

دیسمنوری

بعضی از زنان هنگام قاعدگی احساس درد میکنند - در بسیاری از موارد درد ناچیز است و زن میتواند بایک قرص آناژزیک فعالیت اجتماعی خود را ادامه دهد .
تنها مواردی مورد توجه ماست که در این موارد درد قاعدگی شدید است و در این هنگام فعالیت زن بطور ناگهانی قطع میشود و لازم است که بستری شود و دردها باندازه‌ای شدید است که الزام پیدا میکند زن در بستر بخوابد .

درنزدیک زن دیسمنوریک شش سوال اصلی از او قابل طرح است . بدین نحو:
سوال اول - چه وقت دردها آشکار شده است - آیا در اولین رگلهای یا بعد از چند سال که از رگلهای بدون درد گذشته است شروع شده بدین معنی که آیا اولیه بوده یا ثانوی .
سوال دوم - آیا تمام رگلهای دردناک هستند ؟ زیرا غالباً اتفاق افتاده است که در فواصل بین رگلهای دردناک رگل بی درد هم وجود دارد .

سوال سوم - آیا دردهای شما ماه بماه افزایش می یابد ؟
سوال چهارم - در چه لحظه‌ای درد بوجود می آید ؟

آیا قبل از رگل درد دارید ؟ آیا در شروع رگل درد دارید ؟ آیا در تمام مدت رگل درد دارید ؟ آیا در پایان رگل درد دارید ؟ جواب این سئوالات ممکن است بنحو قاطعی برای تشخیص نوع بیماری و معالجه آن مفید باشد .

سوال پنجم - چگونه درد میکشید آیا انقباض رحمی کم و بیش منظمی دارید ؟ آیا این انقباض شدید است یا آنکه بجای دیگر سرایت میکند یا بالعکس در مدوام اسپاسمودیک شما را ناراحت میکند بنحویکه چنین بنظر می آید که آلت تناسلی شما توسط یک چنگکی تحت فشار قرار گرفته است .

سوال ششم - آیا درد تنها علامت است و یا همراه سایر دردها (از قبیل میگرن) - حالت تهوع کهیر و غیره است . در حقیقت شما در مقابل نوعی بیماری قرار گرفته اید که گاهی با تب هم توأم است

* استاد یار جراحی زنان

** ترجمه از مجله سومن دزوپیتو - سال ۶۰ - ۱۹۵۹ - شماره ۹۵ - بقلم ژان سگی .

سؤال هفتم - آیا دیسمنوره شما در موارد مقاربت و شیردادن روبه بهبودی می‌رود یا تشدید می‌یابد و آیا که اصولاً تغییر نمی‌کند. قابل توجه است که جواب‌ها در موارد گوناگون بینهایت متنوع است. بموجب جوابهایی که داده می‌شود متخصص متوجه گروه‌های کاملاً مختلف دیسمنوره می‌شود.

۱- دیسمنوره با مانع - ۲٪ دیسمنوره‌ها از این قبیل است. این نوع دیسمنوره مشخصات سه گانه زیر را دارا می‌باشد:

الف) درد قبل از دوران قاعدگی نبوده بلکه مقارن با شروع آن ایجاد می‌شود.
ب) حداکثر درد در ساعات اولیه رگل است بمحض شروع جریان خون درد متوقف می‌شود بیماران انقباضاتی را در رحم احساس می‌کنند که مشابه انقباضات زایمانی است ولی بهیچوجه انقباضات مداوم نیستند بلکه این انقباضات درد های خفیفی ایجاد مینماید که در حقیقت، میتوان گفت که این دیسمنوره مداوم نبوده بلکه متناوب است.

ج) از خواص این دردها آنستکه به کمر و قسمت قدامی رانهای دوطرف توسعه می‌یابد. این دیسمنوره‌های با مانع خوشبختانه در مواقعیکه ایجاد می‌شوند همراه با سایر نشانه‌ها نبوده بدون درد سر - بدون تهوع - بدون استفراغ است و تنها درد علامت اصلی و منحصر بفرد می‌باشد. گاهی شدت درد بحدی است که بیمار را مواجهه با یک سنکوپ مینماید و بدنبال آن یک آستنی شدید بوجود می‌آورد. این قبیل دیسمنوره بعلت مانع مکانیکی مانع از خروج رگل شده و درد ایجاد میکند.

