



סמינר קליניקה: דיסמנוריא- כאבי ווסת

מאיה קורן שכטמן 054-6747049

Mayakoren.she@gmail.com

תוכן עניינים:

עמ' 1	דיסמנוריא- סקירה מערבית
עמ' 1	שכיחות
עמ' 2	פתופיזיולוגיה
עמ' 3	אבחנה מבדלת-מערבית
עמ' 3	בדיקות
עמ' 3	טיפול מערבי
עמ' 4	דיסמנוריא- סקירה סינית
עמ' 4	אתיולוגיה ופתולוגיה
עמ' 5	דיאגנוזה
עמ' 6	אבחנה מבדלת- סינית
עמ' 6	מצבי עודף
עמ' 6	- סטג' צי' הכבד וסטאזיס של דם
עמ' 7	- סטג' קור/ קור ולחות
עמ' 7	- חום ולחות
עמ' 8	מצבי חסר
עמ' 8	- חסר צי' ודם
עמ' 8	- חסר חוץ בכבד ובכליות
עמ' 9	טיפולים נוספים
עמ' 10	מקורות

כאבי ווסת (Dysmenorrhea) - סקירה מערבית

[1] "If one is born a woman, one must put up with pain"

מחזור חודשי מהווה חלק משמעותי ביותר בחייה של אישה. מחד, הוא מגדיר את תחילתו וסופו של פוטנציאל הפרייון, אישור לנשיות, לבגרות. מאידך, נשים (וגברים) עדיין מושפעים מתפיסות שליליות. נשים רבות שסובלות מכאבים ואי-נוחות סביב תקופת הווסת נבוכות לדבר בנושא, חלקן לא מאמינות שיש טיפול לבעיה, ורבות אחרות אינן זוכות להבנה וסובלנות מהסובבים אותן- בני משפחה, מעסיקים, מורים בבי"ס ואפילו רופאים, שעדיין מאמינים שכאבי מחזור "כולם בראש" [1].

דיסמנוריה הינה תופעה של כאבים עוויתיים חוזרים של הבטן התחתונה, המופיעים לפני ו/או בזמן הווסת. הכאבים חזקים ומלווים, לעיתים קרובות, בסימפטומים נוספים ככאבי ראש, בחילות והקאות, שלשול, עייפות כרונית, כאבים באזור הגב התחתון והירכיים, מנורגיה (Menorrhagia), דימום יתר ועוד [1]. מדובר בכאבים שמשבשים את אורח החיים התקין ופוגעים באיכות החיים של אחוז גבוה מאוכלוסיית הנשים בארץ ובעולם.

דיסמנוריה נחלקת לשני סוגים:

דיסמנוריה ראשונית (primary dysmenorrhea) - כאבי וסת עזים (וסימפטומים נלווים) בנשים בריאות מכל בחינה אחרת.

דיסמנוריה שניונית (Secondary Dysmenorrhea) - כאבים כתסמין של בעיה גניקולוגית אחרת, דוגמת אנדומטריוזיס (Endometriosis), זיהום של מערכת הרבייה (Pelvic Inflammatory Disease, PID), אדנומיוזיס (Adenomyosis) ובעיות אנטומיות בתצורת הרחם.

שכיחות

שכיחותה של דיסמנוריה נעה בין 40% ל-90% מכלל הנשים. זוהי התלונה השכיחה ביותר במרפאות גניקולוגיות בקרב מתבגרות ונשים צעירות, כאשר לרוב מדובר בדיסמנוריה ראשונית שקשורה למחזור נורמאלי ללא פתולוגיות באגן, אך ב-10% מאותן פניות הכאבים יאובחנו כדיסמנוריה שניונית [3].

דיסמנוריה ראשונית, נפוצה בעיקר בקרב נערות ונשים צעירות עד גיל 25, ונמשכת רק לעיתים רחוקות לאחר לידה נרתיקית ראשונה. בעוד שדיסמנוריה שניונית מופיעה יותר בקרב נשים מגיל 30 ומעלה וקשורה למצבים פתולוגיים שונים באגן [2].

