شد و سپس برای بیمار Hb اندازه گیری شد. بیماران گروه درمان تحت درمان با مفنامیک اسید با دوز ۵۰۰ میلی گرم سه بار در روز (از روز اول قاعدگی تا آخر) و گروه شاهد ویتاگنوس با دوز ۴۰ قطره روزانه (از روز اول قاعدگی تا آخر)، به مدت ۴ ماه قرار گرفت.

بیمارانی که هموگلوبین ۹ تا ۱۳ گرم در دسی لیتر یا کمتر داشتند و دارای علائم کم خونی بودند از هر گروه تحت درمان با آهن خوراکی نیز (۲۰۰ میلی گرم روزانه) به مدت ۳ ماه قرار گرفتند.

پس از پایان دوره درمانی مجدداً از بیماران آزمایش هموگلوبین به عمل آمد. همچنین مقدار خونریزی قاعدگی با شرح حال بیمار و بررسی جدول هیگام ارزیابی شد. و اثر بخشی دو داروی مذکور بر

روی خونریزی قاعدگی و هموگلوبین بیماران با یکدیگر مقایسه گردید. اطلاعات فردی، سابقه منوراژی، نتایج آزمایشگاهی و درمان در پرسشنامه جمع آوری گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی مورد پردازش قرار گرفت.

نتایج

محدوده سنی بیماران مبتلا به منوراژی تحت درمان با مفنامیک اسید متفاوت از گروه ویتاگنوس نبود. میانگین سنی بیماران در گروه تحت درمان با ویتاگنوس $31/22 \pm 6/7$ و در گروه تحت درمان مفنامیک $33/34 \pm 5/5$ و $t=1/55$) تقریباً یکسان بود.

بیماران مبتلا به منوراژی تحت درمان با مفنامیک اسید کاهش قابل ملاحظه ای در خونریزی قاعدگی نشان دادند. بیماران مبتلا به منوراژی تحت درمان با ویتاگنوس نیز کاهش قابل ملاحظه ای در خونریزی قاعدگی نشان دادند و این تغییرات متفاوت نبود (جدول شماره ۱). بیماران مبتلا به منوراژی تحت درمان با ویتاگنوس افزایش قابل ملاحظه ای در میزان هموگلوبین نشان دادند. تغییرات هموگلوبین در بیماران مبتلا به منوراژی تحت درمان با مفنامیک اسید متفاوت از گروه ویتاگنوس نبود (جدول شماره ۲). تفاوت قابل ملاحظه ای بین میزان عوارض مفنامیک اسید و ویتاگنوس مشاهده گردید (نمودار شماره ۱).

مفنامیک اسید و ویتاگنوس در زنان مبتلا به منوراژی باعث کاهش قابل ملاحظه خونریزی قاعدگی و افزایش قابل ملاحظه هموگلوبین گردیدند که از این جهات متفاوت از یکدیگر نبودند. در صورتی که ویتاگنوس در مقایسه با مفنامیک اسید از عوارض بسیار کمتری برخوردار بود (جدول ۳).

جدول ۱: میزان کاهش خونریزی بیماران مبتلا به منوراژی در مصرف کنندگان ویتاگنوس و مفنامیک اسید.

t	کاهش خونریزی (cc) میانگین ± انحراف معیار	تعداد	زمان سنجش
t=۱/۳۳	۲۶/۸۴ ± ۱۵/۱۴	۴۵	ویتاگنوس
	۲۲/۲۰ ± ۱۷/۶۷	۴۵	مفنامیک اسید

اطلاعات جدول (۱) نشان می دهد که میزان کاهش خونریزی در بیماران مبتلا به منوراژی مصرف کننده ویتاگنوس متفاوت از مصرف کنندگان مفنامیک اسید نمی باشد. $p > 0.05$