دلایل این قبیل دیسمنوره‌ها فراوان است - بعضی مادرزادی است - تنگی ایسم و رتروزیون - باز نشدن دهانه رحمی که بدنبال خود همتومتری دارد. یک نوع دیگر از دیسمنوره با مانع وجود دارد که بعلت درمناهای غلط زنانه بنحو مصنوعی ایجاد می‌شود مثل تنگی و چسبندگی دهانه رحم بعد از سوزاندن سر رحم - چسبندگی بعد از کورتاژ - فشار دهانه رحم بواسطه تومور طرفی رحم. فیبرم یا کیست محبوس شده داخل لیگامان پهن - بانجام یک هیستروگرافی میتوان تمام موارد ذکر شده بالا را تشخیص داد.

معالجه - مانع باید از بین برود - گشاد کردن گردن ایسم - عمل رتروزیون - برداشتن غده لاترواوترین که اغلب در داخل لیگامان پهن محصور است - قطع چسبندگی - اینها کافی است که درد قاعدگی را از بین ببرد و بیمار معالجه شود. دیسمنوره با مانع بهترین نوع دیسمنوره‌ها است که با معالجه صحیح نتیجه بسیار مطلوبی از آن بدست می‌آید.

۲- دیسمنوره بعلت آندومتریوز ۵٪ از دیسمنوره‌ها از این قبیل هستند ولی بنظر میرسد که این عدد قابل بحث و تعمق است زیرا تشخیص آندومتریوز خیلی مشکل است و غالباً

قهوه - دخانیات وحذف همه گونه خستگی های فراوان - تزریق داخل رگ نووکائین ۱٪ هنگام شروع درد اما اثر تسکینی آن موقتی است .

آفای فیس اعلام کرده است که اثر خوب نووکائین در نقاط ژنیتال « پیتوتیتردولا کو-پونکتور » نتیجه بسیار خوبی دارد - درفاکتور آلرژیک که علائم آن بخوبی آشکار و واضح باشد علاوه بر معالجات آنتی هیستامینیک گاهی معالجه بدین ترتیب است که درحین درد با سرنگ خون بیمار را گرفته و سرم آنرا قبل از رگل به بیمار تزریق مینمایند مسکنات باید با احتیاط بکار روند کدئین بصورت سولفات قابل تزریق است و باید توجه شود که همراه با پاپاورین باشد که اثر آن بهتر خواهد بود .

۴- دیسمنوره بعلت از یون ارگانیک سمپاتیک پابون - . ۱٪ موارد از این قبیل هستند درد قبل از قاعدگی شروع میشود همچنانکه در حالیکه سمپاتیک لزیون پیدا کرده باشد - این درد در ابتدای قاعدگی 'وچ' بگیرد تا خروج اولین قطره های خون از رحم که درد بتدریج و آهستگی کم شده سپس قطع میگردد . درد در تمام قاعدگیها ثابت است و با افزایش عمر بیمار تدریجاً شدت آن زیاد میشود و بجائی میرسد که دیگر غیر قابل تحمل میگردد - این درد با نزدیکی با سرد و آبستنی تسکین نمی یابد این لزیون سمپاتیک لزیون عصبی است که نه تنها اعصاب بلکه گانگلیونها مبتلا میباشند این لزیون سمپاتیک ادامه داشته و با بعات لزیون اعضای مجاور زیاد خواهد شد .

۱- بلوی پریتنویت مزمن .

۱- دوگلا سیت .

۳- پریتنویت سالپنژیت .

انفلامسیون رحمی نیز میتواند این زخم هارا تولید کند دیده شده است که بعضی از این قبیل دیسمنوره ها پس از قطع یک یوایپ گردن رحم یا خوب شدن یک متریت بهبودی یافته اند ولی اغلب تظاهراتی نمیتوان پیدا کرد حجم رحم معمولی است مخاط آن طبیعی ولی باوجود این نزد این قبیل زنان یکمرتبه درام قاعدگی شروع شده و چهار تا پنج روز طول میکشد - تشخیص اینگونه دیسمنوره ها بوسیله سئوالات از بیمار داده میشود .

