

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูติหรือแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การวินิจฉัยและรักษาภาวะปวดประจำตัว

RTCOG Clinical Practice Guideline

Diagnosis and Treatment of Primary Dysmenorrhea



เอกสารหมายเลข

GY 64-018 (ใช้แทนเอกสารหมายเลข GY 011)

จัดทำโดย

คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564

วันที่อนุมัติฉบับ

16 เมษายน พ.ศ. 2564

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัติไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษา ผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาพของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้ไม่ได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

ความเป็นมาของปัญหา

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

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาภาวะปวดประจำตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การครอบคลุม

แพทย์ที่ทำงานด้านนรีเวชกรรม

คำจำกัดความและพยาธิสรีรวิทยา

ภาวะปวดประจำเดือนแบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบปฐมภูมิ (primary) และแบบทุติยภูมิ (secondary) ภาวะปวดประจำเดือนปฐมภูมิ มีลักษณะปวดบีบบริเวณท้องน้อยในขณะมีระดูโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพในอวัยวะสืบพันธุ์ ในขณะที่มีภาวะปวดประจำเดือนทุติยภูมิเป็นการปวดประจำเดือนอันเกิดจากพยาธิสภาพในอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น โรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) เนื้องอกมดลูก (myoma uteri)

การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

ภาวะปวดประจำเดือนปฐมภูมิ มีลักษณะปวดบีบบริเวณท้องน้อย 2-3 ชั่วโมงก่อนหรือหลังเริ่มมีระดู อาการจะมากที่สุดในช่วงที่มีเลือดระดูออกมาก มักมีอาการอยู่ประมาณ 1 วัน แต่อาจพบมีอาการได้นานถึง 2-3 วัน อาการที่พบร่วม ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ เป็นต้น ภาวะปวดประจำเดือนปฐมภูมิมักจะเริ่มแสดงอาการเมื่อสตรีวัยรุ่นมีการตกไข่อย่างสม่ำเสมอ มักเกิดภายใน 6-12 เดือนหลังจากเริ่มมีระดูครั้งแรก เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกจากการกระตุ้นของสารพรอสตาแกลนดินที่หลั่งออกมาในระหว่างมีระดู ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการ ได้แก่ เริ่มมีระดูที่อายุน้อย ปริมาณระดูมากและระดูที่มานาน และมีประวัติปวดประจำเดือนในรอบครัว เป็นต้น หากสตรีวัยรุ่นมีอาการปวดประจำเดือนเกิดขึ้นเร็วภายใน 6 เดือนแรกของการเริ่มมีระดู ซึ่งยังเป็นช่วงที่ยังไม่มีการตกไข่ ให้ตระหนักและตรวจหาถึงภาวะความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะสืบพันธุ์ชนิดที่มีการอุดตัน ส่วนอาการปวดประจำเดือนที่เกิดขึ้นในภายหลังจากการมีระดูมานานหลายปีโดยที่ไม่มีอาการปวดมาก่อน ให้นึกถึงว่าน่าจะเป็นภาวะปวดประจำเดือนทุติยภูมิ

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรคของภาวะปวดประจำเดือน⁽²⁾

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 ตรวจร่างกายและการตรวจเพิ่มเติม

การซักประวัติเพื่อแยกกว่าเป็นภาวะปวดระดูแบบปฐมภูมิหรือแบบทุติยภูมิ ควรซักประวัติระดู ได้แก่ อายุที่เริ่มมีระดูครั้งแรก ความสม่ำเสมอของรอบระดู ความห่าง จำนวนวันและปริมาณของระดู ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการนับจากการมีระดูครั้งแรก ลักษณะอาการปวด ตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาที่ปวด ความรุนแรงของอาการปวด อาการปวดเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ ผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน หรือคุณภาพชีวิต อาการร่วมต่าง ๆ ตลอดจนความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและการทำงานของระบบทางเดินอาหาร นอกจากนี้ควรซักประวัติอื่น ๆ เช่น กิจกรรมทางเพศ อาการปวดลึกในอุ้งเชิงกรานขณะมีเพศสัมพันธ์ ปวดท้องน้อยเรื้อรัง การคุมกำเนิด ประวัติการแท้ง การคลอด โรคทางนรีเวช โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดหรือการใช้ยาต่าง ๆ ตลอดจนประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับโรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ

การตรวจร่างกายทุกระบบ เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพที่อาจพบได้ เช่น ก้อนที่ท้องน้อย การตรวจภายในควรประเมินอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เพื่อแยกภาวะ imperforate hymen โดยทั่วไปการตรวจภายในในสตรีปวดระดูปฐมภูมิจะได้ผลปกติ สำหรับสตรีวัยรุ่นที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์และอาการปวดไม่มาก ไม่จำเป็นต้องตรวจภายใน ยกเว้นกรณีที่สงสัยว่าจะมีพยาธิสภาพ หรือมีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะสืบพันธุ์ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่เคยได้รับ ควรจะทำการตรวจภายในหรือตรวจทางทวารหนัก เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน

การตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง magnetic resonance imaging (MRI), hysteroscopy และ saline infusion sonohysterography (SIS) มักไม่จำเป็นในการวินิจฉัยภาวะปวดระดูปฐมภูมิ ไม่สามารถใช้ทดแทนการตรวจภายในได้ แต่จะเหมาะสมกับผู้ที่อาการไม่ดีขึ้นภายหลังได้รับการรักษาขั้นต้น หรือสงสัยว่าจะมีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน หรือในวัยรุ่นที่ไม่สามารถตรวจภายในได้ การตรวจด้วย laparoscopy เหมาะสมในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาขั้นต้นและสงสัย

ภาวะ endometriosis โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีวัยรุ่น เนื่องจากการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยให้พยากรณ์โรคดีขึ้น

การซักประวัติเพื่อประเมินภาวะปวดประจำตัว⁽²⁾

1. ประวัติระดู
2. ระยะห่างระหว่างระดูครั้งแรกและการปวดระดูครั้งแรก
3. ความสัมพันธ์ของเวลาที่เริ่มปวดระดูและปริมาณเลือดระดู
4. ลักษณะ ความรุนแรง ลำดับอาการปวด และผลกระทบ
5. ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงกิจกรรมทางเพศ
6. รายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain syndrome)
7. บัญญัติทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว (medical conditions)
8. อาการซึมเศร้า กังวล และอาการทางจิตเวชอื่น ๆ
9. การรักษาก่อนหน้านี้ ขนาดยา ระยะเวลาที่ได้รับยา ผลข้างเคียงของยาและการตอบสนองต่อยา

แนวทางการรักษา

1. การรักษาด้วยยา

ควรพิจารณาใช้เป็นวิธีแรกในการรักษาภาวะปวดประจำตัวปฐมภูมิ

1.1 Acetaminophen

เป็นยาลดปวดที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase (COX) enzymes แบบอ่อน มีข้อดี คือ ไม่ระคายเคืองกระเพาะอาหารและไม่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด มีการรักษาแบบสุ่มตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2007 พบว่าให้การให้ยา acetaminophen และ acetaminophen ร่วมกับ caffeine มีผลลดการปวดประจำตัวปฐมภูมิตีดีกว่ายาหลอก⁽³⁾

1.2 Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs)

เป็นยาแก้ปวดที่ยับยั้งการออกฤทธิ์ของ cyclooxygenase (COX) enzymes ซึ่งมีผลยับยั้งการสร้างสารพรอสตาแกลนดินที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการปวดประจำตัว การรักษาโดยใช้ NSAIDs อย่างมีประสิทธิภาพ ควรจะเริ่มรับประทานยาตั้งแต่เริ่มมีเลือดระดูออกมาหรือเริ่มมีอาการ และรับประทานต่อเนื่องติดต่อกัน ไม่ควรเกิน 2-3 วัน ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การระคายเคืองในระบบทางเดินอาหารและรบกวนการทำงานของเกล็ดเลือด

มีการศึกษาของ Cochrane review ในปี ค.ศ. 2015 พบว่า การรักษาอาการปวดประจำตัวปฐมภูมิด้วย NSAIDs มีประสิทธิภาพดีกว่าและลดการขาดเรียนหรือขาดงานได้ดีกว่าการใช้ยาหลอก⁽⁴⁾