جدول ۲: میزان افزایش در هموگلوبین بیماران مبتلا به منوراژی در مصرف کنندگان ویتاگنوس و مفنامیک اسید

t	افزایش همو گلوبین (gr/dl) میانگین ± انحراف معیار	تعداد	زمان سنجش
t=۱/۲۵	۱/۶۲ ± ۱/۰۱	۳۶	ویتاگنوس
	۰/۰۲ ± ۱/۶۳	۳۵	مفنامیک اسید

جدول ۳: مقایسه فراوانی عوارض در بیماران تحت درمان با مفنامیک اسید و ویتاگنوس

گروه های مطالعه	دارای عوارض	فاقد عوارض	جمع
ویتاگنوس	۲ (%۰۵)	۴۳ (%۹۵)	۴۵ (%۱۰۰)
مفنامیک اسید	۳۳ (%۷۳)	۱۲ (%۲۷)	۴۵ (%۱۰۰)
جمع	۳۵ (%۳۹)	۵۵ (%۶۱)	۹۰ (%۱۰۰)

بحث

مفنامیک اسید یکی از داروهای موثر در درمان خونریزی قاعدگی شناخته شده است و به علت ارزان بودن، مصرف در دوره قاعدگی و میزان عوارض کمتر مورد استفاده دارد. مفنامیک اسید منوراژی با الگوی منظم و ناشی از تخمک گذاری را کنترل می کند و بعد از حداقل ۲ ماه درمان بازگشت به الگوی اولیه خونریزی انتظار می رود. داروی گیاهی ویتاگنوس که یکی از خواص آن درمان منوراژی (به خصوص منوراژی ناشی از DUB¹) است و البته بعد از درمان بازگشت به الگوی

اولیه خونریزی کمتر مورد انتظار است. در این مطالعه این دو دارو با هم مقایسه شد. در یک مطالعه بالینی بزرگ در سال ۱۹۵۴، درمان با ویتاگنوس باعث شد ۴۰ بیمار از ۵۷ بیمار مبتلا به منوراژی بهبود قابل ملاحظه ای بیابند. (۱۸)

در یک مطالعه مشاهده ای در سال ۱۹۹۴: ویتاگنوس ۱۵ قطره سه بار در روز برای چندین سیکل برای صد ویست و شش زن استفاده شد. ۳۳ زن با پلی منوره، جواب به درمان دادند در ۵۸ زن منوراژی درمان گردید (۱۸).

در مطالعه هاینر و فلینت^۲ در سال ۱۹۸۰ بوسیله درمان با مفنامیک اسید کاهش قابل ملاحظه ای (۷۸-۲٪) در

2- Hayner&Flint

1- D is functional uterine bleeding

خونریزی قاعدگی بوجود آمد در این مطالعه مشخص شد کسانی که خونریزی بیشتری داشتند به درمان بهتر جواب دادند (۱۹). در مطالعه فوق نیز کاهش قابل ملاحظه ای در میزان خونریزی قاعدگی در هر ۲ گروه در مان دیده شد و میانگین هموگلوبین در هر دو گروه افزایش یافت در مطالعه فرازر^۱ در سال ۱۹۹۱، ۲ ترکیب هورمونی، OCP و دانازول و ۲ ترکیب مسکنهای غیر استروئیدی (مفنامیک اسید و ناپروکسن) در درمان منوراژی مقایسه گردیدند. کاهش ۲۲-۲۰٪ با مفنامیک اسید، ۱۲٪ با ناپروکسن، ۴۳٪ با OCP و ۴۹٪ با دانازول، در خونریزی قاعدگی گزارش گردید. در این مطالعه عوارض دانازول در ۷۵٪ بیماران و عوارض مفنامیک اسید در ۳۰٪ بیماران گزارش شد (۲۰). در مطالعه شپارد و یونارد^۲ در سال ۱۹۹۶ (اثر مقایسه ای مفنامیک اسید و ترانئگزامیک اسید در درمان منوراژی) کاهش ۲۰٪ خونریزی به میزان ۲۰٪ با مفنامیک اسید و ۵۴٪ با ترانئگزامیک اسید گزارش شد (۲۱). در مطالعه گلارک و بران^۳ در سال ۱۹۹۷ کاهش ۵۰-۳۰٪ در خونریزی قاعدگی زنان مبتلا به منوراژی بوسیله مفنامیک اسید گزارش گردید. در این مطالعه ۶۵٪ عوارض با مفنامیک اسید گزارش شد (۲۲). از تمام تحقیقات بالا چنین بر می آید که ضد التهاب های غیر استروئیدی در درمان منوراژی کارائی بالائی دارند و نیز فراوانی عوارض بالاست که لزوم توجه به درمان های با عوارض کمتر را می طلبد. در یک بررسی سیستماتیک در سال ۲۰۰۲، مشخص شد که ضد التهاب های غیر استروئیدی سطوح پروستاگلاندینها کاهش می دهند و همچنین اثرات مفیدی در دیس منوره دارند. همچنین گزارش شد که اختلاف معنی دار آماری در درمان بوسیله پروژسترن خوراکی، IUS^۴ و OCP برای منوراژی وجود ندارد (۲۳).