بالارفتن شدت درد قبل از قاعدگی زیاد شدن آن سال بسال . و آبستنی تأثیر منفی بر وی آن دارد .

معالجه - دارو باید بر روی پلکسوس سمپاتیک لزه شده (مجروح) اثر نماید . زمان اثر نووکائین در روی شبکه سمپاتیک کنار رحمی زیاد نیست بلکه عمل جراحی Cotte در قطع عصب پرسیا کره در تراز سطح قدامی پنجمین لومبر و پرومونتوار انجام میشود و نتایج این جراحی

سورد بحث متخصصین است بعضی‌ها عقیده دارند که در ناحیه پراساکره فیبر حساسی وجود ندارد فکر میکنند که نتایج بهبودی بعلت قطع یک ضمیمه‌ای از عصب و درعین حال عمل جراحی روتروفلکسیون رحم است .

بعضی‌ها برعکس انتشار میدهند که شصت الی ۷۰ درصد بهبودی دارد بعقیده ما باید فیبر سمپاتیک نزدیک رحم را در ناحیه ساکروژنیتال قطع کرد آقای دونه شبکه عصبی پارا اوترین را قطع میکنند حتی بعضی پیشنهاد میکنند که گانگلیون لی و فرانکلن هوزن را الکلیزه کنند ولی این عمل برای نظم کار مثانه و رکتوم خطر دارد .

با وجود تمام درمان‌هاییکه در نظر گرفته اند گاهی درد آتقدر غیر قابل تحمل است که زن خود کشی میکند در این حالت نهائی بعضی اوقات هیستروکتومی و یا رادیوتراپی در نظر گرفته میشود ولی این عمل برای زن جوان مضر و موجب ناراحتی است .

۵. دیسمنوره بعلت حساسیت زیاد سمپاتیک پلوین (. ۴ درصد از این قبیلند) .

سمپاتیک‌ها بدون لزوی میتوانند در بعضی شرایط حساسیت پیدا کنند- دیسمنوره‌ای که در نتیجه این حساسیت پیدا میشود بمحض حذف علت تحریک بهبودی کامل پیدا میکند . علت‌هاییکه این تحریکات را ایجاد میکند عملاً دوتا هستند .

الف- هیپوپلازی ژنیتال- محققان در یک رحم هیپوپلازیه در انتهای عصب سمپاتیک حساسیت زیاد پیدا میشود اینگونه دیسمنوره در سوالات از بیمار با علائم زیر شناخته میشود :

درد چندین روز قبل از قاعدگی شروع و حداکثر آن در ابتدای قاعدگی است این دیسمنوره‌ها بانزدیکی با سردبتر شده و با آبستنی و شیردادن بهبودی حاصل میکند - این دیسمنوره‌ها در ماههای متفاوت قاعدگی تغییر پیدا میکند اغلب یکی از رگل‌ها دردناک نیست یا مثلاً در موقع تعطیلات تابستان و یا تعویض نوع زندگی درد تغییر حاصل میکند تشخیص هیپوپلازی رحم آسان است . بوسیله امتحان ژینکولوژی و هیستروگرافی بالی بیودل در توشه واژینال رحم کوچک و در حال آنته ورسه و یا رتروفلکسیون است و یا اغلب رحم دارای اشکال غیر معمولی رحم دوپل میباشد . گردن رحم کوچک کشیده سخت و کم حس است و اگر یک هیستروسالپنکوگرافی کنیم حجم رحم کوچک لوله‌های قابل نفوذ کشیده و پریپیچ و خم هستند در سان این حالات شکلهای مختلف دارد اگر صبر کنیم خواهیم دید دردها از بین خواهد رفت خواه خودبخودی خواه بانزدیکی با سرد کرد که رشد رحم را بعلت تحریک کردن رحم زیاد میکند و یا با آبستن شدن و شیردادن . این زنان باید زندگی سالم هوای آزاد - ورزش و غیره داشته باشند .

در هر قاعدگی باید دردها را با داروهای مانند اسپیرین یا پاورین کدئین تسکین داد -

اگر زن آبتن نشود باید ماساژ ژنیکولژی از طریق فرجی یا مقعدی داد. معالجه با رفتن بآب‌های معدنی - تنظیم کردن وزن بدن - لاغر کردن چاق‌ها با عصاره تیروئید و چاق کردن بی‌قوتها با رژیم کالری دهنده.

