

بررسی تأثیر عصاره هیدروالکلی گیاه بومادران بر منوراژی

نسیم خادمی^{۱*}، دکتر پگاه مطوری پور^۲، دکتر کتابون وکیلان^۳

۱. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران.
۲. دکترای پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی، دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۰۹

خلاصه

مقدمه: منوراژی به سیکل‌های قاعدگی سنگین که طی آن خونریزی افزایش یافته و یا طولانی شده، اطلاق می‌گردد. منوراژی یک علت شایع مراجعه به کلینیک‌های ژنیکولوژی است و حدود ۳۰٪ زنان سنین باروری آن را تجربه می‌کنند. خونریزی سنگین قاعدگی بر روی کیفیت زندگی از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر منفی دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر کپسول عصاره هیدروالکلی گیاه بومادران بر منوراژی زنان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی دارای گروه کنترل سه‌سوکور در سال ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۹۰ زن مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شد. پس از یک سیکل کنترل میزان خونریزی قاعدگی، افراد در یکی از دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. برای افراد هر دو گروه، ۲ کپسول ۲۵۰ میلی‌گرمی مفنمیک اسید هر ۸ ساعت از روز اول قاعدگی تا اتمام آن و حداکثر به مدت ۷ روز، برای ۲ سیکل متوالی تجویز شد. برای افراد گروه بومادران علاوه بر مفنمیک اسید، ۲ کپسول بومادران هر ۱۲ ساعت از روز اول قاعدگی تا اتمام آن حداکثر به مدت ۷ روز تجویز شد. برای گروه کنترل به جای کپسول بومادران، پلاسبوی بومادران با همان دستور تجویز شد. اطلاعات مربوط به میزان و مدت خونریزی قاعدگی با استفاده از چارت PBLAC بررسی گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های آماری تی‌مستقل، من‌ویتنی و فریدمن انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در مقایسه درون‌گروهی میزان و طول مدت خونریزی قاعدگی قبل و پس از درمان، میزان خونریزی قاعدگی در هر دو گروه به‌طور معنی‌داری کاهش یافت ($p < 0/001$) که میزان این کاهش در گروه بومادران به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ($p = 0/036$). طول مدت خونریزی قاعدگی نیز در هر دو گروه به‌طور معنی‌داری کاهش یافت ($p < 0/001$). میزان کاهش طول مدت خونریزی قاعدگی در گروه بومادران به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ($p = 0/042$).

نتیجه‌گیری: کپسول عصاره هیدروالکلی گیاه بومادران در کاهش میزان و طول مدت خونریزی قاعدگی در زنان سنین باروری مبتلا به خونریزی شدید قاعدگی مؤثر است. این دارو به دلیل عوارض کمتر و نداشتن تأثیرات هورمونی می‌تواند در درمان منوراژی مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: بومادران، مفنمیک اسید، منوراژی

* نویسنده مسئول مکاتبات: نسیم خادمی؛ مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران. تلفن:

