

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد شاهرود
دانشکده علوم پزشکی، گروه پزشکی
پایان نامه برای دریافت درجه دکترا ای حرفه ای

عنوان:

بررسی تأثیر روش رفلکسولوژی بر دیس منوره اولیه

استاد راهنما:

دکتر مهناز نوری

استاد مشاور:

دکتر لیلا خجسته

نگارش:

مریم احمدی

تابستان ۹۳



Islamic Azad University
Shahroud Branch
Faculty of Medical - Department Of Medicine
M.D Thesis On Medical

Subject:

The Effect of Reflexology Method on Primary
Dysmenorrhea

Supervisor:

Dr. M. Nouri

Consulting Advisors:

Dr. L. Khojasteh

By:

Maryam Ahmadi

Summer 2014

سپاسگزاری:

سپاسگزارم خدای بی همتا را که در لحظه لحظه زندگی ام وجودش را با تمام وجودم حس کرده و در تمام طول حیاتم از او یاری طلبیده و می طلبم.

با سپاس از:

استاد ارجمند سرکار خانم دکتر مهناز نوری

که خالصانه علم و تجربه خود را در اختیار من قرار داده و روشنگر راهم در تنظیم پایان نامه ام بوده است.

تقدیم به:

تقدیم به پدر و مادر مهربانم که وجودم برایشان همیشه رنج و وجودشان برایم مهر بود، آنان که فروغ نگاهشان و گرمی کلامشان و روشنی رویشان سرمایه های جاودان زندگیم هستند. آنان که راستی قامت در شکستگی قامتشان تجلی یافت، در برابر وجود با عظمتشان زانوی ادب بر زمین می نهیم. با دلی مملو از عشق و محبت بر دستانشان بوسه می زنم.

تقدیم به اساتید عزیزم

سرکار خانم دکتر نوری

و سرکار خانم دکتر خجسته

که در این راه در کنار من بودند و دلسوزانه مرا در تمامی مراحل تحقیق و نگارش این پایان نامه یاری نمودند. از زحمات بی دریغ ایشان قدردانی می کنم و از خداوند متعال بهترینها را برایشان مسئلت می نمایم.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده	۱
فصل اول: معرفی پژوهش	
۱-۱ مقدمه	۳
۲-۱ اهداف علمی	۶
۱-۲-۱ هدف کلی	۶
۲-۲-۱ اهداف فرعی طرح	۶
۳-۲-۱ سوالات تحقیق	۶
۳-۱ فرضیات تحقیق	۷
فصل دوم: دانستنی های موجود در پژوهش	
۱-۲ بررسی متون	۹
۱-۱-۲ چرخه قاعدگی طبیعی	۹
۱-۱-۱-۲ فقدان عادت ماهانه (آمنوره) (AMENORRHEA)	۱۰
۱-۱-۱-۱-۲ آمنوره اولیه	۱۰
۱-۱-۱-۱-۲ آمنوره ثانویه	۱۰
۱-۱-۱-۱-۲ علل آمنوره ثانویه	۱۰
۲-۱-۱-۲ خونریزی شدید طی قاعدگی (منوراژی) (Menorrhagia)	۱۱
۱-۲-۱-۱-۲ علایم منوراژی	۱۱
۲-۲-۱-۱-۲ علل منوراژی	۱۲
۳-۱-۱-۲ لکه بینی و خونریزی بین قاعدگی (متروراژی) (METRORRHAGIA)	۱۲
۱-۳-۱-۱-۲ علل خونریزی و لکه بینی بین دو سیکل	۱۲
۴-۱-۱-۲ قاعدگی دردناک (دیس منوره) (DYSMENORRHEA)	۱۳
۱-۴-۱-۱-۲ دیس منوره اولیه	۱۳