ب- نامنظمی هرمنی- نامنظمی هورمون مخصوصاً هورمون ژنیتال رل مهمی را در دیسمنوره بازی میکند این رل مانند رل چکش محکمی است بر روی سندان نامحکم که بدین ترتیب قابل تقسیم است:

۱- زیادی استروژن انقباض کوچک و سریع رحمی را ایجاد میکند میتواند گفت ۲۰٪ زنان دیسمنوریک دارای یک آندومتر فولیکولینی قبل از قاعدگی میباشد معذکک زیادی استروژن همیشه باعث دیسمنوره نمیشد در نتیجه یک حالت بیماری رحمی غیر قابل بحث «متروپاتی دوشرودر» وجود دارد - بدون هیچ درد و در دوران قاعدگی.

۲- زیادی پروژسترون موجب دیسمنوره مامبرانوز میگردد این نوع دیسمنوره یک نشانه بخصوص دارد دردها قبل از قاعدگی شروع شده و ناگهان یک مامبران کم و بیش ضخیم و یا اغاب چند قطعه‌ای خارج شده درد قطع میگردد اینگونه دیسمنوره‌های مامبرانوز نزد بعضی از زنها همراه در بعضی هردوماه یکمرتبه و بالاخره نزد کسان دیگر سه و چهار مرتبه در سال ظاهر میشود.

۳- ترشحات هورمونی قبل از آبتنی (پروگروئیدیک) بنظر میرسد دیسمنوره ایجاد میکند چنانچه این ترشحات را بوسیله منع کار هیپوفیز از بین ببریم دردهای رگل را از میان خواهیم برد. خوب است تجزیه قابل توجه وارانگورا بدانیم ایشان دو تخمدان زنی را که دیسمنوره ولژیون آنکس و رحم دابل داشت قطع کردند پس از تزریق استرادیول دردهای قاعدگی از بین رفت ولی ماه بعد به بیمار استروژن و پروژسترون تزریق کرد یک قاعدگی بسیار دردناک ایجاد شد بحث درباره تجربه فوق‌الذکر آقای وارانگو مطالب زیادی را بمیان آورد.

فکر میکردند بعلت منع کار هیپوفیز و عدم تخمک‌گذاری است ولی بنظر نمیرسد که حقیقت داشته باشد زیرا سیکل‌های بدون تخمک‌گذاری وجود دارد.

فکر میکردند که لوتئین انقباض رحم را زیاد میکند.

فکر میکردند ماده‌ای که از نتیجه متابولیسم استروژن حاصل میشود باعث این دیسمنوره میگردد.

این درمان یعنی منع کار هیپوفیز در تمام حالات موفقیت پیدا نمیکند و حتی این درمان خوب نیست زیرا باعث نازائی میگردد.

۴- زیادی هورمون هیپوفیز قداسی - منع کار هیپوفیز در حالیکه فولیکولین ولوتئین را

کم میکند نتایج خوبی در بعضی حالات دارد ولی تحریک کار هیپوفیز روی تمام اعضاء اثر میکند و همچنین روی رحم اثر دارد. فکر میکنیم که این تحریکات هیپوفیز یک عمل کنترسیون روی سیستم سمپاتیک داشته و حالت آنرا زیاد میکند و این نکته قابل اهمیت است.

ماروی نظر دوم پانشاری میکنیم و آن اینکه عمل تحریکات همیشه با ترشح هیستامین همراه است و همین دلیل بر آنست که نزد زنان دیسمنوریک اعمال آلرژیک ملاحظه میگردد.

۵- هیپوفیز خلفی - بنظر میرسد که آن نیز در بعضی از دیسمنوره‌ها رل مهمی را بازی میکند. عقیده دارند که عامل اصلی دیسمنوره ماده اسیتوسیت شیبیه پوماد وازو کونستروکتیو مارکی باشد تزریق هیپوفیز خلفی از رگل همواره دیسمنوره را نزد این بیماران تشدید میکند آقای فیلیش عقیده دارد که ادرار زنان دیسمنوریک یک اسیتوسیک معادل باشدت دیسمنوره دارد تشخیص اینگونه دیسمنوره‌ها از این قرار است :

۱- نشانه‌های بالینی .

