

اثر درمانی روغن ماهی در دیسمنوره اولیه

چکیده

زمینه و هدف: دیسمنوره اولیه یکی از عوامل شایع غیبت از محل کار و کاهش کیفیت زندگی زنان است. طبق مطالعات مصرف روغن ماهی باعث تولید پروستاگلاندین (PG) ضعیفیتی از رده پروستاسیکلین‌ها می‌گردد و شدت دیسمنوره را می‌کاهد. هدف این مطالعه آن است که میزان کارآمیزی روغن ماهی را در دیسمنوره اولیه در دختران دیبرستانی را تعیین نماید.

روش پرسی: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی دوسوکور روی ۴۴ نفر از دانشآموزان دیبرستانی شهرستان همدان انجام شد. به صورت تصادفی دو گروه ۲۲ نفره از بین دانشآموزان مبتلا به دیسمنوره انتخاب و به مدت ۲ ماه به یک گروه کپسول روغن ماهی و به یک گروه دیگر پلاسیو تجویز شد. قبل از تجویز دارو، در انتهای ۲ ماه درمان و نیز ۲ ماه بعد از خاتمه درمان افراد مورد مطالعه، ویزیت شدند. در این ۳ مرحله، شدت درد براساس معیار VAS و مدت درد براساس سیستم COX، در هر گروه ثبت شد. داده‌ها با استفاده از SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بعد از ۲ ماه از شروع درمان میانگین شدت درد (VAS) در گروه روغن ماهی به طور معنی‌داری از گروه پلاسیو کمتر بود ($P < 0.05$). میانگین مدت درد نیز در این زمان، در گروه روغن ماهی با اختلاف معنی‌داری کمتر از گروه پلاسیو بود ($P < 0.05$). شاخص آزمون (t) = ۰/۷۲ ۲ ماه بعد از خاتمه تجویز کپسول‌ها و گذشت ۲ ماه از اتمام درمان نیز میانگین شدت درد (VAS) در گروه روغن ماهی با گروه پلاسیو اختلاف معنی‌داری داشت و کمتر بود. میانگین مدت درد (ساعت) در گروه روغن ماهی اختلاف معنی‌داری با گروه پلاسیو داشت ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: کپسول روغن ماهی بعد از ۲ ماه مصرف نسبت به پلاسیو، اثر قابل توجهی در کاهش شدت و مدت درد دیسمنوره اولیه داشت و تا ۲ ماه پس از خاتمه درمان نیز اثر آن از پلاسیو بیشتر بود.

کلید واژه‌ها: دیسمنوره - اسیدهای چرب امگا ۳ - روغن ماهی

امگا-۳ ناشی از ساخته شدن پروستاگلاندین‌ها و لکوتین‌های ضعیف‌تر است.

افزایش میزان اسیدهای چرب امگا-۳ در رژیم غذایی باعث افزایش ورود اسیدهای چرب امگا-۳ به ساختمان‌های غشاء سلولی می‌شود. به عنوان یک نتیجه این مطالعه می‌توان گفت که مقدار بیشتری از پروستاگلاندین‌های سری سوم (TXA₂, PGI₃, PGE₂) در طول قاعدگی تولید می‌شوند (در مصرف روغن ماهی) به نظر می‌رسد که تولید این پروستاگلاندین‌ها از رده پروستاسیکلین‌ها در رحم منجر به کاهش انقباض میوترا و انقباض کاهش یافته عروق رحمی می‌شود که این امر باعث ایسکمی کمتر و در نتیجه درد کمتر می‌شود (۱۰-۷). اگرچه داروهای NSAIDs در دیسمنوره اولیه خیلی مؤثر بوده و بدون نسخه به طور گسترده در دسترس هستند، ولی نوجوانان از برنامه‌های درمانی مؤثر بهره نمی‌برند. به علت ترس از عوارض NSAID و قرص‌های جلوگیری از بارداری بر اساس یکسری باورهای غلط استفاده از این دارو نامنظم می‌باشد (۱۱). کارآزمایی‌های مربوط

دکتر مهرانگیز زمانی

متخصص زنان و زایمان و استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر ملیحه عرب

متخصص زنان و زایمان و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر شهلا نصراللهی