אישה מערבית ממוצעת חווה כ-400 מחזורים חודשיים במהלך חייה. אחוז הנשים שסובלות מכאבים הנו גבוה ביותר, ולכן מדובר בנושא בריאותי וסוציו-אקונומי מהותי [1]. כך למשל, במחקר שנערך בארה"ב העריכו שנשים אמריקאיות נעדרות מעבודה כשש ביליון שעות עבודה בשנה בעקבות כאבי ווסת, שמוערכות באובדן של כ-200 מיליון דולר לכלכלה האמריקאית [4]. כלומר, דיסמנוריה איננה רק בעיה לנשים עצמן אלא גם בעיה שמפחיתה את יעילות המשק ומשפיעה על איכות החיים הכללית. יחד עם זאת מסיבות שונות- תרבותיות, פסיכולוגיות, היעדר ידע ועוד- נשים רבות אינן פונות לעזרה.

פתופיזיולוגיה

דיסמנוריה ראשונית מופיעה בשנות המחזור החודשי הראשונות, לרוב בשנתיים הראשונות מהופעת הווסת הראשונה. היא מופיעה במחזורי ווסת עם ביוץ ונגרמת כתוצאה מהתכווצויות שריר הרחם כתגובה לפרוסטגלנדינים הנוצרים ומופרשים ע"י רירית הרחם. סימפטומים נלווים ככאבי ראש, בחילות, הקאות, כאבי גב ושלשולים, נגרמים בשל מעבר פרוסטגלנדינים ומטבוליטים שלהם לדם. נמצא כי בנשים שסובלות מדיסמנוריה תכולת הפרוסטגלנדינים באנדומטריום גבוהה משמעותית בהשוואה לנשים שאינן סובלות מדיסמנוריה [2]. יחד עם זאת שעדיין לא נמצאה הסיבה המדויקת להפרשת יתר של פרוסטגלנדינים [5]. שחרור הפרוסטגלנדינים מהאנדומטריום חל בעיקרו ב-48 השעות הראשונות להופעת הדימום הווסתי, תקופה החופפת את עוצמת הכאב החריף ביותר. הפרוסטגלנדין האחראי לדיסמנוריה הוא PGF2a. פרוסטגלנדין זה גורם תמיד להתכווצויות ברחם וההבדלים בין אישה שסובלת מדיסמנוריה לבין אישה שלא, נובעים קרוב לוודאי מכמות ה-PGF2a הנוצרת ע"י האנדומטריום [2].

דיסמנוריה שניונית מופיעה כתסמין של מחלות גניקולוגיות של הרחם ומערכת הרבייה, כאשר הנפוצה מביניהן היא אנדומטריוזיס (Endometriosis). גורמים אחרים לדיסמנוריה שניונית: ציסטות על גבי השחלות, מיומות, דלקת בקטריאלית, ויראלית, פטרייתית או טפילית באגן [1].

אבחנה מבדלת [1]

דיסמנוריה שניונית, עם פתולוגיות אגן חמורות דוגמת אנדומטריוזיס- חייבת להישלל לפני שמניחים שמדובר בדיסמנוריה ראשונית. לעתים קרובות ניתן לשלול בביטחון פתולוגיות שונות על בסיס ההיסטוריה של המטופלת ותגובתיות לטיפול תרופתי לא סטרואידי (כ- Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug, NSAIDs) וגלולות, ללא צורך בבדיקות נוספות. נשים רבות לא מודעות להשלכות של דיסמנוריה שניונית, שיכולה להשפיע על פריון ואפילו להוביל להתערבות ניתוחית בעתיד. הדחיה באבחון של אנדומטריוזיס נעה בין 4-7 שנים בגלל שנשים וגם רופאים לא מעטים, מקלים ראש באפשרויות הטמונות בכאבי מחזור.