۱۳	..... ۲-۴-۱-۱-۲ دیس منوره ثانویه
۱۳	..... ۳-۴-۱-۱-۲ علایم دیس منوره
۱۴	..... ۴-۴-۱-۱-۲ علل دیس منوره اولیه
۱۴	..... ۵-۴-۱-۱-۲ عوامل تشدید کننده دیس منوره
۱۴	..... ۶-۴-۱-۱-۲ عوامل تسکین دهنده دیس منوره
۱۴	..... ۵-۱-۱-۲ سندرم پیش از قاعدگی (Premenstrual Syndrome) PMS
۱۶	..... ۲-۲ بازتاب شناسی (رفلکسولوژی)
۱۶	..... ۱-۲-۲ فلسفه بازتاب شناسی
۱۷	..... ۲-۲-۲ تاریخچه بازتاب شناسی
۱۹	..... ۳-۲-۲ موارد استفاده از رفلکسولوژی برای درمان یا بهبودی
۲۰	..... ۴-۲-۲ واکنش‌های احتمالی پس از درمان رفلکسولوژی
۲۱	..... ۵-۲-۲ یک جلسه رفلکسولوژی
۲۳	..... ۳-۲ تحقیقات در این زمینه
۲۳	..... ۱-۳-۲ نظرات موافق
۲۴	..... ۲-۳-۲ نظرات مخالف

فصل سوم: متدولوژی تحقیق

۲۶	..... ۱-۳ روش مطالعه
۲۶	..... ۱-۱-۳ نوع مطالعه
۲۶	..... ۲-۱-۳ جمعیت مورد مطالعه
۲۶	..... ۳-۱-۳ حجم نمونه
۲۶	..... ۴-۱-۳ روش نمونه گیری
۲۶	..... ۵-۱-۳ معیارهای ورود به مطالعه
۲۷	..... ۶-۱-۳ معیارهای خروج از مطالعه
۲۷	..... ۲-۳ روش انجام مطالعه
۲۷	..... ۳-۳ نحوه جمع آوری داده ها
۲۷	..... ۴-۳ ابزار گرد آوری داده ها
۲۸	..... ۵-۳ تجزیه و تحلیل داده ها
۲۸	..... ۶-۳ ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۳۰	.....	جداول
۳۳	.....	نمودارها
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری		
۳۷	.....	۱-۵ بحث
۳۹	.....	۲-۵ نتیجه گیری
۳۹	.....	۳-۵ پیشنهادات
۴۱	.....	منابع
۴۴	.....	پرسشنامه شماره ۱
۴۵	.....	پرسشنامه شماره ۲
۴۶	.....	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۳۰	جدول ۱-۴: توزیع فراوانی متغیرهای کمی در بیماران در دو گروه
۳۱	جدول ۲-۴: توزیع فراوانی سابقه خانوادگی در بیماران در دو گروه
۳۲	جدول ۳-۴: توزیع فراوانی شدت و مدت درد و میزان مصرف مسکن در بیماران در دو گروه

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۳۳	۱-۴ نمودار: توزیع فراوانی شدت درد بیماران در دو گروه
۳۴	۲-۴ نمودار: توزیع فراوانی مدت درد بیماران در دو گروه
۳۵	۳-۴ نمودار: توزیع فراوانی میزان مصرف مسکن در بیماران در دو گروه

چکیده فارسی

عنوان: بررسی تأثیر روش رفلکسولوژی بر دیس منوره اولیه

مقدمه: دیس منوره از جمله اختلالات رایج در بین خانم های مراجعه کننده به کلینیک های زنان محسوب می گردد و درمان آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است. داروها اگرچه درد را کاهش می دهند ولی سبب عوارض و صرف هزینه برای فرد می گردند. لذا در این مطالعه به بررسی تأثیر رفلکسولوژی بر دیس منوره اولیه پرداختیم که هم فاقد هزینه و هم فاقد عارضه می باشد.

روش مطالعه: این مطالعه مشاهده ای به صورت یک بررسی توصیفی – تحلیلی آینده نگر بر روی ۱۰۲ دانشجوی دختر ساکن خوابگاه های دانشگاه آزاد شاهرود که مبتلا به دیس منوره اولیه بودند، انجام گردید که ۵۱ نفر در گروه تحت رفلکسولوژی و ۵۱ نفر در گروه شاهد بودند و مدت و شدت درد و میزان مصرف مسکن در دو گروه تا سه سیکل پیگیری گردید.

یافته ها: در این مطالعه مشاهده گردید که هر چند شدت و مدت درد و میزان مصرف مسکن در ابتدای مطالعه در دو گروه مورد بررسی همسان بود ($p > 0/05$)؛ اما در ادامه به ویژه از سیکل دوم به بعد این مقادیر در گروه مداخله کمتر از گروه شاهد بودند ($p < 0/0001$).