متخصص زنان و زایمان و استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

مهندس خسرو مانی کاشانی

کارشناس ارشد آمار حیاتی و عضو هیأت علمی گروه بهداشت

و پژوهش اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی همدان

نویسنده مسؤول: دکتر مهرانگیز زمانی

پست الکترونیکی: zamani_mhr@yahoo.com

نشانی: همدان، خیابان پاسداران، بیمارستان ناظمیه، بخش

زنان، تلفن: ۰۸۱۱-۰۸۷۱۰۸۰، فاکس: ۰۸۷۷۴۵۹

وصول مقاله: ۸۴/۱/۱۴

اصلاح نهایی: ۸۴/۴/۲۵

پذیرش مقاله: ۸۴/۵/۱

مقدمه

دیسمنوره اولیه شایع ترین مشکل ژنیکولوژی است و میزان شیوع گزارش شده آن ۹۰ درصد است. دیسمنوره اولیه یکی از عوامل شایع غیبت از محل کار و کاهش کیفیت زندگی زنان است (۱). در یک مطالعه در زنان دانشجو ۴۲ درصد افراد یک جلسه غیبت از محل درس یا ترک فعالیت روزانه داشته‌اند. در یک مطالعه آینده‌نگر ۷۲ از دوره‌های قاعدگی تحت پایش، در دادنای بوده‌اند (۲). میزان غیبت از مدرسه در یک مطالعه طولی ۳۴-۵۰ درصد بود (۴ و ۵). در یک مطالعه قدیمی تر دیسمنوره سالانه ۶۰۰ میلیون ساعت غیبت از محل کار و ۲ میلیارد دلار کاهش سودآوری می‌داد (۶). شروع قاعدگی در سینین پایین‌تر، قاعدگی با طول مدت زمان خونریزی طولانی‌تر، سیگار، چای و مصرف الکل به عنوان عوامل خطر برای حملات شدیدتر دیسمنوره ذکر شده‌اند (۲ و ۳).

طبق مطالعات مصرف روغن ماهی باعث تولید پروستاسیکلین‌های می‌گردد و شدت دیسمنوره را می‌کاهد. به نظر می‌رسد که اثر مهم استفاده از مکمل غذایی اسیدهای چرب

آموزش و پژوهش و مدرسه جهت مصاحبه و تفکیک، افراد مبتلا به دیسمونوره اولیه به وسیله پرسشنامه به مدرسه مراجعه کردند. در مرحله بعد، به صورت تصادفی دو گروه ۲۲ نفره از بین این افراد انتخاب و به یک گروه کپسول روغن ماهی و به یک گروه دیگر پلاسبو تجویز شد.

برای این افراد توصیه‌ای در جهت قطع درمان‌های نامنظم انجام نشد. این افراد به صورت راندوم به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه تحت تجویز خوارکی کپسول روغن ماهی (روزانه یک کپسول روغن ماهی حاوی ۱۲۰ میلی گرم اسید چرب امگا -۳) و یک گروه تحت تجویز پلاسبو به مدت ۲ ماه قرار گرفتند و در انتهای این دو ماه توسط پرسشگر مورد ویزیت قرار گرفته و پس از ۲ ماه از اتمام درمان مجددًا افراد پیگیری می‌شدند. در ابتدای کار که طرح مطالعه تهیه می‌شد، زمان ارزیابی جهت دوام اثر دارو، ۳ ماه بعد از اتمام درمان درنظر گرفته شد ولی بعد با توجه به پیشنه طرح که این زمان را ۲ ماه در نظر گرفته بودند و نیز با توجه به برخورد زمان ارزیابی با تعطیلی مدارس، این زمان به ۲ ماه پس از اتمام درمان کاهش یافت و افراد مورد مطالعه، قبل از شروع درمان، پس از ۲ ماه درمان و ۲ ماه بعد از خاتمه درمان در هر گروه بروزی شدند.

از بیماران رضایت ورود به مطالعه گرفته شد. شدت درد براساس معیار VAS و مدت درد بر حسب ساعت قبل از مداخله، بعد از ۲ ماه درمان و ۲ ماه بعد از خاتمه درمان در هر گروه ثبت شد.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-11.5 تجزیه و تحلیل شد و از آزمون‌های آماری تی، Independent two samples، یومن‌ویتنی و فیشر استفاده شد. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد ($\alpha=0.05$) تعیین شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه، سن منارک، مدت بیماری به ترتیب در گروه روغن ماهی ۱۵/۰۹، ۱۳/۱۸ و ۲/۲۹ سال و در گروه پلاسبو ۱۵/۲۷، ۱۲/۸۶ و ۲ سال بود که اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود.

