

แนวทางเวชปฏิบัติ
ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
เรื่อง การวินิจฉัยและรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ
RTCOG Clinical Practice Guideline
Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Treatment



เอกสารหมายเลข GY 011
จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ
พ.ศ. 2556-2558
วันที่อนุมัติต้นฉบับ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2557

ความเป็นมาของปัญหา

ภาวะปวดระดู (dysmenorrhea) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดทางนรีเวช คือพบได้ร้อยละ 90 ของสตรีที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพเบื้องต้น และร้อยละ 30-50 ของสตรีเหล่านี้มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง⁽¹⁾

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิได้อย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมตามหลักฐานทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

การครอบคลุม

แพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

วิธีรวบรวมข้อมูล

ใช้ฐานข้อมูล MEDLINE และ Cochrane databases ค้นหาบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 โดยใช้คำเพื่อค้นหาดังนี้: dysmenorrhea และ primary dysmenorrhea (ผลการค้นหา: (primary[All Fields] AND (“dysmenorrhoea”[All Fields] OR “dysmenorrhea”[MeSH Terms] OR “dysmenorrhea”[All Fields])) AND (Review[ptyp] AND “loattrfull text”[sb] AND (“2004/01/01”[PDAT] : “2013/08/31”[PDAT]) AND “humans”[MeSH Terms] AND English[lang]) พบว่ามีบทความที่แสดง 74 บทความและบทความที่เกี่ยวข้องมี 16 บทความ

ตารางที่ 1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและการจัดกลุ่มของข้อแนะนำ

| Level of evidence | Classification of recommendation |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I: Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial. | A. There is good evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention. |
| II-1: Evidence from well-designed controlled trials without randomization. | B. There is fair evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention. |

| Level of evidence | Classification of recommendation |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II-2: Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group. | C. There is insufficient evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention. |
| II-3: Evidence from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results from uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in this category. | D. There is fair evidence not to support the recommendation for a diagnostic test, treatment, or intervention. |
| III: Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees. | E. There is good evidence not to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention. |

คำจำกัดความและพยาธิสรีรวิทยา

ภาวะปวดระดูแบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบปฐมภูมิและแบบทุติยภูมิ ภาวะปวดระดูปฐมภูมิมีสัมพันธ์กับปวดบีบบริเวณท้องน้อยในขณะมีระดูโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน ในขณะที่ภาวะปวดระดูทุติยภูมิเป็นการปวดระดูอันเกิดจากพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน เช่น โรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis)

การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

ภาวะปวดระดูปฐมภูมิมักมีลักษณะปวดบีบบริเวณท้องน้อย 2-3 ชั่วโมงก่อนหรือหลังเริ่มมีระดู อาการจะมากที่สุดในช่วงที่มีเลือดระดูออกมาก มักมีอาการอยู่ประมาณ 1 วัน แต่อาจพบมีอาการได้นานถึง 2-3 วัน อาการที่พบร่วม ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ เป็นต้น ภาวะปวดระดูปฐมภูมิ มักจะเริ่มแสดงอาการเมื่อสตรีวัยรุ่นมีการตกไข่อย่างสม่ำเสมอ เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกจากการกระตุ้นของสารพรอสตาแกลนดินที่หลั่งออกมาในระหว่างมีระดู ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการ ได้แก่ เริ่มมีระดูเร็ว ปริมาณระดูมากและระดูที่มานาน และมีประวัติปวดระดูในครอบครัว เป็นต้น หากสตรีวัยรุ่นมีอาการปวดระดูเกิดขึ้นเร็วภายใน 6 เดือนแรกของการเริ่มมีระดู ซึ่งยังเป็นช่วงที่ยังไม่มีการตกไข่ ให้ตรวจหน้าและตรวจหาถึงภาวะความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะสืบพันธุ์ชนิดที่มีการอุดตัน (III-A) ส่วนอาการปวดระดูที่เกิดขึ้นในภายหลังจากการมีระดูมานานหลายปีโดยที่ไม่มีอาการปวดมาก่อน ให้คิดถึงว่าน่าจะเป็นภาวะปวดระดูทุติยภูมิ (III-A)