ดังนั้นในสตรีที่มีภาวะปวดประจำตัว ปฐมภูมิ การใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs จึงถือเป็นการรักษาขั้นต้น (first-line treatment) หากไม่มีข้อบ่งห้าม เพื่อลดอาการปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิต

1.3 การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal treatment)

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined oral contraceptives, COCs)

COCs ถูกใช้เป็น first-line treatment โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่ต้องการคุมกำเนิดร่วมด้วย มีผลยับยั้งการตกไข่ กดการเจริญของเยื่อบุโพรงมดลูก ลดปริมาณเลือดระดู และลดการหลั่งสารพรอสตาแกลนดิน⁽⁵⁻⁷⁾ จึงมีผลลดการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก⁽⁸⁾ สำหรับการใช้อย่างต่อเนื่อง (extended หรือ continuous use) ช่วยให้มีรอบระดูและลดอาการปวดได้ดีกว่าการใช้ยาเป็นรอบ ๆ⁽⁹⁻¹¹⁾ มีหลายการศึกษาพบว่า การให้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดประจำตัวแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ พบว่าการรักษาได้ผลดีเหมือนกัน ดังนั้นสามารถให้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดประจำตัวได้โดยไม่ต้องรอผลตรวจเพิ่มเติม

โปรเจสติน (Progestin)

Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) สามารถยับยั้งการตกไข่⁽¹²⁾ และกดการเจริญของเยื่อบุโพรงมดลูก⁽¹³⁾ พบภาวะขาดระดูร้อยละ 55 เมื่อใช้นาน 12 เดือน และร้อยละ 68 เมื่อใช้นาน 24 เดือน⁽¹²⁾ จึงใช้เป็นทางเลือกในการรักษาภาวะปวดประจำตัว

การใช้ norethisterone acetate (norethindrone) 5 มิลลิกรัม รับประทานติดต่อกันสามารถลดอาการปวดประจำตัวได้เทียบเท่ากับการใช้ COCs ติดต่อกัน⁽¹⁴⁾

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดโปรเจสตินอย่างเดียวสามารถลดปริมาณเลือดระดู และพบภาวะขาดระดูได้ประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นสามารถใช้เป็นทางเลือกในการลดอาการปวดและมีผลข้างเคียงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

Dienogest เป็นโปรเจสตินชนิดหนึ่งที่สามารถลดอาการปวดประจำตัวได้ดีเมื่อเทียบกับยาหลอกและให้ผลไม่ต่างจากยา leuprolide acetate ในการรักษาอาการปวดประจำตัวจากภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พบว่ามีภาวะขาดระดูร้อยละ 39 เมื่อใช้นาน 6 เดือนและพบผลข้างเคียงจากยาน้อย⁽¹⁵⁾

ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (Levonorgestrel intrauterine system, LNG-IUS)

จากการศึกษาของ Cochrane review ในปี ค.ศ. 2015 พบว่าการใช้ LNG-IUS 52 มิลลิกรัม สามารถลดปริมาณเลือดระดูและอาการปวดประจำตัวได้⁽¹⁶⁾ จึงเป็นทางเลือกในการรักษาภาวะปวดประจำตัว

2. การรักษาที่ไม่ใช่ยา

2.1 การออกกำลังกาย

จาก Cochrane review ในปี ค.ศ. 2010 มีการศึกษาเดี่ยวที่พบว่า การออกกำลังกายสามารถช่วยลดอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีประจำตัว⁽¹⁷⁾ แม้ว่ายังไม่มีการศึกษาที่มากพอในการสนับสนุนว่าการออกกำลังกายช่วยลดอาการปวดประจำตัว แต่การออกกำลังกายมีประโยชน์ ไม่มีโทษ จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะปวดประจำตัวออกกำลังกาย

2.2 การกระตุ้นปลายประสาท (Transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)

เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นที่ผิวหนัง โดยใช้ความถี่และความแรงต่าง ๆ เพื่อลดการรับรู้ความปวด Cochrane review ในปี ค.ศ. 2002 พบว่า high-frequency TENS (50-120 Hz) สามารถลดอาการปวดประจำตัวได้ และน่าจะได้รับการพิจารณาเป็นแนวทางการรักษาในผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาได้⁽¹⁸⁾ ส่วน low-frequency TENS (1-4 Hz) ไม่ช่วยลดอาการปวด ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจาก high-frequency TENS ได้แก่ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ คลื่นไส้ มีรอยแดงหรือไหม้บริเวณผิวหนัง ผลข้างเคียงเหล่านี้พบได้ประมาณร้อยละ 10

2.3 การประคบร้อน

การศึกษาพบว่า การใช้แผ่นประคบร้อนที่ท้องน้อย สามารถลดอาการปวดประจำตัวได้ดีกว่ายาหลอกและได้ผลดีเทียบเท่ากับการใช้ NSAIDs^(19,20) เนื่องจากแผ่นประคบร้อนสามารถหาได้ทั่วไปและราคาไม่แพง จึงแนะนำให้ใช้ในการลดอาการปวดประจำตัว

2.4 การฝังเข็ม (Acupuncture)

ยังขาดข้อมูลสนับสนุนผลการลดอาการปวดประจำตัว^(21,22) แต่แนะนำให้เป็นการรักษาทางเลือกหรือเป็นการรักษาคู่กับการรักษามาตรฐาน

2.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral interventions)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้ในการรักษาภาวะปวดประจำตัว ได้แก่ biofeedback, desensitization, Lamaze exercises, hypnotherapy และ relaxation training ยังขาดข้อมูลสนับสนุนผลการลดอาการปวดประจำตัว แต่แนะนำให้เป็นการรักษาทางเลือกหรือเป็นการรักษาคู่กับการรักษามาตรฐาน⁽²³⁾

2.6 อาหารเสริม (Dietary supplements)

มีหลายการศึกษาซึ่งเป็นการศึกษาขนาดเล็กแบบสุ่ม พบว่าการใช้ขิง ปริมาณ 150-2,000 มิลลิกรัม ใช้ประมาณ 3-4 วันแรกของรอบประจำตัว สามารถลดอาการปวดประจำตัวได้เทียบเท่าการใช้ยา NSAIDs^(24,25) และพบว่าได้ผลดีกว่ายาหลอก⁽²⁶⁻²⁸⁾ Cochrane review ปี ค.ศ. 2016 พบว่า ไม่มีการศึกษาที่มีคุณภาพเพียงพอในการสนับสนุนประสิทธิภาพของอาหารเสริมต่าง ๆ โดยมีการศึกษา

พบว่า การใช้ขิง ลูกชัต (fenugreek) น้ำมันตับปลา น้ำมันตับปลารวมกับวิตามิน B₁, Valerian วิตามิน B₁, Zataria และ Zinc sulphate อาจมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดระดูแบบปฐมภูมิ⁽²⁹⁾

3. การผ่าตัด

ควรพิจารณาผ่าตัดในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและควรวางแผนทำ ผ่าตัดเท่าที่จำเป็น เพราะการผ่าตัดหลายครั้งจะเพิ่มความเครียดและเพิ่มโอกาสเกิดกลุ่มอาการปวด ท้องน้อยเรื้อรัง เช่น neuropathic pain และพังผืด

มีหลักฐานสนับสนุนว่า การผ่าตัดครั้งแรกในผู้ป่วยเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่จะช่วย เพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ แต่การผ่าตัดครั้งต่อมาไม่ช่วยเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์⁽³⁰⁾ ดังนั้น ผู้ป่วยควร ได้รับการรักษาด้วยยาก่อนจนกว่าต้องการจะมีบุตรหรือจนกว่าต้องการทราบการวินิจฉัยที่แน่ชัด

3.1 การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Laparoscopy)