وضعیت قاعده‌گی در ۷۷۲/۷ درصد از افراد مورد مطالعه در گروه روغن ماهی و ۵۰ درصد گروه پلاسبو، منظم بود که از نظر آماری اختلاف چشمگیری نداشتند.

۵۰ درصد افراد مورد مطالعه در گروه روغن ماهی و ۵۴/۵ درصد گروه پلاسبو با علایم PMS همراهی داشتند که از

به TENS (دستگاه‌های تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست) (۱۴-۱۲)، نورکتومی پرساکرال (۱۵)، طب سوزنی (۱۶)، اسیدهای چرب امگا (۱۷ و ۱۸)، نیتروکیلیسرین تراپوستی (۱۹)، تیامین (۲۰) و منیزیم پیدولات (۲۱) همگی درد را می‌کاهند.

هدف این مطالعه آن است که میزان کارآئی روغن ماهی را بیازماییم.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده دوسوکور روی ۴۴ نفر از دانش آموزان دبیرستانی شهرستان همدان در سال ۱۳۸۳ انجام گردید. نمونه‌گیری از نوع آسان بود. حجم نمونه در هر گروه ۲۲ نفر تعیین شد. لذا تعداد ۴۴ دانش آموز واجد شرایط طبق تعریف واحد آماری انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و پلاسبو تخصیص یافتند. کرایتیریاهای ورود به مطالعه افرادی بودند که مبتلا به دیسمونوره اولیه بوده، به طور پراکنده و نامنظم از NSAIDs و OCP استفاده می‌کردند و علایم دیسمونوره اولیه را داشتند. کرایتیریاهای خروج از مطالعه افراد مبتلا به دیسمونوره ثانویه بود.

روش سنجش شدت درد با استفاده از معیار (Visual Analogue Scale) VAS بود. به بیمار آموزش داده می‌شود، روی خط کش ۱۰ قسمتی شدت درد خود را نسبت به بیشترین دردی که تجربه کرده است، مشخص کند. براساس این معیار افراد مورد مطالعه به ۳ گروه تقسیم شدند: نمره ۹-۱۰ که Severe محسوب می‌شوند و این موارد به علت احتمال وجود علل ثانویه از مطالعه حذف شدند. نمره ۵-۹ که Moderate محسوب می‌شوند و این موارد وارد مطالعه شدند. نمره زیر ۵ که Mild محسوب می‌شوند و به علت عدم اهمیت بالینی از مطالعه حذف شدند.

روش سنجش مدت درد در پرسشنامه با استفاده از معیار Cox Menstrual Scale مدت درد سنجیده شد و براین اساس افرادی که پرسشنامه را تکمیل نمودند، به گروه‌های زیر تقسیم شدند (از هر فرد خواسته شد که عدد یا روز مورد نظر را روبروی شماره مورد نظر بنویسد).

