

شماره:

۱۰۰/رسم/۹۲۱۰۵۲۰۱

تاریخ تدوین:

فروردین ماه ۱۳۹۲

تاریخ بازنگری:

عنوان (به فارسی و انگلیسی)

تشخیص، درمان و مراقبت از دیسمنوره (درد قاعدگی)

Management of Dysmenorrhea: Diagnosis, Treatment and Care

کاربران هدف

پزشکان خانواده، عمومی، متخصصین زنان و زایمان، ماماها و کارکنان بهداشتی شاغل در بخش‌های دولتی و غیردولتی (عمومی، خصوصی، خیریه و...)

مقدمه

شیوع دیسمنوره به دلیل به کار نگرفتن معیارهای تشخیصی یکسان، متفاوت گزارش شده است و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، شیوع آن ۹۷-۱،۷ درصد می باشد (۱). دیسمنوره بیشتر در سنین نوجوانی شایع است و شیوع آن در مطالعات مختلف در اسپانیا، تایلند، استرالیا و ترکیه بین ۶۸-۸۵ درصد گزارش شده است (۲-۵). نتایج یک مطالعه که بر روی دختران پیش دانشگاهی سیرجان انجام شده بود نشان داد که فراوانی دیسمنوره در جامعه هدف ۷۹،۹ درصد می باشد (۶). همچنین در اهواز نیز ۷۱،۶۵ درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مبتلا به دیسمنوره شدید یا متوسط بودند (۷). دیسمنوره به معنی درد همراه با قاعدگی است که معمولاً ماهیت کرامپی داشته و در قسمت پایین شکم متمرکز می شود و معمولاً بین ۶۰ تا ۹۳ درصد زنان به آن مبتلا می شوند (۸، ۹). دیسمنوره باعث ایجاد مشکلات متعددی در زندگی فردی و اجتماعی افراد میشود، همچنین می تواند کیفیت زندگی زنان را تحت تاثیر قرار داده و باعث ناتوانی و عدم کارایی در موارد شدید گردد، که این ناتوانی به صورت غیبت از مدرسه و محل کار بروز می کند (۱). نیمی از زنانی که مبتلا به دیسمنوره می باشند، در هر ماه ۳-۱ روز غیبت از محل کار و تحصیل دارند و ۱۰ تا ۲۰ درصدشان نیز به طور کامل از انجام کارهایشان باز می مانند (۹)، در نتیجه بهره وری کاهش می یابد که خود موجب تحمیل بار اقتصادی زیادی بر جامعه میشود (۱۰). در بین شاغلان آمریکا که ۴۲-۵۴ درصد جمعیت کشور را تشکیل می دهند، سالانه ۶۰۰ میلیون ساعت کاری به علت دیسمنوره از بین می رود که نتیجه اقتصادی آن ۲ بلیون دلار در سال برآورد میگردد (۱۱، ۱۲).

اقدامات تشخیصی

- برای تشخیص دیسمنوره سوالات زیر را پرسید:

۱. شروع- آیا شروع علائم مربوط به نخستین قاعدگی ست، یا بعد از چند سال قاعدگی بدون درد میباشد؟
۲. زمان درد در ارتباط با چرخه قاعدگی می باشد.

۳. علائم غیر ژنیتال که ممکن است مرتبط با درد قاعدگی اولیه باشند (برای مثال، تهوع، استفراغ، میگرن، نفخ، و تغییرات خلقی).
 ۴. سایر علائم ژنیتال (برای مثال، مقاربت دردناک، ترشحات واژینال، منوراژی، خونریزی بین قاعدگی، و خونریزی بعد از مقاربت) که ممکن است اشاره به پاتولوژی زمینه ای داشته باشد.
 ۵. سایر علائم غیر ژنیتال (برای مثال درد و خونریزی مقعدی) که ممکن است اشاره به پاتولوژی زمینه ای داشته باشد.
- تعیین تاثیر درد قاعدگی در زندگی یک زن (برای مثال، تعطیل کردن کار، تداخل با فعالیتهای روزمره).
 - تعیین درمانهایی که قبلاً انجام شده اند و میزان اثربخشی آنها.
 - انجام معاینه شکمی در تمام زنان.
 - انجام آزمایش لگن، مگر اینکه بیمار زن بالغی که دارای سابقه ای از درد قاعدگی خفیف تا متوسط بوده و هرگز فعالیت جنسی نداشته است، باشد.
 - در صورتی که زن در معرض خطر عفونت انتقال یافته از رابطه جنسی باشد، سواب انجام دهید.
 - تعیین کنید که آیا درد قاعدگی منشاء اولیه یا ثانویه دارد:

۱. درد قاعدگی اولیه:

۱. در صورتی که چرخه ها منظم باشند، معمولاً ۱۲-۶ ماه بعد از نخستین قاعدگی می باشد.
۲. درد اغلب اندکی قبل از شروع قاعدگی آغاز شده و تا ۷۲ ساعت طول میکشد و در طول قاعدگی بهبود می یابد.
۳. سایر علائم ژنیتال معمولاً مشاهده نمیشوند.
۴. علائم غیر ژنیتال ممکن است وجود داشته باشد.
۵. معاینه لگن طبیعی است.