גיל: דיסמנוריאה ראשונית מופיעה כמעטמיד לאחר הווסת הראשונה, לכשמתרחש ביוץ. דיסמנוריאה שניונית מופיעה בכל גיל, לעיתים לאחר שנים של מחזור נטול כאבים. הכאב מתגבר ככל שהגיל עולה.

מתי מופיע הכאב: בדיסמנוריאה ראשונית- לפני/במהלך הווסת. בד"כ מחמיר ביום הראשון, לעיתים רחוקות ממשיך אחרי 48-72 שעות. בדיסמנוריאה שניונית- עלול להתגבר באופן חמור בווסת ולהימשך ימים.

תבנית הכאב: בדיסמנוריאה ראשונית כאב דומה בכל ווסת, בדיסמנוריאה שניונית כאב מחמיר עם הזמן, עשוי לבוא לביטוי בכאב חד-צדדי, עשוי להחמיר עם עשיית צרכים (צואה ושתן), עשוי להקרין לגב תחתון ורקטום.

סימפטומים נלווים: בדיסמנוריאה ראשונית, תסמונת קדם וסתית (Premenstrual Syndrome, PMS): סימפטומים פיזיים ורגשיים, בחילות, הקאות, מגרנות, נפיחות. בדיסמנוריאה שניונית מנורגיה, מחזור לא קבוע, בעיות פוריות, שלשול, דיסאוריה (כאבים במתן שתן), הפרשות ווגינליות ועוד.

היסטוריה רפואית: בדיסמנוריאה ראשונית- ללא היסטוריה קודמת. בדיסמנוריאה שניונית עשויה להיות היסטוריה של חשיפה לזיהומים המועברים במגע מיני, התקן תוך רחמי, פגיעות שונות ברחם, שימוש בטמפונים, אי תפקוד מיני ועוד.

מתן טיפול ע"י NSAIDs: בדיסמנוריאה ראשונית- בד"כ מפחית כאב. בדיסמנוריאה שניונית שיפור מינימלי, אם בכלל.

מתן טיפול ע"י גלולות למניעת הריון: בדיסמנוריאה ראשונית- בד"כ מפחית כאב. בדיסמנוריאה שניונית שיפור מינימלי, אם בכלל.

בדיקות [1]

אולטרסאונד ואגינלי- יאפשר זיהוי של פתולוגיות רבות. לא כולל אנדומטריוזיס. לפרוסקופיה- גם כאיבחון וגם כטיפול. בעיקר באנדומטריוזיס או בכאב ממקור לא ברור. היסטרוסקופיה- לאיתור פתולוגיות בחלל הרחם. בדיקות מעבדה- לבדיקת אנמיה (שקשורה למנורגיה וזיהומים PID). צילומי רנטגן ובדיקות נוספות- בהתאם לצורך.

טיפול מערבי [4]

הטיפול בדיסמנוריאה ראשונית הוא באמצעות משככי כאבים, בעיקר נוגדי דלקת לא סטרואידליים (NSAIDs). פעולתם העיקרית היא עיכוב ייצור והפרשת פרוסטגלנדינים ע"י האנדומטריום, ובמידה פחותה יותר הורדת ייצור הפרוסטגלנדינים ע"י הטסיות המשתתפות

בקרישת הדם הווסתי. התגובה לטיפול נצפית תוך 30-60 דקות וניכרת הפחתה משמעותית בכל התסמינים הקליניים.

לנשים שאינן מגיבות לטיפול ב-NSAIDs לאחר 3 מחזורים חודשיים, נוטים להציע גלולות למניעת הריון [3]. מנגנון הפעולה של הגלולות מוסבר ע"י הפחתה בכמות הדם הווסתי ומניעת ביוץ. כל סוגי הגלולות למניעת הריון יעילים כנגד כאבי מחזור. התגובה נצפית בכ-90% מהמקרים, לרוב תוך 3 חודשים. חוסר תגובה לטיפול צריך להעלות חשד שמדובר בדיסמנוריה שניונית או במצבים אחרים שמחייבים בירור אבחנתי [4].