۴ کمتر یا مساوی ۰/۵ ساعت، ۳ کمتر ۰-۱ ساعت، ۲ کمتر ۱-۲ ساعت، ۱ کمتر ۲-۳ ساعت، ۰ کمتر ۳-۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴-۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵-۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶-۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷-۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸-۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹-۱۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰-۱۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱-۱۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲-۱۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳-۱۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴-۱۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵-۱۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶-۱۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷-۱۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸-۱۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹-۲۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰-۲۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱-۲۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲-۲۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳-۲۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴-۲۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵-۲۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶-۲۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷-۲۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸-۲۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹-۳۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰-۳۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱-۳۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲-۳۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳-۳۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۴-۳۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۵-۳۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۶-۳۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۷-۳۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۸-۳۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۹-۴۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۰-۴۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۱-۴۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۲-۴۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۳-۴۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۴-۴۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۵-۴۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۶-۴۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۷-۴۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۸-۴۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۴۹-۵۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۰-۵۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۱-۵۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۲-۵۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۳-۵۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۴-۵۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۵-۵۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۶-۵۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۷-۵۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۸-۵۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۵۹-۶۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۰-۶۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۱-۶۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۲-۶۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۳-۶۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۴-۶۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۵-۶۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۶-۶۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۷-۶۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۸-۶۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۶۹-۷۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۰-۷۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۱-۷۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۲-۷۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۳-۷۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۴-۷۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۵-۷۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۶-۷۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۷-۷۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۸-۷۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۷۹-۸۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۰-۸۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۱-۸۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۲-۸۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۳-۸۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۴-۸۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۵-۸۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۶-۸۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۷-۸۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۸-۸۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۸۹-۹۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۰-۹۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۱-۹۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۲-۹۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۳-۹۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۴-۹۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۵-۹۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۶-۹۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۷-۹۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۸-۹۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۹۹-۱۰۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۰-۱۰۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۱-۱۰۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۲-۱۰۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۳-۱۰۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۴-۱۰۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۵-۱۰۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۶-۱۰۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۷-۱۰۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۸-۱۰۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۰۹-۱۱۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۰-۱۱۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۱-۱۱۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۲-۱۱۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۳-۱۱۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۴-۱۱۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۵-۱۱۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۶-۱۱۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۷-۱۱۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۸-۱۱۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۱۹-۱۲۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۰-۱۲۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۱-۱۲۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۲-۱۲۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۳-۱۲۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۴-۱۲۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۵-۱۲۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۶-۱۲۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۷-۱۲۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۸-۱۲۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۲۹-۱۳۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۰-۱۳۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۱-۱۳۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۲-۱۳۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۳-۱۳۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۴-۱۳۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۵-۱۳۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۶-۱۳۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۷-۱۳۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۸-۱۳۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۳۹-۱۴۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۰-۱۴۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۱-۱۴۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۲-۱۴۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۳-۱۴۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۴-۱۴۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۵-۱۴۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۶-۱۴۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۷-۱۴۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۸-۱۴۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۴۹-۱۵۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۰-۱۵۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۱-۱۵۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۲-۱۵۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۳-۱۵۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۴-۱۵۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۵-۱۵۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۶-۱۵۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۷-۱۵۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۸-۱۵۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۵۹-۱۶۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۰-۱۶۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۱-۱۶۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۲-۱۶۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۳-۱۶۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۴-۱۶۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۵-۱۶۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۶-۱۶۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۷-۱۶۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۸-۱۶۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۶۹-۱۷۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۰-۱۷۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۱-۱۷۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۲-۱۷۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۳-۱۷۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۴-۱۷۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۵-۱۷۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۶-۱۷۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۷-۱۷۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۸-۱۷۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۷۹-۱۸۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۰-۱۸۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۱-۱۸۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۲-۱۸۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۳-۱۸۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۴-۱۸۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۵-۱۸۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۶-۱۸۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۷-۱۸۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۸-۱۸۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۸۹-۱۹۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۰-۱۹۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۱-۱۹۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۲-۱۹۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۳-۱۹۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۴-۱۹۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۵-۱۹۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۶-۱۹۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۷-۱۹۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۸-۱۹۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۱۹۹-۲۰۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۰-۲۰۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۱-۲۰۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۲-۲۰۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۳-۲۰۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۴-۲۰۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۵-۲۰۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۶-۲۰۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۷-۲۰۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۸-۲۰۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۰۹-۲۱۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۰-۲۱۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۱-۲۱۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۲-۲۱۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۳-۲۱۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۴-۲۱۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۵-۲۱۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۶-۲۱۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۷-۲۱۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۸-۲۱۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۱۹-۲۲۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۰-۲۲۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۱-۲۲۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۲-۲۲۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۳-۲۲۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۴-۲۲۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۵-۲۲۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۶-۲۲۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۷-۲۲۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۸-۲۲۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۲۹-۲۳۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۰-۲۳۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۱-۲۳۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۲-۲۳۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۳-۲۳۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۴-۲۳۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۵-۲۳۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۶-۲۳۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۷-۲۳۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۸-۲۳۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۳۹-۲۴۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۰-۲۴۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۱-۲۴۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۲-۲۴۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۳-۲۴۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۴-۲۴۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۵-۲۴۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۶-۲۴۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۷-۲۴۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۸-۲۴۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۴۹-۲۵۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۰-۲۵۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۱-۲۵۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۲-۲۵۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۳-۲۵۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۴-۲۵۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۵-۲۵۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۶-۲۵۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۷-۲۵۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۸-۲۵۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۵۹-۲۶۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۰-۲۶۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۱-۲۶۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۲-۲۶۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۳-۲۶۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۴-۲۶۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۵-۲۶۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۶-۲۶۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۷-۲۶۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۸-۲۶۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۶۹-۲۷۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۰-۲۷۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۱-۲۷۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۲-۲۷۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۳-۲۷۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۴-۲۷۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۵-۲۷۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۶-۲۷۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۷-۲۷۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۸-۲۷۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۷۹-۲۸۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۰-۲۸۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۱-۲۸۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۲-۲۸۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۳-۲۸۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۴-۲۸۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۵-۲۸۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۶-۲۸۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۷-۲۸۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۸-۲۸۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۸۹-۲۹۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۰-۲۹۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۱-۲۹۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۲-۲۹۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۳-۲۹۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۴-۲۹۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۵-۲۹۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۶-۲۹۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۷-۲۹۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۸-۲۹۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۲۹۹-۳۰۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۰-۳۰۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۱-۳۰۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۲-۳۰۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۳-۳۰۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۴-۳۰۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۵-۳۰۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۶-۳۰۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۷-۳۰۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۸-۳۰۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۰۹-۳۱۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۰-۳۱۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۱-۳۱۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۲-۳۱۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۳-۳۱۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۴-۳۱۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۵-۳۱۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۶-۳۱۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۷-۳۱۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۸-۳۱۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۱۹-۳۲۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۰-۳۲۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۱-۳۲۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۲-۳۲۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۳-۳۲۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۴-۳۲۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۵-۳۲۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۶-۳۲۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۷-۳۲۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۸-۳۲۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۲۹-۳۳۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۰-۳۳۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۱-۳۳۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۲-۳۳۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۳-۳۳۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۴-۳۳۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۵-۳۳۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۶-۳۳۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۷-۳۳۸ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۸-۳۳۹ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۳۹-۳۴۰ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۴۰-۳۴۱ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۴۱-۳۴۲ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۴۲-۳۴۳ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۴۳-۳۴۴ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۴۴-۳۴۵ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۴۵-۳۴۶ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۴۶-۳۴۷ ساعت، ۰/۵ کمتر ۳۴۷-۳۴۸ ساعت،