نتیجه گیری: در انتها بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه و مقایسه آنها با سایر مطالعات مشابه صورت گرفته در این زمینه، چنین استنباط می شود که رفلکسولوژی روشی موثر و کم عارضه و بدون هزینه در جهت درمان خانم های مبتلا به دیس منوره اولیه می باشد و استفاده از آن توصیه می شود.

کلیدواژه ها: دیسمنوره، درمان، رفلکسولوژی



۱-۱ مقدمه:

دیس منوره اولیه وجود خون ریزی قاعدگی دردناک در غیاب بیماری پاتولوژیک لگنی می باشد. در دیس منوره اولیه، درد مشخصا همگام با شروع خونریزی قاعدگی آغاز می شود و به مدت ۱۲ تا ۷۲ ساعت به طول می انجامد. درد معمولا محدود به قسمت تحتانی شکم بوده و در خط وسط از بیشترین شدت برخوردار است. درد غالبا به صورت کرامپی و با شدت متناوب توصیف می شود. در برخی از زنان درد پشت و کشاله ران نیز ممکن است شدید باشد. درد شکم غالبا با تهوع، استفراغ، کوفتگی، سردرد و یک حس عمومی ناخوشی همراه است. درد معمولا در روز اول خونریزی قاعدگی بیشترین شدت را داشته و به تدریج از شدت آن کاسته می شود. شواهد اخیر نشان داده است که در هنگام قاعدگی پروستاگلاندین E2 و پروستاگلاندین F2 آلفا از آندومتر رها می شوند که عامل اصلی دیس منوره اولیه هستند.

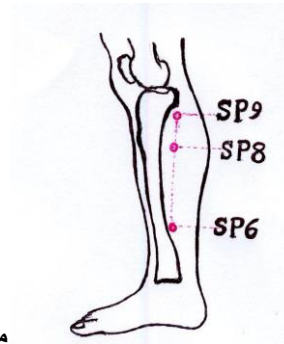
قاعدگی دردناک اولیه معمولا در سیکل های با تخمک گذاری و ۶ ماه تا یکسال بعد از شروع اولین قاعدگی رخ می دهند. اکثر نوجوانان در عرض ۳ سال بعد از منارک به قاعدگی دردناک دچار می شوند. دیس منوره تقریبا نیمی از کل قاعدگی زنان را تحت تاثیر قرار می دهد. در این میان ۱۰ درصد از زنان دارای علائم شدید بوده و اختلال در مسئولیت های روزانه آنها ایجاد می گردد. در دختران ایرانی این میزان حدود ۷۱ درصد است. دیس منوره علاوه بر مسائل جسمی و روانی می تواند سبب مشکلات اقتصادی اجتماعی نیز بگردد. قاعدگی دردناک از نظر اثرات اقتصادی و اجتماعی همیشه مورد توجه بوده است. برآورد می شود در جوامع غربی به دلیل آنکه ۴۲ درصد از نیروی کار را زنان تشکیل می دهند، با غیبت از محل کار، سالیانه میلیون ها ساعت به هدر می رود. در طی یک مطالعه، سالانه ۶۰۰ میلیون ساعت و دو میلیارد دلار ضرر را در اثر دیس منوره تخمین زده اند. از سوی دیگر دیس منوره بر تصور دختران جوان از زن بودن و حتی روش زایمان آنها تاثیر گذاشته و باعث ایجاد بسیاری از مشکلات فردی می گردد که بر خانواده آن ها تاثیر می گذارد.

به طور کلی درمان های دیس منوره را می توان به دو دسته درمان های دارویی و غیر دارویی تقسیم کرد. از درمان های دارویی می توان به مهارکننده های پروستاگلاندین سنتتاز (داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی NSAID) و قرص های جلوگیری از بارداری اشاره کرد. ممکن است مصرف مهارکننده های پروستاگلاندین سنتتاز در بیماران مبتلا به زخم