การส่องกล้องอาจมีประโยชน์ในการวินิจฉัยและรักษา ก่อนส่องกล้องแพทย์ควรวางแผนการผ่าตัดกรณีที่เกิดพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานโดยเฉพาะภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ โดย ต้องมีการสอบถามผู้ป่วยถึงความต้องการมีบุตรในอนาคต ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกใน การรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น แผนการผ่าตัดรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการ รวมทั้ง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ถ้าส่องกล้องแล้วไม่พบความผิดปกติและไม่มียารักษาเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่แบบ ผังแนจากการทำเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging, MRI) อาจพิจารณา ทำการตัดมดลูกในรายที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว

3.2 การตัดมดลูก (Hysterectomy)

ทำในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและไม่ต้องการมีบุตรแล้ว

3.3 Presacral neurectomy (PSN)

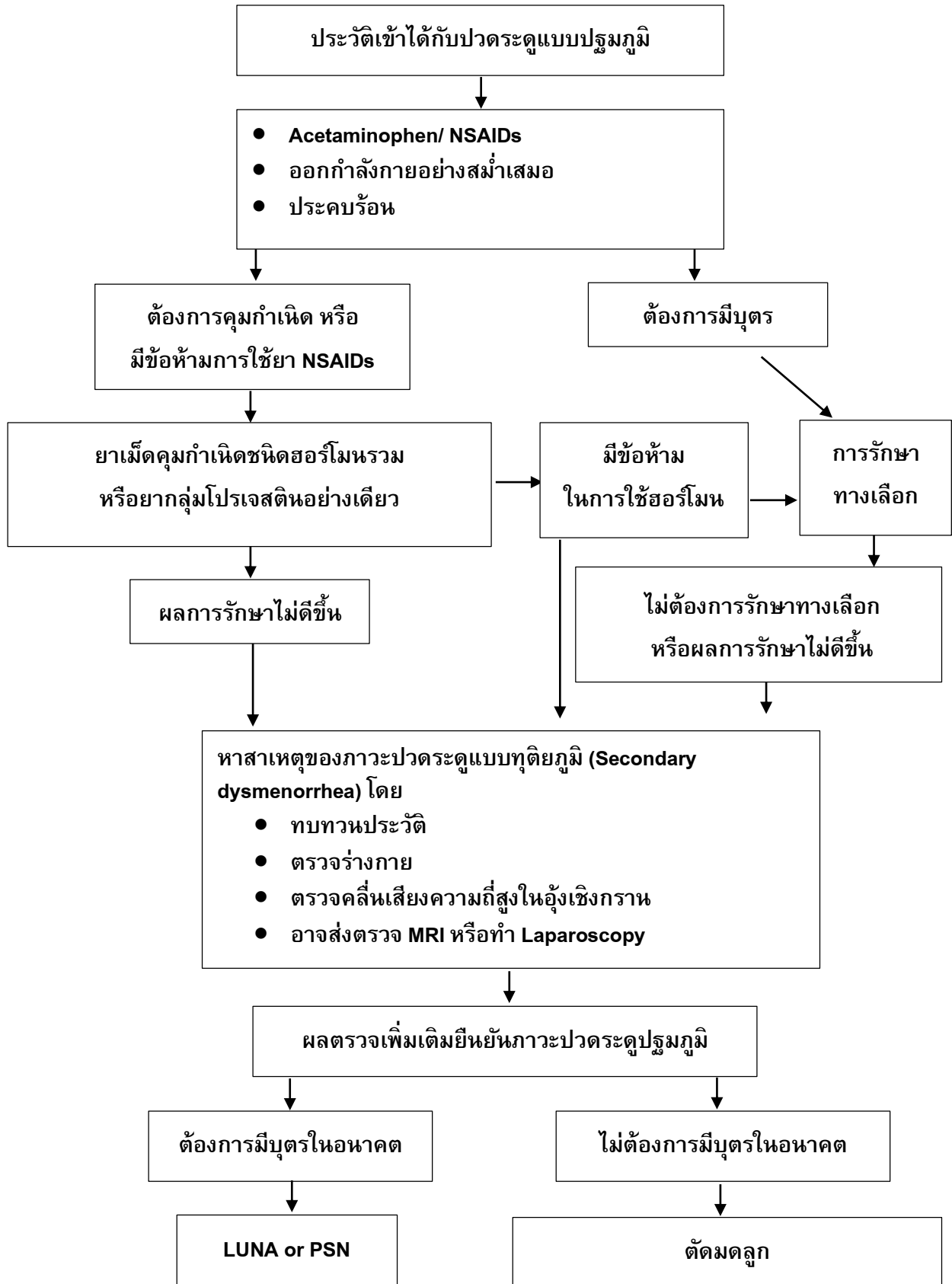
มีข้อมูลจำกัดถึงผลการรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ และควรคำนึงถึงผลข้างเคียงที่ อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ท้องผูกและกลิ่นปัสสาวะไม่ได้⁽³²⁾