جدول ۱: مقایسه میانگین شدت و مدت درد بعد از دو ماه درمان و دو ماه بعد از خاتمه درمان

در دانشآموزان دختر دبیرستانی مبتلا به دیسمنوره اولیه بر حسب گروههای مطالعه

| معیار مورد بررسی | گروه | تعداد | انحراف معیاری میانگین | شاخص آزمون | P-value |
|--------------------------|------------------|-------|-----------------------|------------|---------|
| بعد از ۲ ماه درمان | روغن ماهی پلاسبو | ۲۲ | ۱۶/۰۵±۱/۱ | $U=100$ | ۰/۰۰۱* |
| | روغن ماهی پلاسبو | ۲۲ | ۲۱/۹۵±۰/۳ | | |
| مدت درد (ساعت) | روغن ماهی پلاسبو | ۲۲ | ۱۱/۸۱±۲۶/۲۲ | $t=272$ | ۰/۰۰۴** |
| | روغن ماهی پلاسبو | ۲۲ | ۳۸/۴۵±۳۷/۷ | | |
| ۲ ماه بعد از خاتمه درمان | روغن ماهی پلاسبو | ۲۲ | ۱۵/۴۸±۱/۶ | $U=87/5$ | ۰/۰۰۰* |
| | روغن ماهی پلاسبو | ۲۲ | ۲۹/۵۲±۵/۷ | | |
| مدت درد (ساعت) | روغن ماهی پلاسبو | ۲۲ | ۱۱/۷۵±۲۶/۲۵ | $t=27$ | ۰/۰۱** |
| | روغن ماهی پلاسبو | ۲۲ | ۳۸/۴۵±۳۸/۴۲ | | |

* Mann-Whitney U-test , ** Independent two samples t-test

می توان نتیجه گرفت که روغن ماهی در کاهش شدت درد دیسمنوره ، تأثیر قابل توجه دارد که از این جهت نتایج این مطالعه مشابه نتایج مطالعه Kottenhahn بود (۲۰).

در یک small trial که توسط Wilson و همکاران در سال ۲۰۰۱ انجام شد ، روغن ماهی در درمان دیسمنوره مؤثرتر از پلاسبو بوده است. اما در آن مطالعه میزان روغن ماهی ۴ گرم بوده است (۲۱).