گوارشی یا ازدیاد حساسیت به آسپرین ممنوع باشد، عوارض جانبی آنها شامل تهوع، سوء هضم، اسهال و گاه خستگی است. داروهایی مانند ایبوپروفن در قاعدگی دردناک اولیه به کار رفته اند. این داروها باعث عوارض جانبی متعددی از جمله تحریک و زخم گوارشی، تهوع و افزایش زمان خونریزی، نکروز پایپیلاری کلیه و کاهش جریان خون کلیه می شوند. داروهای ضد بارداری خوراکی نیز سبب عوارضی چون ترومبوفلیت، آمبولی ریوی، ترومبوز قلبی و مغزی، اختلال صفراوی، تهوع و استفراغ، لکه بینی، درد پستان، تغییرات وزن، افزایش یا کاهش غیر عادی میل جنسی می شوند. علاوه بر این مصرف قرص های ضد بارداری خوراکی از سوی دختران جوان مورد پسند نیست. همچنین مصرف قرص های ضد بارداری خوراکی طبیعی و داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی که اغلب برای درمان قاعدگی دردناک استفاده می شود، در ۱۰ تا ۲۰ درصد از بیماران مفید نیستند که علت آن مشخص نیست. از درمان های غیر دارویی استراحت در بستر، ورزش، گرما، داروهای گیاهی، جراحی، طب فشاری (Acupressure) و طب سوزنی (Acupuncture) را ذکر می کنند.

طب فشاری بر اساس نظریه چهارده نصف النهار بزرگ طب سنتی چینی پایه ریزی شده است که این چهارده نصف النهار همانند مجراهایی از انرژی حیاتی که در طب چینی به آن کای گفته می شود، به اعضای حیاتی و اصلی بدن متصل می شود. ممکن است انرژی در یک یا چند مدار کاهش یا افزایش یابد و این تغییر می تواند در نقاط خاصی از این مدارها بروز کند. عدم تعادل در جریان کای عامل مهمی در وضعیت سلامت فرد محسوب می شود. همچنین عدم تعادل انرژی در مدارها می تواند علت بروز نشانه ها یا سندرم هایی باشد که از نظر طب غربی ناشناخته بوده یا غیر قابل درمان محسوب می شود. لذا ممکن است با اجرای طب فشاری بتوان بیماری یا حالتی را درمان کرد که مبنای فیزیوپاتولوژی آن در طب غرب ناشناخته است. فشار درمانی در واقع استفاده از تکنیک لمس جهت تعادل انرژی و چیزی شبیه انرژی بدن انسان است. پژوهشگران اظهار می نمایند که دیس منوره اولیه می تواند توسط فشار در برخی نقاط از قبیل CV6 (دو انگشت پایین تر از ناف روی خط میانی شکم) CV4 (چهار انگشت پایین تر از ناف روی خط میانی)، SP6 (چهار انگشت بالاتر از قوزک داخلی پا، دقیقاً پشت استخوان درشت نی)، SP10 (دو انگشت بالاتر از قسمت فوقانی کشکک و به فاصله تقریبی دو انگشت در قسمت داخلی ران) و LIV3 (پشت پا، در شیار بین اولین و دومین انگشت پا در محل اتصال استخوان ها) تسکین یابد. طبق تئوری علت دیس منوره اولیه کمبود یا رکود انرژی در رحم می باشد و درمان درد خونریزی قاعدگی به تعدیل جریان

انرژی، خون و تنظیم اعمال اندام های درونی بدن به ویژه کبد، طحال و کلیه نیاز دارد. با توجه به این تفاسیر انتظار می رود که رفلکسولوژی بتواند سبب بهبود درد در مبتلایان به دیس منوره اولیه گردد. بر همین اساس در این مطالعه به بررسی تأثیر رفلکسولوژی بر دیس منوره اولیه پرداختیم.



محل آناتومیک نقطه دی جی و سانینجیانو

۲-۱ اهداف علمی

۱-۲-۱ هدف کلی:

تعیین تأثیر رفلکسولوژی بر دیس منوره اولیه

۲-۲-۱ اهداف فرعی طرح:

- ۱- تعیین توزیع فراوانی سنی بیماران در دو گروه
- ۲- تعیین توزیع فراوانی سن منارک بیماران در دو گروه
- ۳- تعیین توزیع فراوانی مدت سیکل ها در بیماران در دو گروه
- ۴- تعیین توزیع فراوانی مدت دیس منوره در بیماران در دو گروه
- ۵- تعیین توزیع فراوانی مدت خونریزی قاعدگی در بیماران در دو گروه
- ۶- تعیین توزیع فراوانی سابقه خانوادگی در بیماران در دو گروه
- ۷- تعیین توزیع فراوانی شدت درد بیماران در دو گروه
- ۸- تعیین توزیع فراوانی مدت استراحت برای رفع درد بیماران در دو گروه
- ۹- تعیین توزیع فراوانی میزان مصرف مسکن در بیماران در دو گروه