۰۳۱-۴۲۲۹۲۵۳۰، پست الکترونیک: khademi_nasim@yahoo.com

مقدمه

خونریزی شدید قاعدگی عبارت است از خونریزی بیش از ۸۰ میلی‌لیتر که در فواصل منظم رخ می‌دهد (۱). خونریزی شدید قاعدگی، یکی از شایع‌ترین مشکلات ژنیکولوژی است و حدود ۳۰٪ زنان سنین باروری آن را تجربه نموده (۲) و ۲۰٪ علت مراجعه به ژنیکولوژیست‌ها را تشکیل می‌دهد (۳). سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که ۱۸ میلیون زن در سراسر جهان مبتلا به منوراژی هستند (۴). منوراژی در حدود ۱۰ میلیون زن آمریکایی را در سال گرفتار می‌کند، بیشتر این زنان ۵۰-۴۰ سال سن دارند و یکی از هر ۳ زن در آمریکا در سنین قبل از ۶۰ سالگی، هیستروکتومی می‌شود و منوراژی مشکل اصلی در حداقل ۵۰٪ این زنان است (۵). اگرچه منوراژی سبب افزایش مرگ‌ومیر زنان نمی‌شود، اما پیامدهای جسمی- روانی و اجتماعی شامل: آنمی فقر آهن، کاهش کیفیت زندگی و افزایش هزینه خدمات پزشکی را در بردارد (۸-۶). آنمی فقر آهن با علائمی چون ضعف، خستگی، تحریک‌پذیری، سردرد، رنگ پریدگی و کاهش توانایی فعالیت همراه است (۹). در حال حاضر برای درمان منوراژی از درمان‌های طبی، جراحی و گیاهان دارویی استفاده می‌شود. درمان‌های طبی شامل استفاده از کنتراستپتوهای ترکیبی استروژنی و پروژسترونی، استروژن یا پروژستین به‌تنهایی، آنتی‌فیبریولیتیک‌ها، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی مانند مفنامیک اسید، IUDهای حاوی پروژسترون و آگونیست‌های GNRH می‌باشد (۴). درمان‌های جراحی شامل: روش‌های مختلف تخریب آندومتر، لیزر و فریز می‌باشد. درمان‌های طبی و جراحی عوارض خاصی را به همراه دارند، از جمله عوارض درمان طبی در مصرف طولانی‌مدت داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) خطر حمله قلبی، زخم معده و خونریزی می‌باشد و ممکن است واکنش‌های آلرژیک ایجاد شود. از طرفی درد شکم، اسهال، یبوست، سوزش سردل، سرگیجه، تهوع و استفراغ، به‌عنوان عوارض جانبی خفیف تا متوسط این داروها گزارش شده است و عوارض روش‌های جراحی شامل: نیاز به تکرار، تهاجمی بودن، هزینه بالا، آمنوره، افزایش موربیدیتی و حتی مورتالیتی

می‌باشد (۱). در طب سنتی ملل مختلف، تدابیر و اقدامات متنوعی برای درمان خونریزی‌های سنگین قاعدگی به‌کار می‌رفته است که شامل: استفاده از گیاهان دارویی، طب سوزنی، فشاردرمانی و ... می‌باشد (۱۰). مصرف داروهای گیاهی تاریخچه طولانی داشته و به‌طور عمده مورد قبول جامعه می‌باشد (۱۱). گیاه بومادران با نام علمی *Achillea Millefolium* از گیاهان بومی کشور ایران است و حاوی مواد مختلفی چون تانن، کولین، استیل‌کولین، فلاونوئیدها، اسید والریک، آمینواسیدها، اسیدهای چرب، استرول، تیمین، اسید آسکوربیک، کلسیم، پتاسیم، بتاکاروتن، ویتامین k، نیاسین و آهن می‌باشد (۱۲، ۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که بومادران دارای فعالیت‌های اکسی‌توسیک، ضدزخم و ضدالتهابی می‌باشد (۱۴). این گیاه بر روی عضلات صاف رحم اثر می‌گذارد و انقباض آن را افزایش می‌دهد و خونریزی را کاهش می‌دهد و به صورت خوراکی در درمان خونریزی‌های سنگین قاعدگی و یا خونریزی رحمی خارج از دوره قاعدگی به‌کار می‌رود (۵، ۱۲). این گیاه در قدیم برای درمان منوراژی مزمن استفاده می‌شد و به راحتی در مناطق مختلف ایران در دسترس می‌باشد، مورد قبول مردم ایران بوده و با توجه به اثرات گفته شده می‌تواند در درمان منوراژی مؤثر باشد (۱۵، ۱۶)، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر کپسول عصاره هیدروالکلی گیاه بومادران بر منوراژی در مراجعین به درمانگاه‌های زنان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی کنترل شده سه سوکور در سال ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۹۰ زن مراجعه کننده به مراکز درمانی کوثر و امام رضا (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف انجام شد. پس از مشاوره با مشاور آمار، حداقل حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه و با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/10$ و بر مبنای مطالعه سورتیجی و همکاران (۱۳۹۲)، ۴۵ نفر در هر گروه و در مجموع ۹۰ نفر تعیین شد (۱۷).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلاء به منوراژی بر اساس چارت تصویری ارزیابی میزان خونریزی (PBLAC)¹، داشتن سن ۴۵-۱۸ سال، شاخص توده بدنی ۱۸/۵-۲۹/۹ کیلوگرم بر متر مربع، سیکل‌های قاعدگی منظم، نداشتن IUD، عدم ابتلاء به بیماری‌های شناخته شده سیستمیک مؤثر بر خونریزی قاعدگی، عدم ابتلاء به بیماری‌های شناخته شده التهابی لگن یا سابقه آن، عفونت‌های فعال واژینال، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، کیست‌های فانکشنال تخمدان، عدم حاملگی یا تصمیم به حاملگی طی ۳ ماه آینده، عدم شیردهی، عدم نیاز به مصرف داروی خاص، نداشتن پاپ اسمیر یا سونوگرافی غیرطبیعی و نداشتن سابقه حساسیت به گیاهان دارویی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ایجاد هرگونه حساسیت به داروها در افراد، بروز بارداری در مدت مطالعه، عدم رعایت شیوه صحیح درمانی تجویز شده، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، بروز بیماری خاص و اجبار به مصرف دارو در حین مطالعه، مصرف هرگونه داروی گیاهی یا شیمیایی مؤثر بر خونریزی قاعدگی در حین مطالعه، بروز حادثه‌ای خاص مانند فوت نزدیکان و نیاز به عمل جراحی بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فرم‌های اطلاعاتی (مشخصات فردی و ملامی، بررسی نحوه مصرف دارو در بیماران، بررسی میزان رضایت و پذیرش درمان، بررسی عوارض دارویی)، وزنه و متر بود. جهت بررسی اعتبار فرم‌های اطلاعاتی و چارت PBLAC، از روش اعتبار محتوا (۳، ۱۶) و جهت بررسی اعتبار وزنه و متر، از ترازوی مارک سکا ساخت ایران و متر فلزی غیرقابل ارتجاع مارک لایکا ساخت کشور ایتالیا استفاده شد. جهت بررسی پایایی فرم‌های اطلاعاتی، از روش آزمون مجدد و جهت بررسی پایایی چارت PBLAC، چارت در اختیار ۱۰ نفر از بیماران قرار گرفت تا یک ستون آن را تکمیل کنند و ۲ ساعت بعد از آنان خواسته شد تا در چارت دیگری، معادل ستون چارت اول را تکمیل کنند. سپس امتیازات محاسبه و ضریب همبستگی بین آنها بررسی گردید، ضریب همبستگی ۰/۸ و بالاتر مورد قبول بود. جهت تعیین پایایی ترازو، ابتدا وزنه شاهد ۲ کیلویی