در مطالعه ما ، ۲ ماه بعد از خاتمه درمان نیز بررسی شدت درد نشان داد که باز هم متوسط شدت درد گروه روغن ماهی با اختلاف معنی داری از گروه پلاسبو کمتر بود. بنابراین بعد از ۲ ماه از خاتمه درمان ، تأثیر قرص روغن ماهی از پلاسبو بیشتر بوده و باقی مانده است.

مدت درد یکی دیگر از عوامل بررسی شده بود. متوسط مدت درد قبل از شروع درمان در دو گروه اختلاف معنی داری نداشتند. اما پس از ۲ ماه تجویز دارو و پلاسبو، این دو گروه از نظر مدت درد تفاوت معنی داری پیدا کردند و متوسط مدت درد گروه روغن ماهی کمتر از گروه پلاسبو بود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که روغن ماهی در کاهش مدت درد دیسمنوره نیز ، تأثیر قابل توجه دارد. در مطالعه Deutch و همکاران در سال ۲۰۰۰ در دانمارک کارایی درمان با روغن ماهی و روغن خوک دریایی با ترکیب روغن ماهی و ویتامین ب ۱۲ سنجیده شد (۲۲) ، که اثر درمان با روغن ماهی و ویتامین ب ۱۲ پایدارتر بوده است که پایایی درمان در آن مطالعه بعد از دو ماه سنجیده شده است که در مطالعه ما نیز ۲ ماه بعد از خاتمه درمان مدت درد در دو گروه بررسی شد. مشاهده شد که باز هم متوسط مدت درد گروه روغن ماهی با اختلاف معنی داری از گروه پلاسبو کمتر بود. بنابراین بعد از ۲ ماه از خاتمه درمان ، تأثیر کپسول روغن ماهی از پلاسبو بیشتر بوده و باقی مانده است.

نظر آماری اختلاف چشمگیری نداشتند.

میانگین شدت درد و مدت درد ، قبل از تجویز کپسول ها به ترتیب در گروه روغن ماهی ۲۱/۹۱ و ۳۴/۴۷ ساعت و در گروه پلاسبو ۲۳/۰۹ و ۴۰/۷۲ ساعت بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری ندارند.

بعد از ۲ ماه درمان ، میانگین شدت درد (VAS) در گروه روغن ماهی ۱۶/۰۵ و در گروه پلاسبو ۲۸/۹۵ بود که اختلاف معنی داری دارند. میانگین مدت درد نیز در این زمان ، در گروه روغن ماهی ۱۱/۸۱ ساعت و در گروه پلاسبو ۳۸/۴۵ ساعت بود که اختلاف معنی داری دارند (P<۰/۰۵). ۲ ماه بعد از خاتمه تجویز کپسول ها نیز میانگین شدت درد (VAS) در گروه روغن ماهی ۱۵/۴۸ و در گروه پلاسبو ۲۹/۵۲ بود و اختلاف معنی داری داشتند (P<۰/۰۵). همچنین میانگین مدت درد در گروه روغن ماهی ۱۱/۷۵ ساعت و در گروه پلاسبو ۳۸/۴۵ بود و اختلاف معنی داری داشتند (جدول ۱) (P<۰/۰۵).

بحث

در این مطالعه میانگین سن ، سن منارک و میانگین مدت بیماری دو گروه یکسان بود و اختلاف آماری معنی داری نداشتند. این ۳ عامل در دیسمنوره مؤثر هستند و از آنجا که از نظر این عوامل دو گروه مشابه بودند ، دو گروه قابل مقایسه بودند. همچنین دو گروه از نظر فراوانی افرادی که قاعدگی منظم یا نامنظم و یا علایم PMS داشتند ، اختلاف چشمگیری نداشتند و این قضیه مشابه دو گروه تحت مطالعه را موکد می کرد.