۲. درد قاعدگی ثانویه:

۱. بعد از چندین سال قاعدگی بدون درد اتفاق می افتد.
 ۲. درد ممکن است بعد از اتمام قاعدگی نیز ادامه یابد، یا در طول دوره قاعدگی تداوم داشته باشد، اما با قاعدگی شدید گردد.
 ۳. سایر علائم ژنیتال اغلب وجود دارند.
 ۴. درد یا خونریزی مقعدی ممکن است نشانگر آندومتریوزیس مقعدی-واژنی باشد.
 ۵. معاینه لگن ممکن است غیر طبیعی باشد؛ اگرچه نبود یافته های غیر طبیعی درد قاعدگی ثانویه را رد نمیکند.
- در صورت مشاهده علائم خطر زیر، فوراً جهت ارزیابی های بیشتر ارجاع دهید:

۱. سرویکس غیر طبیعی در معاینه ژنیتال.
۲. خون ریزی مداوم در بین قاعدگی ها.

۳. لمس توده شکمی یا لگنی واضح در معاینات که منشأ آن نه فیبروئید رحمی، و نه دستگاه گوارشی یا سیستم اداری می باشد.

علل رایج درد قاعدگی ثانویه:

۱. آندومتریوزیس - درد لگنی مزمن یا دوره ای که اغلب قبل از قاعدگی رخ می دهد و ممکن است همراه با خونریزی شدید قاعدگی و دیس پارونی عمیق باشد.
۲. آدنومیوزیس - قاعدگی دردناک، که ممکن است همراه با خونریزی شدید قاعدگی باشد.
۳. فیبروم ها (میوم ها) - درد ناحیه پایین شکمی، که اغلب با منوراژی همراه است. یک توده لگنی ممکن است در معاینات لمس شود.
۴. پولیپ های اندومتریال - بیشتر در زنان بالاتر از سن ۵۰ سالگی شایع است. خونریزی غیر طبیعی واژینال ممکن است رخ دهد.
۵. بیماری التهابی لگن (PID) - درد پایین شکمی و تندرینس که ممکن است همراه با دیس پارونی، خونریزی غیر طبیعی واژینال، و ترشحات غیر طبیعی واژینی باشد. در عفونتهای حاد، تب نیز ممکن است مشاهده شود.
۶. وسیله داخل رحم (IUD) - سابقه استفاده قبلی از IUD، معمولاً ۳-۶ ماه قبل. درد ممکن است همراه با دوره های قاعدگی طولانی تر و شدیدتر و اغلب با خونریزی یا لکه بینی بین قاعدگی ها همراه باشد (۱۳-۱۵).

اقدامات درمانی

درمان درد قاعدگی اولیه:

- در مرحله اول یک داروی ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAID) باید تجویز کرد؛ مگر اینکه کنتراژیکه باشد.
 - ایبوپروفن، ناپروکسن، و مگنمیک اسید، ضد التهابهای غیر استروئیدی انتخابی هستند.
 - در صورتی که NSAID کنتراژیکه بوده و یا تحمل نشود، یا در صورتی که علی رغم دریافت دارو پاسخ کافی نباشد، پاراستامول باید در خط اول تجویز شود.
 - در صورتی که پاسخ کافی نباشد، ممکن است همراه با پاراستامول یا یک ضد التهاب غیر استروئیدی، کدئین تجویز شود.
 - در صورتی که زن تمایل به بارداری نداشته باشد، داروی ضد بارداری هورمونی را باید به عنوان جایگزین خط اول درمان در نظر گرفت.
۱. داروهای ضد بارداری ترکیبی خوراکی منوفازیک (COC) حاوی ۳۰-۳۵ میکروگرم اتینیل استرادیول و نوراتسترون، نورگستیمات، یا لوونورجسترل معمولاً انتخابهای اول هستند.
 ۲. داروهای ضد بارداری خوراکی (Cerazette®)، یا تزریقی (مثل Depo-Provera®) و یا پروژسترون داخل رحمی (Mirena®)، بعد از توضیح مفصل درباره مزایا و معایب، ممکن است در نظر گرفته شوند.