در مطالعه حاضر با توجه به اینکه در دو گروه درمان موارد مبتلا به انمی فقر آهن به صورت یکسان تحت درمان با آهن قرار گرفتند و توزیع فراوانی موارد آنمیک در هر دو گروه یکسان بود نتایج درمانی از نظر آماری قابل مقایسه بودند و با توجه به یکسان سازی دو گروه نتایج ارزشمند بود.

در این مطالعه خود علاوه بر سنجش مقدار خونریزی به سنجش میزان هموگلوبین نیز به عنوان یک متغیر کمی، جهت مقایسه نتایج درمانی دو گروه دارویی پرداخته شد نسبت به مطالعات دیگر در این زمینه نوعی نوآوری محسوب شده است.

در مطالعه حاضر مفنامیک اسید باعث کاهش ۶۵٪ در خونریزی قاعدگی زنان مبتلا به منوراژی گردید. در حالی که در مطالعات دیگر تاثیر مفنامیک اسید روی کاهش خونریزی قاعدگی زنان مبتلا به منوراژی به ترتیب ۷۸-۲٪ در مطالعه بونار و شپارد سال ۱۹۹۶ و ۵۰-۳۰٪ در مطالعه بران و گارگ سال ۱۹۹۷، گزارش گردیده است. که تقریباً نتایج این مطالعه با مطالعات دیگر یکسان است.

در مطالعه حاضر ویتاگنوس باعث کاهش ۸۰٪ در خونریزی قاعدگی زنان مبتلا به منوراژی گردید. در حالی که در مطالعه دونالد و بران در سال ۱۹۹۴، کاهش ۷۵٪ در خونریزی قاعدگی زنان مبتلا به منوراژی گزارش شده است. که تقریباً نتایج این مطالعه با مطالعه بران یکسان است.

در مطالعه حاضر ۷۳٪ بیماران تحت درمان با مفنامیک اسید از عوارض شاکی بودند. در حالی که فراوانی عوارض در مطالعه فراستر و مکارون در سال ۱۹۹۱، ۳۰٪ و در مطالعه بران و گارگ در سال ۱۹۹۷، ۷۰٪ گزارش شده است که تقریباً در این مورد نیز نتایج یکسانی بین مطالعه حاضر و مطالعات دیگر بدست آمد. در مطالعه حاضر ۵٪ بیماران تحت درمان با ویتاگنوس از عوارض شاکی بودند (۲ نفر از تهوع). در حالی که در مطالعه دونالد و بران در سال ۱۹۹۴، ۲-۱٪ عوارض ویتاگنوس گزارش شده است. می توان نتیجه گرفت که در این مورد نیز بین مطالعه فوق و مطالعه بران نتایج یکسان بوده است.