מלבד טיפול תרופתי ישנן טכניקות נוספות בשימוש בהקלה בסימפטומים שכוללות הרפייה, היפנוזה, מניפולציות, פסיכותרפיה, אקופנקטורה, טכניקות של ביו-פידבק וניתוח [3].

סקירה סינית [6]:

ברפואה הסינית המסורתית המונח דיסמנוריה מתכוון ל"כאבי ווסת", ללא התייחסות ספציפית לדיסמנוריה ראשונית ודיסמנוריה שניונית. מנקודת מבט סינית הכבד ומרידיאני ה-CV וה-CHONG אחראים לפיזיולוגיה של מחזור האישה. על-מנת שהווסת תהיה נורמאלית על הדם לנוע בחופשיות. זרימתו התקינה של הדם תלויה בזרימת צ'י הכבד. תנועה של צ'י ודם הכבד הכרחיים למניעת כאבים לפני ובזמן הווסת. אם התמונה היא של סטגנציה של צ'י בכבד, הכאבים יהיו בעיקר לפני הווסת. אם התמונה היא של סטגנציה בדם בכבד, הכאבים יהיו בזמן הווסת. לכן סטגנציה היא הפתולוגיה המשמעותית ביותר לדיסמנוריה.

אתיולוגיה ופתולוגיה

- א. בעיה רגשית- לחץ ומתח רגשי גורמים לסטגנציה בכבד, ולכן מהווים גורם משמעותי ביותר לדיסמנוריה. אצל נשים סטגנציית צ'י בכבד גורמת לסטגנציית דם ברחם ולכן מובילה לכאבי מחזור.
- ב. חדירת קור ולחות- בעיקר קור ולחות שפקדו את הנערה בזמן ההתבגרות – עשויים לחדור לרחם וליצור סטאזיס של דם. נשים חשופות יותר לחדירת קור במהלך ולאחר הווסת כאשר הרחם והדם חלשים. לכן בתקופה זו חשוב להקפיד יותר שלא להיחשף לקור ולחות. כמובן שנשים עם חסר יאנג רגישות יותר לקור.
- ג. עבודת יתר ומחלה כרונית- עבודת יתר פיזית ומחלה כרונית מובילים לחסר צ'י ודם, בעיקר של הקיבה והטחול. לדם אין די עוצמה לנוע ונוצרת סטגנציה וכאב. חסר בדם מוביל לפגיעה בהזנת מרידיאני ה-CHONG וה-CV.
- ד. לידות צפופות ומרובות, פעילות מינית מוגזמת (בקרבת נשים פחות מאשר בקרב גברים) ופעילות מינית שמתחילה מגיל מאוד צעיר- מחלישים את הכליות והכבד. חסר בכליות ובכבד

גורמים להתרוקנות מרידיאני ה-CV וה-CHONG, כך שהם אינם יכולים להניע היטב את הצ'י והדם. קושי בהנעת הדם גורם לדיסמנוריה. לכן, לאור האמור לעיל, סטגנציה של צ'י ו/או סטגנציה של דם- שנוצרת מעצמה או נגרמת מקור ברחם- היא הגורם העיקרי לדיסמנוריה. גם כאשר דיסמנוריה היא מסוג חסר של דם או חסר בכליות/בכבד, כפי שנראה בשורות הבאות, שעדיין יש אלמנט של סטגנציה שפוגע בתנועתו של הדם.

דיאגנוזה

זמן הכאב:

1. כאב המופיע לפני או בזמן הוסת- בד"כ מצביע על עודף.
2. כאב המופיע בסוף הוסת או אחריה- בד"כ מצביע על חוסר.
3. כאב כרוני המוחמר בזמן הוסת- לחות חמה עם סטאזיס של דם [7].

תגובה למגע:

1. כאב המוחמר בלחיצה – עודף .
2. כאב שמוקל במגע ולחיצה – חוסר

תגובה לחום/קור:

1. כאב שמוקל בחימום (כמו למשל בקבוק חם) מצביע על מצב קור או סטגנציה של דם כתוצאה מקור (לא אבחנה מובהקת מאחר שבקבוק חם עשוי להקל גם במצבים של סטגנציית צ'י או דם).
2. כאב שמוחמר בחום מצביע על חום בדם.