با آن توزین شد و طبق سفارش کارخانه سازنده پس از هر ۱۰ بار توزین با همان وزنه استاندارد کالیبره گردید. برای پایایی متر، از متر فلزی غیرقابل ارتجاع استفاده شد (۳، ۱۶، ۱۷). چارت PBLAC جهت ارزیابی میزان خونریزی قاعدگی بوده و شامل نمودار تصویری PBLAC جهت تأیید منوراژی، بررسی تغییرات میزان خونریزی و تعداد روزهای خونریزی قاعدگی بود. ابتدا از زنان مراجعه کننده به دلیل منوراژی شرح حال کامل گرفته شد. به افراد واجد شرایط ورود به مطالعه یک عدد چارت PBLAC جهت تأیید منوراژی طی یک سیکل قاعدگی داده شد و از زنان خواسته شد تا از نوار بهداشتی پنبه‌ریز سایز متوسط و بالدار استفاده کنند. نمودار تصویری PBLAC جدولی است که در ردیف افقی، تعداد روزهای قاعدگی و در ردیف عمودی آن پدهای آغشته به خون در سه درجه خفیف، متوسط و شدید نشان داده می‌شود. برای درجه خفیف ضریب ۱، درجه متوسط ضریب ۵ و درجه شدید (آغشتگی کامل پد به خون) ضریب ۲۰ در نظر گرفته شده است. زنان بعد از هر بار تعویض پد، بر حسب میزان آغشتگی پدها به خون، درون نمودار در خانه‌های مربوط به همان روز از قاعدگی علامت می‌زدند. در پایان قاعدگی هر علامت در ضریب مربوطه ضرب و اعداد به دست آمده با هم جمع و نمره کلی محاسبه می‌گردید. نمره ۱۰۰ یا بیشتر منوراژی و نمره کمتر از ۱۰۰ خونریزی طبیعی در نظر گرفته شد. این روش با حساسیت ۸۶٪ و اختصاصی بودن ۸۹٪، یک روش مؤثر در جدا کردن منوراژی از خونریزی قاعدگی نرمال است.