۳-۲-۱ سوالات تحقیق:

- ۱- توزیع فراوانی سنی بیماران در دو گروه چگونه است؟
- ۲- توزیع فراوانی سن منارک بیماران در دو گروه چگونه است؟
- ۳- توزیع فراوانی مدت سیکل ها در بیماران در دو گروه چگونه است؟
- ۴- توزیع فراوانی مدت دیس منوره در بیماران در دو گروه چگونه است؟
- ۵- توزیع فراوانی مدت خونریزی قاعدگی در بیماران در دو گروه چگونه است؟
- ۶- توزیع فراوانی سابقه خانوادگی در بیماران در دو گروه چگونه است؟
- ۷- آیا توزیع فراوانی شدت درد بیماران در دو گروه متفاوت است؟
- ۸- آیا توزیع فراوانی مدت استراحت برای رفع درد بیماران در دو گروه متفاوت است؟
- ۹- آیا توزیع فراوانی میزان مصرف مسکن در بیماران در دو گروه متفاوت است؟

۳-۱ فرضیات تحقیق:

- ۱- توزیع فراوانی شدت درد بیماران در دو گروه متفاوت است.
- ۲- توزیع فراوانی مدت درد بیماران در دو گروه متفاوت است.

۳- توزیع فراوانی میزان مصرف مسکن در بیماران در دو گروه متفاوت است.

فصل دوم

دانستنی های موجود در پژوهش



۲-۱ بررسی متون:

۲-۱-۱ چرخه قاعدگی طبیعی:

- یک زن بطور طبیعی هر ۲۲ تا ۳۵ روز یکبار قاعده می شود. (بطور متوسط ۲۸ روز یکبار)

- نخستین قاعدگی (Menarche) معمولا در سن ۹ تا ۱۶ سالگی روی می دهد. (بطور متوسط در سن ۱۲-۱۳ سالگی)

- نخستین قاعدگی معمولا ۲ سال پس از ظهور و رشد سینه ها و ۶-۴ ماه بعد از رشد موهای زیر بغل و ناحیه تناسلی آغاز می گردد.

- قاعدگی در سن ۶۰-۴۵ سالگی متوقف می گردد که یائسگی نامیده می شود.

- چرخه قاعدگی در دختران تازه به بلوغ رسیده نامنظم می باشد که به مرور زمان منظم میگردد. سیکل قاعدگی در دختران نوجوان از ۲۱ روز تا ۴۵ روز متغییر می باشد.

- چرخه قاعدگی در آستانه یائسگی نیز نامنظم می گردد.

- قاعدگی طبیعی ۷-۳ روز به طول می انجامد.

- بطور طبیعی در هر قاعدگی ۳۵ تا ۸۰ میلی لیتر خون از بدن دفع می گردد.

- در هر قاعدگی بطور متوسط ۱۶ میلی گرم آهن از بدن دفع می گردد.

- خون دفع شده به همراه بافت تخریب شده لایه پوشاننده رحم به رنگ قرمز روشن، قرمز تیره و یا قهوه ای تیره می باشد. خونریزی همراه با لخته های خون کوچک و سیاه رنگ طبیعی است.

- طی قاعدگی خیس شدن ۶-۵ پد و یا تامپون در روز طبیعی است.

- برای آنکه یک زن از سیکل قاعدگی طبیعی و منظمی برخوردار باشد بایستی عملکرد هیپوتالاموس، غده هیپوفیز، تخمدانها و رحم کاملا طبیعی باشد.

- همچنین آناتومی دستگاه تناسلی زن بایستی نرمال باشد تا خون بتواند بسهولة از بدن دفع گردد.

۲-۱-۱-۱ فقدان عادت ماهانه (آمنوره) (AMENORRHEA):

آمنوره به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم بندی می شود.

۲-۱-۱-۱-۱-۱-۱-۱-۱: آمنوره اولیه :

آمنوره اولیه هنگامی ست که دختر نوجوان نخستین عادت ماهانه خود را تجربه نمیکند. (فقدان کامل قاعدگی در زمان بلوغ). در صورتی که دختری در سن ۱۶ سالگی قاعده نشده باشد و یا تا سن ۱۴ سالگی صفات ثانویه جنسی در وی پدید نیامده باشد، میبایست به پزشک مراجعه کند. علل آمنوره اولیه بلوغ دیررس میباشد که در دختران ورزشکار و یا خیلی لاغر شایع میباشد. ناهنجاریهای مادرزادی نظیر غیر طبیعی بودن ساختمان اعضای تناسلی و یا فقدان آنها، مسدود بودن کامل پرده بکارت و نشانگان ترنر (Turner Syndrome) -اختلالات غدد درون ریز، اختلالات تغذیه ای و بیماریهای عمومی بدن نیز در بروز آمنوره اولیه دخیل می باشند.