אופי הכאב:

1. כאב שמוטב לאחר יציאת קריש דם: סטאזיס של דם.
2. כאב שמתבטא בנפיחות: סטגנציית צ'י.
3. כאב שורף: חום בדם.
4. כאב עווית: קור ברחם.
5. כאב יציב, קבוע, ממושך: סטאזיס של דם.
6. כאב מתגבר לפני הווסת: סטאזיס של דם.
7. כאב מתגבר אחרי הווסת: חסר בכליות.

מיקום הכאב :

1. כאב בשני הצדדים של הבטן התחתונה: ערוץ הכבד.
2. כאב בסקרום: ערוץ הכליות, חסר.
3. כאב שמערב את המותניים: כליות, חסר [7].
4. כאב באמצע הבטן התחתונה: סטאזיס של דם ברחם [7].

אופי המחזור:

1. אם המחזור ארוך ודם הווסת כהה עם קרישים: סטאזיס של דם.
2. אם דם הווסת אדום עם קרישי דם קטנים וכהים: קור ברחם.
3. אם המחזור קצר, הווסת כבדה, והדם אדום-מבריק: חום בדם.

אבחנה מבדלת:

האבחנה המבדלת החשובה ביותר היא בין דיסמנוריה שנגרמת ממצבי עודף לבין דיסמנוריה ממצבי חסר. מצב עודף הרבה יותר שכיח ויותר חשוב מבחינה קלינית בהיותו מערב כאבים חזקים יותר מאשר במצבי חסר. אך מאחר שגם בדיסמנוריה כתוצאה ממצב של חסר יש אלמנט של סטאזיס של דם, כאשר הדם החלש לא מצליח לנוע כמו שצריך, גם במצבי חסר יהיה נכון לתת טיפול מעט מניע דם.

העיקרון הטיפולי: באופן כללי יש להניע צ'י ודם ב-CHONG וב-CV. בהתבסס על הפתולוגיה המרכזית, עקרונות הטיפול יכללו הנעת צ'י, הנעת דם, סילוק קור, ניקוי חום וכדומה. העקרון הטיפולי לעיתים קרובות משתנה בהתאם לשלב בו האישה נמצאת במחזור החודשי. במהלך הווסת ניתן להתמקד בטיפול בסינדרומים, הנעת דם והפגת כאב. בזמנים אחרים יש לטפל בשורש, במיוחד אם קיים חסר. במצב חסר הטוב ביותר יהיה לטפל בשבועיים, לערך, שלאחר הווסת.

מצבי עודף:

1. סטגנציה של צ'י ודם.
2. סטגנציה של קור.
3. חום ולחות.

מצבי חוסר:

1. חסר צ'י ודם. (Qi & Bld xu).
2. חסר בכבד ובכליות (Kid & Liv xu).

כל מצבי העודף יכולים לגרום לסטזיס של דם

מצבי עודף**סטגנציה של צ'י הכבד וסטאזיס של דם (Liv Qi Stg Bld Stazis)**

אי נוחות וכאב בבטן התחתונה לרוב לפני הווסת, או יום עד יומיים לפני הווסת. מלווה בנפיחות בבטן ובשדיים. הדימום מתחיל בצורה מהוססת, עם זרימת דם מקוטעת, ובהמשך זרימה סדירה יותר (יתכן שילוב עם מחזור לא סדיר בנוסף). הדימום כהה ויתכנו קרישי דם. הקלה בכאב לאחר יציאת קרישי הדם, אירטיביליות ומתח לפני הווסת.