- ترکیب یک NSAID (یا پاراستامول، با یا بدون کدئین) با داروی ضدبارداری هورمونی، گزینه ای مناسب برای زنانی که به درمان ساده پاسخ نمیدهند، است.

- در صورت شدید بودن علائم بیمار و عدم پاسخ به درمان اولیه، یا وجود تردید در تشخیص، باید بیمار را ارجاع داد.

- راه حل های غیر دارویی که به تسکین درد کمک میکنند شامل:

۱. کاربرد موضعی گرما (مثلا بطری حاوی آب گرم یا کیسه آبگرم)

۲. تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست (TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).

- شواهد اندکی برای توصیه مکملهای گیاهی و رژیم غذایی، طب سوزنی، ورزش، ماساژ مهره ها با دست، یا مداخلات رفتاری برای درمان درد قاعدگی اولیه موجود میباشد (۱۴-۲۱).

تجویز دارو:

- سن از ۱۰ سالگی تا ۱۱ سال و ۱۱ ماهگی:

۱. سوسپانسیون خوراکی بدون شکر ایبوپروفن ۱۰۰ میلی گرم در ۵ میلی لیتر:

۲. در صورت نیاز برای تسکین درد سه قاشق ۵ میلی لیتری پر سه بار در روز مصرف شود. بیشتر از این مقدار مصرف نشود.

۳. ۳۰۰ میلی لیتر تهیه شود.

- سن از ۱۲ سال به بالا:

۱. قرص ایبوپروفن ۲۰۰ میلی گرمی:

۲. در مواقع لازم برای تسکین درد یک یا دو قرص ۳-۴ بار در روز مصرف شود. بیشتر از این مقدار مصرف نشود.

۳. ۵۶ قرص تهیه شود.

۴. قرص مفنامیک اسید ۵۰۰ میلی گرمی:

۵. در طول دوره قاعدگی ۳ بار در روز یک عدد قرص مصرف شود.

۶. ۵۰ قرص تهیه شود.

- سن از ۱۶ سال به بالا:

۱. قرصهای ناپروکسن ۲۵۰ گرمی:

۲. در ابتدا یک یا دو قرص و سپس هر ۶ تا ۸ ساعت یک قرص در طول دوره قاعدگی مصرف شود. حداکثر مقدار مصرف ۵ عدد قرص در طول ۲۴ ساعت.

۳. ۵۶ قرص تهیه شود.

۴. پاراستامول: در صورت نیاز مصرف شود.

- سن از ۱۰ سالگی تا ۱۱ سال و ۱۱ ماهگی:

۱. سوسپانسیون خوراکی بدون قند ۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی گرمی پاراستامول:
۲. در صورت نیاز برای تسکین درد هر ۴ تا ۶ ساعت یک یا دو قاشق پر ۵ میلی لیتری مصرف شود. حداکثر مقدار استفاده ۴ دوز در ۲۴ ساعت.
۳. ۳۰۰ میلی لیتر تهیه شود.

- سن از ۱۲ سال تا ۱۵ سال و ۱۱ ماه

۱. قرصهای پاراستامول ۵۰۰ میلی گرمی:
۲. در صورت لزوم برای تسکین درد هر ۶-۴ ساعت یک یا دو قرص مصرف شود. حداکثر مقدار استفاده ۸ قرص در ۲۴ ساعت.
۳. ۵۰ قرص تهیه شود.

- سن از ۱۶ سال به بالا:

۱. قرصهای پاراستامول ۵۰۰ میلی گرمی:
۲. در صورت لزوم برای تسکین درد هر ۶-۴ ساعت ۲ قرص مصرف شود. حداکثر مقدار استفاده ۸ قرص در ۲۴ ساعت.
۳. ۵۰ قرص تهیه شود.
۴. در صورت لزوم کدئین را اضافه کنید.

- سن از ۱۶ سال به بالا:

۱. قرصهای کدئین ۳۰ میلی گرمی:
۲. در صورت نیاز به تسکین بیشتر درد ۱ یا ۲ قرص هر ۶-۴ ساعت مصرف شود. حداکثر مقدار استفاده ۸ قرص در ۲۴ ساعت.
۳. ۲۸ قرص تهیه شود.

ارجاع:

۱. بیمار مشکوک به درد قاعدگی ثانویه را باید برای بررسیهای بیشتر به یک متخصص زنان ارجاع داد.
۲. در حین انتظار برای ارجاع، میتوان یک داروی ضد التهاب غیر استروئیدی (از قبیل ایبوپروفن، ناپروکسن، یا مفنامیک اسید) یا پاراستامول (با یا بدون کدئین) برای تسکین درد به بیمار تجویز کرد (۱۵).