۲-۱-۱-۱-۱-۲: آمنوره ثانویه:

آمنوره ثانویه هنگامی است که زن قبلاً قاعدگی را تجربه کرده است اما ناگهان قاعدگی وی قطع می گردد.

۲-۱-۱-۱-۳: علل آمنوره ثانویه:

- ۱- حاملگی.
- ۲- شیر دهی.
- ۳- یائسگی و یا یائسگی زودرس (پیش از ۴۰ سالگی).
- ۴- جراحی هیستریکتومی و تخمدانها.
- ۵- قطع مصرف قرصهای ضد بارداری و یا دیگر روشهای جلوگیری از بارداری هورمونی.
- ۶- مصرف قرصهای ضد بارداری.
- ۷- تومورهای غده هیپوفیز.
- ۸- اختلالات تغذیه ای نظیر پرخوری عصبی و بی اشتهاهی عصبی.
- ۹- مصرف برخی داروها مانند کورتیکواستروئیدها و داروهای ضد افسردگی.
- ۱۰- اختلالات و نارساییهای تخمدانی، کیست و تومورهای تخمدانی.
- ۱۱- اختلالات غدد درون ریز نظیر نشانگان کوشینگ (Cushing`S Syndrome) که در آن سطح کورتیزول و هورمون آدرنال افزایش می یابد. و یا کم کاری و پر کاری تیروئید.
- ۱۲- استرس ها و تنشهای جسمی و عاطفی. استرسهای ناشی از سفر، شغل و یا امتحان دادن.
- ۱۳- کاهش سریع وزن و یا چربی ناکافی در بدن.
- ۱۴- چاقی و افزایش وزن ناگهانی. میزان زیاد چربی در بدن فرآیند تخمک گذاری را مختل می کند.

- ۱۵- ورزش و فعالیتهای بدنی شدید، سنگین و مستمر.
- ۱۶- بیماریهای مزمن نظیر کولیت، نارسایی کلیوی، دیابت کنترل نشده، سل، کم خونی و امراض کبدی.
- ۱۷- شیمی درمانی.
- ۱۸- بیماریهای مزمن روانی نظیر افسردگی.
- ۱۹- افزایش هورمونهای پرولاکتین و تستوسترون.
- ۲۰- مصرف مواد مخدر و روانگردان.
- ۲۱- باریک بودن گردن رحم.

۲-۱-۱-۲ خونریزی شدید طی قاعدگی (منوراژی) (Menorrhagia):

- به خونریزی شدید و طولانی مدت قاعدگی اطلاق میگردد.
- ۲-۱-۱-۲-۱-۱-۲ علایم منوراژی :
- ۱- طول کشیدن قاعدگی بیش از ۷ روز.
- ۲- خیس شدن کامل حداقل یک پد بهداشتی و یا تامپون در یک ساعت و ادامه یافتن این وضع تا ساعاتهای متمادی.
- ۳- مشاهده لخته های خونی بزرگ طی قاعدگی.
- ۴- نیاز به تعویض نوار بهداشتی و یا تامپون در طول شب.
- ۵- ایجاد اختلال در فعالیتهای روزمره مانند خرید کردن و به سر کار رفتن.
- ۶- کم خونی (سرگیجه، ضعف عمومی بدن، رنگ پریدگی)

۲-۱-۱-۲-۱-۲ علل منوراژی

- ۱- از تعادل خارج شدن هورمونها. آندومتر بیش از حد توسعه می یابد، بنابراین تخریب و ریزش آن با خونریزی بیشتری همراه است.
- ۲- پرکاری و یا کم کاری تیروئید
- ۳- فیبروئید رحمی
- ۴- پولیپ رحمی
- ۵- کیست رحمی
- ۶- اختلال در عملکرد طبیعی تخمدانها
- ۷- عوارض جانبی استفاده از دستگاه داخل رحمی (IUD)
- ۸- حاملگی خارج رحمی (اکتوپیک) و یا سقط جنین