1-Fraser Is Meccaron G
2-Sheppard BBonnard
3- Glurg D Brun A&

۴- سیستم داخل رحمی رها کننده پروژسترون

نتیجه گیری

با توجه به شیوع منوراژی و اهمیت درمان آن جهت پیشگیری از عوارض متعدد از جمله آنمی فقر آهن، توصیه می شود که متخصصین بیماریهای زنان مشکل منوراژی را تشخیص داده و از درمانهای کم عارضه تر بهره گیرند. در این مطالعه اثر در مانی ویتا گنوس در

کاهش خونریزی قاعدگی سنگین با مفنایمیک قابل مقایسه بود ولی با توجه به اینکه گزارش هائی در مورد اثرات درمانی ویتاگنوس بر روی ناباروری، PMS، درد قاعدگی، آمنوره ثانویه، اختلالات پره منوپوز، سیکلیک ماستالژیا و... وجود دارد پیشنهاد می گردد که مطالعات جدیدتری در این زمینه ها صورت گیرد.

خلاصه

مقدمه: منوراژی به خونریزی قاعدگی بیش از ۸۰ سی سی در هر سیکل اطلاق می گردد ۵۰٪ بیماران زیر ۴۰ سال سن دارند و بطور تخمینی ۳۰٪ زنان منورایرا تجربه می کنند و ۲۰٪ مبتلایان منورازی آنمی دارند داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی مثل مفنایمیک اسید بخصوص در مواردی که جلوگیری از بارداری مورد نیاز نیست و به علت لزوم مصرف تنها در زمان قاعدگی بر دیگر داروها برتری دارند. ویتاگنوس داروی گیاهی که با نام عمومی گیاه زنان^۱ مشهور است قدمت مصرف ۲۰۰۰ ساله دارد ویتاگنوس تولید هورمون لوتئینیزان را افزایش میدهد و در درمان نازائی، سندرم قبل قاعدگی، دیسمنوره، منورازی، آمنوره، فیبروکیستیک سینه، اکنه هیپرپرولاکتینمی بکار میرود بعلت عوارض مصرف طولانی مدت ضد التهابها این مطالعه با هدف بررسی اثر درمتنی ویتاگنوس انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در زنان مبتلا به منوراژی در سال ۸۳-۱۳۸۲ در بیمارستان فاطمیه شهرستان همدان انجام شده است. ۹۰۰ نفر از بیماران که منوراژی آن به علل اختلال عملکرد رحمی بوده است مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران به طور تصادفی به دو گروه ۴۵ نفری مورد و شاهد تقسیم شدند. مقدار خونریزی بیماران توسط جدول هیگام تعیین گردید. سپس بررسی هموگلوبین انجام شد. بیماران گروه مورد تحت درمان با مفنایمیک اسید و گروه شاهد تحت درمان با ویتاگنوس به مدت ۴ ماه قرار گرفتند و بیمارانی که هموگلوبین ۹-۱۳gr/dl و علائم آنمی داشتند از هر دو گروه تحت درمان با ۲۰۰ میلی گرم آهن خوراکی روزانه به مدت ۳ ماه قرار گرفتند. پس از طی دوره درمان، مجددا مقدار خونریزی قاعدگی بیمار توسط جدول هیگام بررسی شد و هموگلوبین بیمار مورد آزمایش قرار گرفت. مشخصات فردی، نتایج آزمایشگاهی و درمان در پرسشنامه جمع آوری گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی پردازش شد.