לשון: סגולה. דופק: Choppy או Wiry

אם מדובר בכאב על רקע סטגנציה של צ'י, נראה יותר נפיחות בבטן תחתונה ובשדיים, דם אינו כה כהה, לשון לא סגולה. כשהסטגנציה של דם: המטופלת תסבול יותר מכאב מאשר מנפיחות, דם כהה עם קרישים, לשון סגולה. עיקרון טיפולי: הנעת צ'י ודם, סילוק סטאזיס, הפגת הכאב.

נקודות:

Liv 3 - להניע צ'י ודם ולעצור כאב.

CV 6 - להניע צ'י בבטן תחתונה.

GB34+CV6 - להנעת צ'י של בטן תחתונה.

SP 8 - מווסת דם ברחם ועוצר כאבים.

SP10 - להנעת דם.

SP6 - להנעת דם (SP6 כנקודה להנעת דם שנויה במחלוקת בקרב המטפלים).

Lu 7 + Kid 6 - לפתיחת ה-CV וויוסות דם הרחם.

SP 4 + Pc 6 - לפתיחת ה-CHONG וויוסות דם הרחם.

סטגנציה של קור או קור ולחות

כאב בבטן תחתונה, לפני או בזמן הווסת. הכאב יותר מרכזי ויוקל בחימום, מלווה בכבדות, בתחושת קור ורגישות בגב. כמות הדם מעטה, צבעו אדום מבריק או כהה עם קרישי דם כהים. לשון: חיוורת כחולה או כחולה סגולה, חיפוי לבן עבה. דופק: עמוק ו- Choppy או Wiry עקרון טיפולי: לחמם את הרחם, לסלק קור ולהניע דם.

נקודות:

CV4 - עם מוקסה לחימום הרחם.

CV6 - עם מוקסה להנעת צ'י וסילוק קור.

St29 - להנעת דם.

SP8 + SP6 - להנעת דם והקלת כאבים.

St36 - לחיזוק צ'י והקלה על הקור.

חום ולחות (Damp heat)

כאב מתמשך באיזור ההיפוגסטריום לפני הווסת, ולפעמים באמצע המחזור. הכאב מוחמר בזמן הוסת ומלווה בתחושת צריבה/שריפה שיכולה לבוא לביטוי גם באיזור הסקרום (לחות חמה איננה יוצאת בווסת כמו קור או סטגנציה ולכן הזרימה של הדם דרכה גורמת לכאב). הפרשות ווגינאליות, תחושות חום, שתן כהה וחרירף. הכאב יוחמר במגע. דם הווסת אדום עם קרישים קטנים.

לשון : אדומה , חיפוי צהוב דביק דופק: slippy
עיקרון טיפולי: סילוק חום ולחות, פתיחת הסטאזיס. (יותר קשה בשיאצו).

נקודות:

SP9 + SP6 - סילוק לחות ממחמם תחתון. SP6 גם מניעה דם.
Lu7 + Kid6 - פתיחת ה-CV וויסות הרחם.
CV3 + St28 - סילוק לחות ממחמם תחתון ומהרחם.
UB32 - סילוק לחות מהרחם.
UB22 - עידוד טרנספורמציה של נוזלים וסילוק לחות מהמחמם התחתון.

מצבי חסר

חסר צ'י ודם. (Qi & Bld xu)

כאב היפוגסטרי לקראת סוף הווסת או לאחריה, מלווה בתחושת אי נעימות בבטן תחתונה המוקלת בעיסוי ובלחיצה. דם הווסת דליל, חיוור ומועט.
נראה חיוורון ועייפות, סחרחורות ולעיתים שלשולים (או עצירות במצב חסר דם מובהק). לשון: רגילה או חיוורת.
עקרון טיפולי: חיזוק צ'י וטחול, הזנת דם.

נקודות:

CV4 - להזנת דם הרחם.
CV6 - לחיזוק והנעת צ'י בבטן תחתונה.
St36 + SP6 - לחיזוק דם וצ'י הטחול, להזנת הדם.
SP8 - לעצירת כאבים.
UB20 - לחיזוק הטחול והזנת הדם.
UB20+UB18+UB17 - "ששת הפרחים" - לחיזוק דם.