استقرار

۱. مسئولیت پیاده سازی، اجرا پیگیری و ارزشیابی این راهنما به عمده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

۱. Bazargani F, Lamiyian M, Heshmat R, Taghavi A, Faghieh zadeh S. Study of effect of pressure in third point of liver canal on quality of life of students with dysmenorrhea in Tehran tarbiat moallem center in 2008: A randomized clinical trial. *Journal of Ghom University of Medical Sciences*. 2010;4(3):10-7.
۲. Hillen T, Grbavac S, Johnston P, Straton J, Keogh J. Primary dysmenorrhea in young Western Australian women: prevalence, impact, and knowledge of treatment. *Journal of Adolescent Health*. 1999;25(1):45-50.
۳. Banikarim C, Chacko M, Kelder S. Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2000;154(12):1226-9.
۴. Tangchai K, Titapant V, Boriboonhirunsarn D. Dysmenorrhea in Thai adolescents: prevalence, impact and knowledge of treatment. *Journal of The Medical Association of Thailand*. 2004;87(3):69-73.
۵. Eryilmaz G, Ozdemir F, Pasinlioglu T. Dysmenorrhea Prevalence among Adolescents in Eastern Turkey: Its Effects on School Performance and relationships with Family and Friends. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2010;23:267-72.
۶. Jalili Z, Safizadeh H, Shamspour N. Prevalence of dysmenorrhea in Sirjan students. *Payesh Journal*. 2004;4(1):61-7.
۷. Haidari F, Akram A, Sarhadi M, Mohammad Shahi M. Prevalence and Severity of Primary Dysmenorrhea and its Relation to Anthropometric Parameters. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2011;17(1):70-7.
۸. Jenabi A, Toghiri M, Hejrati P. Comparison of effects of Sonbol and Mefenamic Acid in release of dysmenorrhea. *Iranian Journal of Obstetrics and Gynecology and Infertility*. 2011;15(2):44-8.
۹. Modarres M, Mirmohammad Ali M, Oshrieh Z, Mehran A. Comparison of the Effect of Mefenamic Acid and Matricaria Camomilla Capsules on Primary Dysmenorrhea. *Babol University of Medical Sciences*. 2011;13(3):50-8.
۱۰. Ohde S, Tokuda Y, Takahashi O, Yanaib H, Hinohara S, Fukui T. Dysmenorrhea among Japanese women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008;100:13-7.
۱۱. Shabani htaii M, Mohammad Alizadeh S. Dysmenorrhea pattern in university students in Tabriz dormitories. *Obstetrics & Gynecology Journal of Tabriz*. 2010;18:15-21.
۱۲. Baghianimoghadam M, Mohammad Loo A, Falahzadeh H, Mirzaei Alavijeh M. A Survey about the Prevalence of Dysmenorrhea in Female Students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Their Knowledge, and Practice toward it. *Journal of Community Health Research*. 2012;1(2):93-8.
۱۳. BASHH. UK national guideline on the management of pelvic inflammatory disease. Clinical Effectiveness Group (Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). 2005.
۱۴. SOGC. clinical practice guideline. Primary dysmenorrhea consensus guideline. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 2005.
۱۵. Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *British Medical Journal* 2006;332(7550):1134-8.

۱۶. ۵۶B. British National Formulary. 56th edn. . London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. 2008.
۱۷. García Rodríguez LA, Hernández-Díaz S. Relative risk of upper gastrointestinal complications among users of acetaminophen and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Epidemiology*. 2001;12(5):570-6.
۱۸. CSM. Aspirin and Reye's syndrome in children up to and including 15 years of age. *Current Problems in Pharmacovigilance*. 2002;28:4.
۱۹. FSRH. CEU statement (September 2010). Nexplanon®. Faculty of Sexual and Reproductive Health Care. 2010.
۲۰. Abou-Setta AM, Al-Inany HG, Farquhar CM. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. 2006(4).
۲۱. Varma R, Sinha D, Gupta JK. Non-contraceptive uses of levonorgestrel-releasing hormone system (LNG-IUS) - a systematic enquiry and overview. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*. 2006;125(1):9-28.

اعضای هسته مرکزی راهنما:

۱. دکتر پروین باستانی: فوق تخصص یوروگاینکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. دکتر فاطمه ملاح: متخصص زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. ندا کیبیری: کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴. قطب علمی پزشکی مبتنی بر شواهد ایران