نتایج: توزیع سنی بین دو گروه اختلاف آماری نداشت. مفنایمیک اسید و ویتاگنوس هر دو در بیماران مبتلا به منوراژی باعث کاهش قابل ملاحظه خونریزی قاعدگی شدند که در مقایسه با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری نداشتند. مفنایمیک اسید و ویتاگنوس هر دو در بیماران مبتلا به منوراژی باعث افزایش قابل ملاحظه هموگلوبین شدند که در مقایسه با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری نداشتند ولی مفنایمیک اسید در مقایسه با ویتاگنوس از عوارض بیشتری برخوردار بود که از لحاظ آماری تفاوت مشاهده شده معنی دار بود. ($p < 0.05$)

کلمات کلیدی: ویتاگنوس، منوراژی، هموگلوبین

References:

1. Classens EA, Cowell CA. Acute adolescent menorrhagia New York :Mac graw –Hill 1981; 139(3):277-80.
2. Oehler MK, Rees MC. Menorrhagia: an uptodate. Scand Acta obstet Gynecol 2003;82(5): 405-22.
3. Kadir RA, Aledort LM, Obstetrical and gynaecological bleeding: a common menorrhagia. AmJ obstet Gynecol. Presenting symptom. Clin Lab Haematol2000; 22(12) :30-2.
4. Treloar A, Boynton R, Beehn B, et al. Variation of the human menstrual cycle though reproductive life. Iut Fertil 1999; 126(77)-82
5. Hagnes PJ, Hedjson H. Anderson Measurement of menstrual blood loss in patients complaining of menorrhagia1967; 71(7): 123-8.
6. Brenner PF. Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding. Amj Obstet Gynecol 1996; 176:766-769.
7. Falcane T, Desjardins C, Baurgue J Dyfunctional uterine uterine bleeding in adolescent. J Report Med 1994; 39: 761.
8. Aksal S, Jones G. Etiology and Treatment of dysfunctional uterine bleeding obstet Gynecol 1974; 44:1.
9. Norula RT. Endometrial histopathology in dysfunctional uterine bleeding. J obster. Gynecol India 1967; 17: 614.
10. Dilley A, Drews C, Miller C, Von willebrand disease and other inherited bleeding disorders in women with diagnosed menorrhagia. Obstet Gynecol 2001; 97: 650.
11. Bayer SR, Decherney AH, Clinical manifestation and treatment of dysfunctional uterine bleeding. JAMA 1993; 269: 1923-9.
12. Anderson A, Hagnes P, Guillebaud J, . Reduction of menstrual blood loss by prostaglandin synthesis inhibition. Lancet 1976; 1: 774.
13. Cameron I, Haining R, Lumsden M, et al. the effects mefenamic acid and norethisterone on measured menstrual blood loss. Obstet Gynecol 1990; 79(7): 85.
14. Fraser IS, Pearse C, Shearron RP,. Efficacy of mefenamic acid in patients with a complaint of menorrhagia. Obster Gunecol 1981; 58: 543-9.
15. Lethahy A, Augood C, Duceitt K, Nonsteroid anti inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Cocharane Database of Systematic Reviews 2000; 2(2): 400.
16. Nilsson I, Rybo G, Treatment of menorrhagia, Amj obstet Gynecol 1999; 110: 715-7.
17. Donald Brown, Vitex Agnus Clinical Monograph. Medicin Series 1994; 45(9):132-7.
18. Donald J, Brown, ND, Vitex Agnus Clinical Monograph. Herbal Research Review. 1994
19. Haynes PJ, Flint AP, Hodderson AB, Dray F, Turnbull AC. Studies in menorrhagia. J Gynaecol obstet 1980; 17(6): 567-72.
20. Fraser IS, Mecarron G, Randomized trial of 2 hormonal and 2 prostaglandin inhibiting agents in women with a complaint of menorrhagia. obstet Gynaecol 1991; 31(1): 66-70.
21. Bonnar J, Sheppard BL, Treatment of menorrhagia: randomized controlled trial of ethamsylate, mefenamic acid, and tranexamic acid. BMJ 1996; 313 (7057): 579-82.
22. Brun A, Gurg D, Treatment of menorrhagia: Randomised controlled trial of ethamsylate, mefenamic acid, and tranexamic acid. obstet & Gynecological survey volume 1997; 7: 180-181.
23. Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal anti- inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2002; 1 (1): 400.