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش‌های پزشکی با کد اخلاق ۲۳۳۵ و ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT2016073029126 N1، دریافت معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی اراک و کسب اجازه از مراکز درمانی مورد نظر، نمونه‌گیری از آذر ماه سال ۱۳۹۴ تا خرداد ۱۳۹۵ طی مدت ۶ ماه انجام شد. در ابتدا افرادی که از خونریزی شکایت داشتند و بر اساس معیارهای ورود، واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، طی یک سیکل قاعدگی پرسشنامه اطلاعاتی و چارت PBLAC

¹ Pictorial blood loss assessment chart

تحریک معده، ۲ نفر به دلیل مصرف نامنظم داروها و ۱ نفر به دلیل عدم تمایل به شرکت در مطالعه) از مطالعه خارج شدند و در نهایت این مطالعه بر روی ۹۰ نفر انجام شد. به افراد هر دو گروه دو کپسول ۲۵۰ میلی گرمی مفنایک اسید هر ۸ ساعت (۶ کپسول در روز) از روز اول قاعدگی به مدت ۷ روز تجویز شد. به افراد گروه تجربی علاوه بر مفنایک اسید، ۲ کپسول بومادران هر ۱۲ ساعت (۴ کپسول در روز، معادل ۹۲۰ میلی گرم عصاره گیاه بومادران برابر با ۱۰ گرم گیاه بومادران) از روز اول قاعدگی به مدت ۷ روز تجویز شد و به افراد گروه کنترل، به جای کپسول گیاه بومادران، پلاسبوی بومادران با همان دستور تجویز شد. دستور مصرف دارو به صورت کتبی و شفاهی به واحدهای پژوهش به طور دقیق توضیح داده شد و یک نسخه از چارت PBLAC و فرم دستور دارو در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت. شماره تلفن پژوهشگر در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت و از آنان خواسته شد در طول درمان در صورت مصرف هرگونه دارو (غیر از داروهای تجویز شده در مطالعه)، رخداد حادثه (فوت نزدیکان، عمل جراحی و ...)، تمایل به خروج از مطالعه یا داشتن هرگونه سؤال با پژوهشگر تماس بگیرند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون-های آماری تی مستقل، من‌ویتنی و فریدمن انجام شد. میزان p کمتر از $0/001$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه دو گروه از نظر سن، تعداد بارداری و تعداد زایمان تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و همگن بودند ($p=0/722$)، ولی دو گروه از نظر شاخص توده بدنی همگن نبودند و اختلاف آماری معنی‌داری بین آنها وجود داشت ($p=0/008$) (جدول ۱).

را تکمیل کردند. بعد از تأیید منورازی، به افراد واجد شرایط ورود به مطالعه، توضیحاتی راجع به ماهیت پژوهش، داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و حفظ محرمانه اطلاعات داده شد و افراد پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه به عنوان نمونه انتخاب و وارد مطالعه شدند. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی (تخصیص تصادفی ساده) و با استفاده از نرم‌افزار اکسل، در یکی از گروه‌های بومادران و کنترل قرار گرفتند. مطالعه به روش سه‌سوکور انجام شد؛ بدین‌صورت که بیماران، پژوهشگر و متخصص آمار از ماهیت داروها اطلاعی نداشتند. کپسول‌های گیاه بومادران و پلاسبو توسط متخصص فارماکونوزی در شکل، اندازه، رنگ و دوز کاملاً مشابه تهیه شد و در پاکت‌های دربسته با کد A و B در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. به بیماران توضیح داده شد که به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه بومادران یا کنترل قرار خواهند گرفت. لازم به توضیح است که گیاه بومادران و کپسول‌ها، فاقد بوی خاصی بودند. گیاه بومادران در آبان ماه ۱۳۹۴ از بازار دارویی اراک (عطاری) خریداری و پس از تأیید هویت در آزمایشگاه گیاه‌شناسی دانشکده داروسازی اراک به روش خیساندن در الکل ۹۶ درجه عصاره‌گیری و سپس با پودر نشاسته مخلوط و در کپسول‌های سایز صفر پر شد (هر کپسول حاوی ۳۲۰ میلی‌گرم عصاره گیاه بومادران معادل ۲/۵ میلی‌گرم گیاه بومادران) بود. کپسول پلاسبو مشابه کپسول بومادران تهیه و با نشاسته ذرت پر شد. کپسول مفنایک اسید ۲۵۰ میلی‌گرمی ساخت شرکت داروسازی ایران نازو، به شماره سری ساخت ۰۶۶ و شماره ثبت ۱۲۲۸۱۰۲۷۳۸ برای بیماران تهیه گردید. طی روند انجام مطالعه، ۵ نفر در گروه آزمون (۲ نفر به دلیل مصرف نامنظم داروها، ۲ نفر به دلیل نادرست پر کردن فرم‌ها و ۱ نفر به دلیل تحریک معده) و ۵ نفر در گروه کنترل (۲ نفر به دلیل