חסר yin בכבד ובכליות (Kid & Liv yin def).

כאב עמום בבטן התחתונה לקראת סוף הווסת או לאחריה, מוקל בעיסוי ובלחיצה. הדימום מועט צבעו אדום חיוור או עכור, בד"כ ללא קרישי דם. בנוסף, סימפטומים של חולשת כליות וכבד כגון חולשה, טיניטוס, טשטוש ראייה, עייפות, נוקטוריה (השתנת לילה), כאב גב תחתון וברכיים.

לשון : אדומה חיפוי דק או ללא חיפוי. דופק: Floating-Empty.

ניתן לחלק את האבחנה לשני סינדרומים:

1. דגש על חוסר yin של הכבד עם סטגנציה של צ'י הכבד (Liv yin def + liv qi stg).
 2. דגש על חולשת כליות עם סטגנציה של צ'י הכבד (Kid def + Liv qi stg).
- עקרון טיפול: הזנת yin, תמיכה בכליות, הזנת הכבד (מאוד קשה בשיאצו).

נקודות:

UB18 + UB23 - חיזוק כליות וכבד.

CV4 - הזנת yin וחיזוק הכליות והרחם.

Kid3 + SP6 - הזנת כבד וכליות וויסות דם.

St36 - חיזוק צ'י ודם וויסות הרחם.

SP6 - חיזוק yin הכליות.

ניתן להשתמש במוקסה קטנה אם הלשון לא אדומה מדי.

טיפול נוספים:

טיפול באמצעות דיקור וצמחים יעיל ביותר במצבי דיסמנוריה. מצבי חסר קלים יותר לטיפול מאשר מצבי העודף. מתוך מצבי העודף, במצבי לחות חמה הכי קשה לטפל ובסטגנציית צ'י ודם קל יותר. כמובן, אצל הרבה מטופלות התמונה מערבת מספר פתולוגיות, ובחלק מהמקרים כדאי לעשות אלימינציה לפני תחילת הטיפול [6].

דרכים נוספות להקלה והתמודדות עם הכאב:

מנוחה, בקבוק חם, עיסוי, יוגה, התעמלות, קיום יחסי-מין, פיזיותרפיה של רצפת האגן (במקרים של כאבי אגן כרוניים), אלכוהול (במידה...)- מביא להרפיה גם בשרירי הרחם. ולבסוף, כמה מילים טובות גם יכולות לעשות עבודה מצוינת: חשוב לתת לגיטימציה לכאב, לתת לנערה/אישה להבין שהכאבים אינם "רק בראש שלה" במיוחד בקרב נשים שהסביבה שלהן איננה סובלנית ותומכת [1].

מקורות:

- [1] Sue Reddish, Dysmenorrhoea, Australian Family Physician Vol. 35, No. 11, 2006 Nov. 842-49.
- [2] דורית הוכנר-צלניקר, דיסמנוריאה, המחלקה לאם ולילד המתבגר, משרד הבריאות
<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?PagelId=3783&parentId=3649&catId=660&maincat=35>
(online, 20.4.2009) <http://snipurl.com/g9nk7> [home page: [www_health_gov_il](http://www.health.gov.il)]
- [3] Harel Z., Dysmenorrhea in adolescents., Ann NY Acad Sci. 2008;1135: 185-95.
- [4] Yang LL, Yang JK, Hsu CS, Effect of dysmenorrheal Chinese medicinal prescription on uterus contractility in vitro, Phytother Res. 2003 Aug;17(7): 778-83. (online, 20.4.2009) <http://snipurl.com/g9n2e>
- [5] Tzafettas J., Painful menstruation., Pediatr Endocrinol Rev. 2006 Jan; 3 suppl 1:160-3
- [6] Giovanni Maciocia, The Practice of Chinese Medicine, 1994;735-749.
- [7] שרון א. וקורן א., דיסמנוריאה, קליניקת מעגלים
<http://www.maagalim-clinic.co.il/dysmenorrhea.html> (online, 20.4.2009)