شدت درد دیسمنوره در ابتدای مطالعه (قبل از تجویز دارو) دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ، اما پس از ۲ ماه تجویز (VAS) دارو و پلاسبو، این دو گروه از نظر شدت درد (متوسط تفاوت معنی داری پیدا کردند و متوسط شدت درد (متوسط VAS) گروه روغن ماهی کمتر از گروه پلاسبو بود. بنابراین

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که کپسول روغن ماهی بعد از ۲ ماه مصرف نسبت به پلاسبو، اثر قابل توجهی در کاهش شدت و مدت درد دیسمنوره اولیه داشته و تا ۲ ماه پس از خاتمه درمان نیز اثر آن از پلاسبو بیشتر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

در انتهای لازم می‌دانم از زحمات آقای دکتر فرمابنبردار و خانم دکتر علی‌بیگ سپاسگزاری نمایم.

References

- 1) Jamieson DJ, Stegge JF. The prevalence of dysmenorrhea, dysparenia pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstetrics & Gynecology*. 1996; 87: 55-8.
- 2) Harlow SD, Park M. A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1996 Nov;103(11):1134-42.
- 3) Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol*. 1982; 144(6):655-60.
- 4) Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990; 97(7):588-94.
- 5) Dawood MY. Ibuprofen and dysmenorrhea. *Am J Med*. 1984; 77(1A):87-94.
- ۶) دچرنی آن. کارنت زنان ۱۹۹۹. جلد ۲ ترجمه قطبی، نادر و همکاران. تهران: مؤسسه فرهنگی - انتشاراتی تیمورزاده. ۱۳۷۷-۷۸. ۶۹ تا ۶۷ صفحات
- 7) Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's *Obstetrics and Gynecology*. 9th Ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2003; 45:757-767.
- 8) Berek JS. *Novak's Gynecology: Self-Assessment and Review*. 13 Ed. Philadelphia. Williams and Wilkins. 2002; 421-453.
- 9) Milsom I, Hedner N, Mannheimer C. A comparative study of the effect of high-intensity transcutaneous nerve stimulation and oral naproxen on intrauterine pressure and menstrual pain in patients with primary dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol*. 1994; 170(1 Pt 1):123-9.
- 10) Kaplan B, Peled Y, Pardo J, Rabinerson D, Hirsh M, Ovadia J, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) as a relief for dysmenorrhea. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1994; 21: 87-90.
- 11) Lewers D, Clelland JA, Jackson JR, Varner RE, Bergman J. Transcutaneous electrical nerve stimulation in the relief of primary dysmenorrhea. *Phys Ther*. 1989; 69(1):3-9.
- 12) Chen FP, Chang SD, Chu KK, Soong YK. Comparison of laparoscopic presacral neurectomy and laparoscopic uterine nerve ablation for primary dysmenorrhea. *J Reprod Med*. 1996; 41(7):463-6.
- 13) Helms JM. Acupuncture for the management of primary dysmenorrhea. *Obstet Gynecol*. 1987; 69(1):51-6.
- 14) Deutch B. Menstrual pain in Danish women correlated with low n-3 polyunsaturated fatty acid intake. *Eur J Clin Nutr*. 1995 Jul;49(7):508-16.
- 15) Harel Z, Biro FM, Kottenhahn RK, Rosenthal SL. Supplementation with omega-3 polyunsaturated fatty acids in the management of dysmenorrhea in adolescents. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 174(4):1335-8.
- 16) [No authors listed] Transdermal nitroglycerine in the management of pain associated with primary dysmenorrhoea: a multinational pilot study. The Transdermal Nitroglycerine/Dysmenorrhea Study Group. *J Int Med Res*. 1997; 25(1):41-4.
- 17) Gokhale LB. Curative treatment of primary (spasmodic) dysmenorrhea. *Indian J Med Res*. 1996; 103:227-31.
- 18) Benassi L, Barletta FP, Baroncini L, Bertani D, Filippini F, Beski L, et al. Effectiveness of magnesium pidolate in the prophylactic treatment of primary dysmenorrhea. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1992; 19(3):176-9.
- 19) Coco AS. Primary dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 1999; 60(2):489-96.
- 20) Harel Z, Biro FM, Kottenhahn RK, Rosenthal SL. Supplementation with omega-3 polyunsaturated fatty acids in the management of dysmenorrhea in adolescents. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 174(4):1335-8.
- 21) Wilson ML, Murphy PA. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (3):CD002124.
- 22) Deutch B, Jorgensen EB, Hansen JC. Menstrual discomfort in Danish women reduced by dietary supplements of Omega-3 PUFA and B12 (fish oil or seal oil capsules). *Nutr RES*. 2000; 20: 621-631.