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยแยกโรคของภาวะปวดระดู

Primary dysmenorrhea

Secondary dysmenorrhea

Endometriosis

Adenomyosis

Uterine myoma

Endometrial polyps

Cervical stenosis

Obstructive malformations of the genital tract

Other causes of pain

Chronic pelvic inflammatory disease

Pelvic adhesion

Irritable bowel syndrome

Inflammatory bowel disease

Interstitial cystitis

Sudden onset of dysmenorrhea

Pelvic inflammatory disease

Unrecognized ectopic pregnancy or spontaneous abortion

การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจภายในและการตรวจเพิ่มเติม

การซักประวัติเพื่อแยกกว่าเป็นภาวะปวดระดูแบบปฐมภูมิหรือแบบทุติยภูมิ ควรซักประวัติระดู ได้แก่ อายุที่เริ่มมีระดูครั้งแรก ความสม่ำเสมอของรอบระดู ความห่าง จำนวนวันและปริมาณของระดู ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ นับจากการมีระดูครั้งแรก ลักษณะอาการปวด ตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาที่ปวด ความรุนแรงของอาการปวด อาการปวดเพิ่มขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ ผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน หรือคุณภาพชีวิต อาการร่วมต่าง ๆ ตลอดจนความผิดปกติทางระบบปัสสาวะและการทำงานของระบบทางเดินอาหาร นอกจากนี้ ควรซักประวัติอื่น ๆ เช่น กิจกรรมทางเพศ อาการปวดลึกในอุ้งเชิงกรานขณะมีเพศสัมพันธ์ ปวดท้องน้อยเรื้อรัง การคุมกำเนิด ประวัติการแท้ง การคลอด โรคทางนรีเวช โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดหรือการใช้ยาต่าง ๆ ที่เคยได้รับ ตลอดจนประวัติครอบครัวที่เกี่ยวกับโรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่

การตรวจร่างกายทุกระบบ เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพที่อาจพบได้ เช่น ก้อนที่ท้องน้อย การตรวจภายในควรดูอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เพื่อแยกภาวะ imperforate hymen โดยทั่วไปการตรวจภายในในสตรีปวดระดูปฐมภูมิจะได้ผลปกติ สำหรับ

สตรีวัยรุ่นที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์และอาการปวดไม่มากอาจไม่จำเป็นต้องตรวจภายใน (III-D) ยกเว้นในกรณีที่สงสัยว่าจะมีพยาธิสภาพ หรือมีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะสืบพันธุ์ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่เคยได้รับ ควรจะทำการตรวจภายในทุกราย เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน (III-B)

การตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง magnetic resonance imaging, hysteroscopy และ saline sonohysterography มักไม่จำเป็นในการวินิจฉัยภาวะปวดระดูปฐมภูมิ ไม่สามารถใช้ทดแทนการตรวจภายในได้ แต่จะเหมาะสมกับผู้ที่อาการไม่ดีขึ้นภายหลังได้รับการรักษาขั้นต้น หรือสงสัยว่ามีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน หรือในวัยรุ่นที่ไม่สามารถตรวจภายในได้ การตรวจด้วย laparoscopy เหมาะสมในรายไม่ตอบสนองต่อการรักษาขั้นต้นและสงสัยภาวะ endometriosis โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีวัยรุ่น เนื่องจากการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยให้พยากรณ์โรคดีขึ้น

แนวทางการรักษา

1. การรักษาด้วยยา (Medical therapeutic options)

ควรพิจารณาใช้เป็นวิธีแรกในการรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ

1.1 Non steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs)

Non-selective NSAIDs

เป็นยาแก้ปวดที่ยับยั้งการออกฤทธิ์ของ cyclooxygenase (COX) enzymes ซึ่งมีผลยับยั้งการสร้างสารพรอสตาแกลนดิน การรักษาโดยใช้ NSAIDs อย่างมีประสิทธิภาพ ควรจะเริ่มรับประทานยาตั้งแต่เริ่มมีเลือดระดูออกมา และรับประทานติดต่อกันไม่เกิน 2-3 วัน ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การระคายเคืองในระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ และง่วงซึม

COX-2 inhibitors

มีผลการลดปวดจากการยับยั้งการออกฤทธิ์ของ cyclooxygenase-2 (COX-2) enzymes ในขณะที่ไม่มีผลยับยั้งการออกฤทธิ์ของ cyclooxygenase-1 (COX-1) enzymes จึงช่วยลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ non-selective NSAIDs ได้แก่ การระคายเคืองในระบบทางเดินอาหารและผลต่อการทำงานของเกร็ดเลือด

ดังนั้นในสตรีที่มีภาวะปวดระดูปฐมภูมิ การใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs จึงถือเป็นการรักษาขั้นต้น (first-line treatment) หากไม่มีข้อบ่งห้าม เพื่อลดอาการปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิต (I-A)

Acetaminophen

เป็นยาลดปวดที่ไม่สามารถยับยั้งการสร้างสารพรอสตาแกลนดิน ยังขาดข้อมูลสนับสนุนผลการลดอาการปวดระดูปฐมภูมิ

1.2 การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal treatment)

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined oral contraceptives, COCs)

COCs ถูกใช้เป็น first-line treatment โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่ต้องการคุมกำเนิดร่วมด้วย มีผลยับยั้งการตกไข่ กดการเจริญของเยื่อบุโพรงมดลูก ลดปริมาณเลือดระดู และลดการหลั่งสารพรอสตาแกลนดิน จึงมีผลลดการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (I-A) สำหรับการใช้อย่างต่อเนื่อง (extended หรือ continuous use) ช่วยให้มีรอบระดูและลดอาการปวดได้ (I-A)

โปรเจสติน (Progestin regimens)

Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) สามารถยับยั้งการตกไข่ และกดการเจริญของเยื่อบุโพรงมดลูก พบภาวะขาดระดูร้อยละ

55-60 เมื่อใช้นาน 12 เดือน และร้อยละ 68 เมื่อใช้นาน 24 เดือน จึงใช้เป็นทางเลือกในการรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ (II-B) ส่วนยาที่อยู่ในรูปรับประทาน ยังขาดข้อมูลสนับสนุนผลการลดอาการปวดระดูปฐมภูมิ

ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (Levonorgestrel intrauterine system, LNG-IUS)

ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถยับยั้งการตกไข่ได้ แต่มีผลโดยตรงต่อการกวดการเจริญของเยื่อบุโพรงมดลูก ลดปริมาณเลือดระดูได้ถึงร้อยละ 74-97 และพบภาวะขาดระดูได้ถึงร้อยละ 16-35 เมื่อใช้นาน 1 ปี จึงใช้เป็นทางเลือกในการรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ (II-B)

2. การรักษาที่ไม่ใช่ยา (Non-medical therapeutic options)

2.1 การออกกำลังกาย

จาก Cochrane review ในปีค.ศ. 2010 พบว่ายังขาดข้อมูลสนับสนุนผลของการออกกำลังกาย ต่อการลดอาการปวดระดูปฐมภูมิ

2.2 การกระตุ้นปลายประสาท (Transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)

หลักการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นที่ผิวหนัง โดยใช้ความถี่และความแรงต่าง ๆ เพื่อลดการรับรู้ความปวด Cochrane review ในปี ค.ศ. 2004 พบว่า high-frequency TENS (50-120 Hz) สามารถลดอาการปวดระดูปฐมภูมิได้ และน่าจะได้รับการพิจารณาเป็นแนวทางการรักษาในผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาได้ ส่วน low-frequency TENS (1-4 Hz) ไม่ช่วยในการลดอาการปวด (II-B) ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจาก high-frequency TENS ได้แก่ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ คลื่นไส้ มีรอยแดงหรือไหม้บริเวณผิวหนัง ผลข้างเคียงเหล่านี้พบได้ประมาณร้อยละ 10