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی و مامایی افراد مورد مطالعه در دو گروه کنترل و گیاه بومادران

| متغیر | گروه کنترل | گروه بومادران | سطح معنی‌داری |
|--------------------------------------|------------|---------------|---------------|
| سن | ۲۷/۲۲±۴/۸۹ | ۲۷/۵۶±۳/۸۹ | *۰/۷۲۲ |
| شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع) | ۲۴/۲۲±۲/۵۲ | ۲۲/۹۲±۲/۰۱ | **۰/۰۰۸ |
| تعداد بارداری | ۰/۳۱۱±۰/۷۹ | ۰/۲±۰/۵۵ | **۰/۶۹۲ |
| تعداد زایمان | ۰/۲۴±۰/۶۴ | ۰/۱۳±۰/۴۶ | **۰/۳۳۸ |

*آزمون تی مستقل، **آزمون من‌ویتنی، داده‌ها بر اساس میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند.

گروه کنترل بود ($p=0/352$). در دوره دوم بعد از درمان بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، اختلاف معناداری بین میانگین میزان خونریزی دو گروه وجود داشت ($p=0/036$)؛ به طوری که این میانگین در گروه بومادران به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، بین میانگین میزان خونریزی دو گروه در زمان قبل از درمان و دوره اول بعد از درمان اختلاف معناداری وجود نداشت، با این تفاوت که در زمان قبل از درمان، میانگین میزان خونریزی گروه بومادران بیشتر از گروه کنترل بود، اما در دوره اول بعد از درمان، میانگین میزان خونریزی گروه بومادران کمتر از

جدول ۲- مقایسه میانگین میزان خونریزی قاعدگی زنان مورد مطالعه قبل از درمان، دوره اول و دوره دوم بعد از درمان در دو گروه کنترل و گیاه بومادران

| گروه | گروه کنترل | گروه بومادران | سطح معنی داری |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| میزان خونریزی قاعدگی | انحراف معیار \pm میانگین | انحراف معیار \pm میانگین | |
| ماه اول | ۱۳۳/۹۲ \pm ۲۰/۶۱۲ | ۷/۳۹ \pm ۰/۷۹ | *۰/۷۹۶ |
| ماه دوم | ۹۰/۶۵ \pm ۱۳/۵۹ | ۵/۸۷ \pm ۰/۷۲ | *۰/۳۵۲ |
| ماه سوم | ۷۵/۴۵ \pm ۸/۶۳ | ۵/۴۰ \pm ۰/۶۵ | *۰/۰۳۶ |
| نتیجه آزمون آماری** | $p < 0/001$ | $p < 0/001$ | |

*آزمون تی مستقل، **آزمون فریدمن

گروه شاهد، کاهش میانگین تعداد روزهای خونریزی در طول زمان وجود داشت؛ به طوری که میزان این کاهش در گروه بومادران بیشتر از گروه کنترل بود (جدول ۳).