اغلب در آغاز قاعده شدن چندین رگل بی درد وجود دارد فکر میکردند که این بعلت سیکل بدون تخمک گذاری در آغاز رگل میباشد ولی ما عقیده داریم که ترشحات تحریکاتی در آغاز قاعده شدن زیاد نیست و بهمین علت درد وجود ندارد.

دردها چند ساعت و یا چند روز قبل از هویدا شدن رگل آشکار میگردد و قطع نمیشود مگر با شروع جریان خونریزی رحمی - این دیسمنوره‌های هورمونی بوسیله نزدیکی با مرد خوب نشده بلکه اغلب زیاد میشود - آبستنی تأثیر ندارد - آزمایشگاه در این حالت کمک سودمندی مینماید .

اندازه گیری استروژن در ادرار چهاردهمین روز رگل .

اندازه گیری گونادواستیمولین در شانزدهمین روز رگل .

بیوپسی آندومتر و اندازه گیری پرگناندیول در بیست و چهارمین روز رگل .

اندازه گیری قدرت اوسیتوسیک سرم در خون وریدی در ابتدای قاعدگی و حتی اگر ممکن باشد در خون قاعدگی .

در درمان اینگونه دیسمنوره‌ها باید نظمی بین ترشحات استروژن و آنتی استروژن ایجاد کرد بر حسب نقصان آنها که آزمایش نشان خواهد داد .

اگر هیپروفلیکولین اسی باشد با تزریق جسم زرد درمان نموده و تعادل برقرار میگردد . تزریق هورمون نر (مال) با اندازه صد میلی گرم در ابتدای سیکل که ترشحات هیپوفیز را کم میکند تا از ترشحات فولیکولین و لوتئین جلو گیری شود چنانچه لوتئین زیاد ترشح میشود کیست لوتئینیکی در امتحان زنانه بصورت توموری بالای رحم حس میشود که راه معالجه

آن عمل جراحی یا تزریق فولیکولین است .

نتیجه اول

۱) دیسمنوره بعلت حساسیت شدید سمپاتیک همیشه بیشتر است ($\frac{۲}{۴}$ سوارد) این حساسیت شدید سمپاتیک میتواند بعلت لزیون باشد (لوکالیزه یا ژنرالیزه . ۲۰٪ سوارد) ولی اغلب اوقات بعلت حساسیت شدید فونکسیونل سمپاتیک میباشد (۴۰٪ سوارد) .
تشخیص - از نظر بالینی رل حساسیت سمپاتیک بدین قرار است .

درد قبل از جریان خون قاعدگی (۲ تا ۴ روز) - ظهور خون - معمولا در ابتدای رگل یک ایسکمی آندومتر وجود دارد و علت آن اسپاسم شریان ماریچی در طبقه بازال است این امر بوسیله مارکی مشاهده شده است در نزد زنان عادی این اسپاسم کم طول کشیده و حس نمیشود ولی هنگامیکه یک لزیون سمپاتیک وجود داشته باشد این درد شدت یافته و دیسمنوره سمپاتیک بوجود میآورد از لحاظ بالینی یک حالت اسپاسمودیک وجود دارد رحم سخت برجسته و مانند رحم در حال - ققط میباشد این اسپاسم در کنار گردن رحم و ایسم جایگزین میگردد بعد از این مرحله انقباض یک جنگ حقیقی بین کنترسیون فیزیولوژی قبل از قاعدگی و ایسکمی آندومتر ایجاد میشود و بهمین علت انقباضات دردناکی برای تخریب این سد بوجود میآید این انقباضات اغلب بسیار شدیدند .

نتیجه دوم

نتیجه دوم که برای ما استنباط میشود اینست که یک دیسمنوره وجود ندارد بلکه دیسمنوره های متعددی با علت و درمان کاملاً متفاوت وجود دارند بهمین علت است که همانطور که ذکر شد توصیه میشود سئوالاتی که در ابتدای این مقاله ذکر شده از بیمار مورد نظر بعمل آید تا بتوان نوع دیسمنوره را در رده بندی ذکر شده جستجو نمود و به عمل جده آن پرداخت همچنانکه ما کوشش کردیم این موضوع را نشان دهیم .