2.3 การฝังเข็ม (Acupuncture)

ยังขาดข้อมูลสนับสนุนผลการลดอาการปวดระดูปฐมภูมิ (II-B)

2.4 Spinal manipulation, behavioral interventions และ topical heat

ยังขาดข้อมูลสนับสนุนผลการลดอาการปวดระดูปฐมภูมิ (II-B)

3. การผ่าตัด (Surgical options)

ควรพิจารณาผ่าตัดในสตรีที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา การผ่าตัดใช้เพื่อการวินิจฉัยและเป็นการรักษาภาวะปวดระดู

3.1 การผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (Laparoscopy)

ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย NSAIDs และ/หรือ COCs ควรพิจารณาการใช้ laparoscopy เพื่อการวินิจฉัยและเป็นการรักษา (III-C) เพราะในรายเหล่านี้มักจะพบพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะ endometriosis อาจพบได้ถึงร้อยละ 12-32 และอาจพบได้ถึงร้อยละ 50 ในสตรีวัยรุ่นที่มีภาวะปวดท้องน้อยเรื้อรัง

3.2 การผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy)

การตัดมดลูกจะพิจารณาเป็นทางเลือกในการรักษาในรายที่ปฏิเสธการใช้ยา หรือใช้ยาแล้วไม่ได้ผล และไม่ต้องการมีบุตรแล้ว (II-B)

3.3 Presacral neurectomy

มีข้อมูลจำกัดถึงผลการรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ และควรคำนึงถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ท้องผูก และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (III-C)

3.4 Laparoscopic uterosacral nerve ablation (LUNA)

ไม่สามารถลดอาการปวดระดูปฐมภูมิได้ (III-C)

4. Complimentary and alternative medicines

4.1 กลุ่มที่พบว่าลดภาวะปวดระดูปฐมภูมิได้ดี ได้แก่ Vitamin B1 (I-B) แต่เป็นผลจากการทดลองแบบสุ่ม (randomized control trial) ขนาดใหญ่เพียงการศึกษาเดียว อาจพิจารณาใช้รักษาภาวะนี้ได้

4.2 กลุ่มที่พบว่าลดภาวะปวดระดูปฐมภูมิได้ แต่ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากข้อมูลได้มาจากการศึกษาขนาดเล็ก ได้แก่

- Vitamin E (I-C)
- Fish oil / Vitamin B12 combination (I-C)
- Magnesium (II-1 C)
- Vitamin B6 (II-1 C)
- Toki-shakuyaku-san (II-1 C)
- Fish oil (II-3 C)
- Neptune krill oil (II-3 C)

4.3 กลุ่มที่ไม่มีผลลดปวดระดูปฐมภูมิ แต่อาจต้องการการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากข้อมูลได้มาจากการศึกษาขนาดเล็ก ได้แก่

- Vitamin B6 / Magnesium combination (II-1)
- Vitamin E (daily) in addition to ibuprofen (during menses) (II-3)
- Fennel (II-3)

เอกสารอ้างอิง

1. Lefebvre G, Pinsonneault O, Antao V, Black A, Burnett M, Feldman K, et al. Primary dysmenorrhea consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2005; 169: 1117-30.
2. Brown J, Brown S. Exercise for dysmenorrhea (Cochrane Review). In: Cochrane Database of Systematic Review. Issue 2, 2010.
3. Proctor ML, Smith CA, Fraquhar CM, Stone RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 2, 2004.
4. Smith CA, Zhu X, He L, Song J. Acupuncture for dysmenorrhoea (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 2, 2012.
5. Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea (Cochrane Review). In: Cochrane Database of Systematic Review. Issue 4, 2009.

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการวินิจฉัยและรักษาภาวะปวดประจำเดือน