بر اساس نتایج مقایسه درون گروهی آزمون فریدمن، در هر دو گروه بومادران و کنترل، بین سه میانگین به دست آمده از سه اندازه گیری تعداد روزهای خونریزی قاعدگی، اختلاف معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). در هر دو

جدول ۳- مقایسه میانگین تعداد روزهای خونریزی قاعدگی زنان مورد مطالعه قبل از درمان، دوره اول و دوره دوم بعد از درمان در دو گروه کنترل و بومادران

| گروه | گروه کنترل | گروه بومادران | سطح معنی داری |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| روزهای خونریزی قاعدگی | انحراف معیار \pm میانگین | انحراف معیار \pm میانگین | |
| ماه اول | ۶/۹۲ \pm ۰/۶۸ | ۷/۳۹ \pm ۰/۷۹ | *۰/۰۰۲ |
| ماه دوم | ۶/۴۸ \pm ۰/۸۲ | ۵/۸۷ \pm ۰/۷۲ | *۰/۰۰۱ |
| ماه سوم | ۵/۳۱ \pm ۰/۷۰ | ۵/۴۰ \pm ۰/۶۵ | *۰/۰۴۲ |
| نتیجه آزمون آماری** | $p < 0/001$ | $p < 0/001$ | |

*آزمون من ویتنی، **آزمون فریدمن

معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود (در گروه بومادران ۴۰٪ بسیار راضی و ۵۱/۲٪ راضی و در گروه کنترل ۲/۳٪ بسیار راضی و ۶۰٪ راضی بودند) (جدول ۴).

در این مطالعه بین میزان رضایت از درمان در دو گروه اختلاف معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ به طوری که میزان رضایت مندی از درمان در گروه بومادران به طور

جدول ۴- مقایسه فراوانی مطلق و نسبی رضایت از درمان پس از پایان دوره درمانی در زنان مورد مطالعه در دو گروه کنترل و

| بومادران | | میزان رضایت از درمان |
|--------------|--------------|----------------------|
| گروه | گروه کنترل | |
| تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | بسیار راضی |
| ۱۸ (۴۰/۰) | ۱ (۲/۳) | راضی |
| ۲۳ (۵۱/۲) | ۲۷ (۶۰/۰) | مطمئن نیستم |
| ۳ (۶/۶) | ۱۱ (۲۴/۴) | راضی نیستم |
| ۱ (۲/۲) | ۶ (۱۳/۳) | جمع |
| ۴۵ (۱۰۰) | ۴۵ (۱۰۰) | میانگین رتبه |
| ۳۳/۷ | ۵۷/۲۳ | |

* آزمون من ویتنی

مانند گزنه دارای خاصیت ضدالتهابی است و به نظر می‌رسد که با مکانیسم مشابه در درمان منوراژی مؤثر باشد. در مطالعه حاضر میزان خونریزی قاعدگی در هر دو گروه کاهش یافت و این کاهش در گروه بومادران به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. در مطالعه لتابی و همکاران (۲۰۱۲) داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی خونریزی شدید قاعدگی را در مقایسه با پلاسیبو کاهش داد. در مطالعه حاضر نیز در گروه کنترل (مصرف‌کنندگان مفنامیک اسید و پلاسیبو)، میزان خونریزی قاعدگی کاهش یافت (۱۸). تانن از مواد مؤثره موجود در گیاه بومادران می‌باشد (۱۲). تانن‌ها اغلب از پلی‌فنول‌ها بوده و قادر به ایجاد انقباض در عضلات صاف می‌باشند (۱۹). در طب سنتی، هایپوتونیک بودن رحم را عاملی برای افزایش جریان خون قاعدگی شناخته و معتقدند بهبود تونیسیتیه رحم می‌تواند به نرمال و تنظیم شدن جریان خون قاعدگی کمک نماید و بدین منظور از گیاهان منقبض‌کننده رحم کمک می‌گیرند (۵)، از این رو به نظر می‌رسد یکی از مکانیسم‌های احتمالی کنترل منوراژی توسط بومادران، ایجاد انقباض در عضلات صاف رحم باشد (۱۴). در مطالعه مزاری (۲۰۱۰)، داروی گیاهی گلنار فارسی و ترانکسامیک اسید در درمان زنان مبتلا به منوراژی، باعث کاهش خونریزی قاعدگی و طول مدت خونریزی قاعدگی شدند. گلنار به واسطه دارا بودن مواد مؤثره ایجاد کننده انقباض از جمله تانن در درمان منوراژی مؤثر واقع شده است (۲۰). مطالعه مهدویان و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که مصرف عصاره تخم شوید خوراکی در مقایسه با تجویز اکسی‌توسین عضلانی

بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، بین میزان رضایت از درمان دو گروه اختلاف معناداری وجود داشت ($p < 0.001$)؛ به‌طوری‌که میزان رضایت‌مندی از درمان در گروه گیاه بومادران به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عصاره هیدروآلکلی قسمت‌های هوایی گیاه بومادران در کاهش مقدار خونریزی قاعدگی و درمان منوراژی ایدیوپاتیک مؤثر است. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در زمینه بررسی اثر بومادران بر منوراژی انجام نشده است، در بحث حاضر از مطالعات مشابه (داروها یا گیاهان با مکانیسم اثر یا مواد مؤثره مشابه و بیماری‌هایی با پاتولوژی مشابه) استفاده شد. عصاره گیاه بومادران حاوی مواد مؤثره متعددی از جمله تانن، کولین، استیل کولین، استرول، فلاونوئیدها می‌باشد (۱۳) که هر کدام به طریقی در کنترل منوراژی نقش دارند. برخی از آن‌ها با خاصیت آنتی‌اکسیدانی و ضدالتهابی خود، از طریق کنترل روند التهاب، برخی با ایجاد انقباض در رحم و برخی از طریق اعمال اثرات هورمونی در کنترل منوراژی مشارکت می‌نمایند. مطالعات نشان داده‌اند که گیاه بومادران دارای فعالیت‌های ضدالتهابی و انقباضی می‌باشد (۱۴). در مطالعه سورتیچی و همکاران (۲۰۱۳) عصاره هیدروآلکلی گزنه و مفنامیک اسید در کاهش میزان خونریزی قاعدگی مؤثر بود و این کاهش در گروه گزنه به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (۱۷). بومادران نیز

نتیجه گیری

گیاه بومادران سبب کاهش میزان خونریزی قاعدگی می شود. در مطالعه حاضر به دلیل رعایت مسائل اخلاقی همزمان با داروی بومادران، از داروی مفنمیک اسید نیز استفاده شد، بنابراین با توجه به این که بومادران عارضه ای خاص (که از نظر آماری معنی دار شده باشد) ایجاد نکرده است، پیشنهاد می شود گیاه بومادران به عنوان یک داروی مؤثر و کم عارضه به طور مستقل در مقایسه با درمان متداول برای مطالعات کارآزمایی های بالینی بعدی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از طرح پژوهشی است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد ۲۳۳۵ و در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با شماره N1 2016073029126 به ثبت رسیده است. بدین وسیله از تمامی همکارانی که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند و همچنین از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی اراک و نمونه های شرکت کننده در پژوهش، تشکر و قدردانی می شود.

می تواند سبب کاهش بیشتر خونریزی بعد از زایمان شود. تخم شوید از جمله گیاهانی است که دارای تانن و آنتول می باشد و دارای خاصیت انقباضی بر عضلات صاف رحم است (۱۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. علت تجویز مفنمیک اسید برای کلیه نمونه ها در این پژوهش، اثر شناخته شده NSAIDs به عنوان خط اول درمان در منوراژی (۲۱-۲۳) و محروم نکردن نمونه ها از درمان استاندارد و رعایت مسائل اخلاقی می باشد، اما علت انتخاب عصاره بومادران (به عنوان مداخله درمانی) جهت سنجش تأثیر آن بر منوراژی، وجود شواهدی از خواص آن در کنترل این بیماری است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد عصاره هیدروالکلی گیاه بومادران بر منوراژی تأثیر دارد و باعث کاهش میزان خونریزی قاعدگی و تعداد روزهای قاعدگی می شود که با مطالعه ستارزاده و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی داشت (۲۴).

از نقاط ضعف مطالعه حاضر، بسنده نمودن به گفته بیمار در مورد عدم ابتلاء به بیماری های مدنظر ما در این پژوهش بود که در این زمینه از پیگیری های تلفنی مکرر جهت افزایش اطمینان کار استفاده شد.

منابع

1. Novak E. Berek & Novak gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkin; 2012.
2. Mints M, Luksha L, Kublickiene K. Altered responsiveness of small uterine arteries in women with idiopathic menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(6):646.e1-5.
3. Moukhah S, Goshtasebi A, Moayed Mohseni S. Clinical trial of medroxyprogesterone acetate on menstureal blood Loss and quality of life in women with menorrhagia. *Daneshvar* 2011; 18(93):21-32. (Persian).
4. Knol HM, Bogchelman DH, Kluin-Nelemans HC, van der Zee AG, Van der Meer J, Meijer K. Routine evaluation and treatment of unexplained menorrhagia: do we consider haemostatic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 152(2):191-4.
5. Livdans-Forret AB, Harvey PJ, Larkin-Their SM. Menorrhagia: a synopsis of management focusing on herbal and nutritional supplements, and chiropractic. *J Canadian Chiropr Assoc* 2010; 51(4):235-46.
6. Von Mackensen S. Quality of life in women with bleeding disorders. *Haemophilia* 2010; 1:33-7.
7. Shankar M, Chi C. Kadir RA. Review of quality of life: menorrhagia in women with or without inherited bleeding disorders. *Haemophilia* 2008; 14(1):15-20.
8. Pitkin J. Dysfunctional uterine bleeding. *BMJ* 2007; 334(7603):1110-1.
9. Ghasamy K, Asghari A, Narenji F, Moshfeghi K, Eshrati B. The effect of using iron tablets on decreasing vascular headaches in women at productive age. *Arak Med Univ J* 2010; 12(4):86-91. (Persian).
10. Naseri M, Rezai-Zadeh H, Choopani R, Anoshirvani M. Review of Iranian traditional medicine. 2nd ed. Tehran: Shahr Publisher; 2009. P. 13. (Persian).
11. Mojahed S, Aflatunian A, Khadem N, Dehghani Firouzabadi R, Karimi Zarchi M. An investigation into effectiveness of date (Rutab) on postpartum hemorrhage. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2012; 20(2):159-66. (Persian).
12. Zargari A. Medical plants. 8th ed. Tehran: Tehran University Publisher; 2011. P. 186-91. (Persian).
13. Grosso C, Vinholes J, Silva LR, Pinho PG, Goncalves RF, Valentao P, et al. Chemical composition and biological screening of *Capsella bursa-pastoris*. *Rev Bras Farmacognos* 2018; 21(4):635-43.

14. Kuroda K. Pharmacological and anticarcinogenic effects of capsella bursa- pastoris Extract. Chiba Med 1989; 65(3):67-74.
15. Morgan M. Herbs for the treatment of dysfunctional uterine bleeding. Phytotherapists Perspect 2011; 45:1-3.
16. Rahimy M, Ziaey S, Babai G, Rabeay M. Effect of vitamin E in treatment of menorrhagia in patient with DUB. Daneshvar Med J 2009; 82:59-66. (Persian).
17. Sourteji A, Kariman N, Mojab F, Alavi MH. Comparing the effect of mefenamic acid and the hydroalcoholic extract of Urtica dioica on the volume of heavy menstrual bleeding in Babol Azad University students. Arak Med Univ J 2013; 16(73):27-36. (Persian).
18. Lethaby A, Duckitt K, Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2013; 1:CD000400.
19. Mahdavian M, Golmakani N, Manssori A, Hossinzade H, Afzalaghaee M. An investigation of effectiveness of oral Dill extracts on postpartum hemorrhage. J Women Midwifery Infertil Iran 2001; 78(4):19-26. (Persian).
20. Mazari Z. Clinical trials of herbal medicines G Persian and tranexamic acid in the treatment of women with menorrhagia. [Master Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2010. (Persian).
21. Safari A, Shahrezaee G, Damavandi A. Comparison of the effect of vitamin E and mefenamic acid on the severity of primary dysmenorrhea. Ann Mil Health Sci Res 2006; 4(1):735-8. (Persian).
22. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkin; 2011.
23. Ebrahimi VF, Nahidi F, Mojab F, Pourhoseingholi MA, Panahi Z. The effect of hydro alcoholic extract of Achillea Mille folium capsule on duration and severity of primary dysmenorrhea pain. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2017; 20(3):48-86. (Persian).
24. Satarzade A. Effects of Achillea millefolium on the severity of dysmenorrhea. J Nurs Midwifery 2008; 3(12):4-10. (Persian).