3.4 Laparoscopic uterosacral nerve ablation (LUNA)

Cochrane review ปี ค.ศ. 2015 พบว่า การรักษาโดยวิธี LUNA สามารถช่วยลด อาการปวดระดูปฐมภูมิได้ใน 6 เดือนแรกหลังผ่าตัด⁽³³⁾

สรุป

อาการปวดระดูพบได้บ่อย มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต บางรายปวดจนต้องขาดงานหรือขาด เรียน การช้ประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมเพื่อหาสาเหตุของอาการ ปวด หากไม่พบจะวินิจฉัยเป็นปวดระดูชนิดปฐมภูมิ ซึ่งมีแนวทางการรักษาตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการรักษาอาการปวดประจำตัวปฐมภูมิ

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 Dec;27(12):1117–46.
2. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017 Jul;39(7):585–95.
3. Ali Z, Burnett I, Eccles R, North M, Jawad M, Jawad S, et al. Efficacy of a paracetamol and caffeine combination in the treatment of the key symptoms of primary dysmenorrhoea. *Curr Med Res Opin.* 2007 Apr;23(4):841–51.
4. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jul 30;(7):CD001751.
5. Ekström P, Akerlund M, Forsling M, Kindahl H, Laudanski T, Mrugacz G. Stimulation of vasopressin release in women with primary dysmenorrhoea and after oral contraceptive treatment--effect on uterine contractility. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992 Aug;99(8):680–4.
6. Chan WY, Dawood MY. Prostaglandin levels in menstrual fluid of nondysmenorrheic and of dysmenorrheic subjects with and without oral contraceptive or ibuprofen therapy. *Adv Prostaglandin Thromboxane Res.* 1980;8:1443–7.
7. Creatsas G, Deligeoroglou E, Zachari A, Loutradis D, Papadimitriou T, Miras K, et al. Prostaglandins: PGF2 alpha, PGE2, 6-keto-PGF1 alpha and TXB2 serum levels in dysmenorrheic adolescents before, during and after treatment with oral contraceptives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1990 Sep;36(3):292–8.
8. Ekström P, Juchnicka E, Laudanski T, Akerlund M. Effect of an oral contraceptive in primary dysmenorrhea--changes in uterine activity and reactivity to agonists. *Contraception.* 1989 Jul;40(1):39–47.
9. Sulak PJ, Kuehl TJ, Ortiz M, Shull BL. Acceptance of altering the standard 21-day/7-day oral contraceptive regimen to delay menses and reduce hormone withdrawal symptoms. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Jun;186(6):1142–9.

10. Vercellini P, De Giorgi O, Mosconi P, Stellato G, Vicentini S, Crosignani PG. Cyproterone acetate versus a continuous monophasic oral contraceptive in the treatment of recurrent pelvic pain after conservative surgery for symptomatic endometriosis. *Fertil Steril*. 2002 Jan;77(1):52–61.
11. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, Pasin R, Crosignani PG. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil Steril*. 2003 Sep;80(3):560–3.
12. Schwallie PC, Assenzo JR. The effect of depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following its discontinuation: a review. *Contraception*. 1974 Aug;10(2):181–202.
13. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Guest F, Kowal D (eds). *Contraceptive Technology: Seventeenth Revised Edition*. New York NY: Ardent Media; 1998.
14. Al-Jefout M, Nawaiseh N. Continuous norethisterone acetate versus cyclical drospirenone 3 mg/ethinyl estradiol 20 µg for the management of primary dysmenorrhea in young adult women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 Apr;29(2):143–7.
15. Strowitzki T, Marr J, Gerlinger C, Faustmann T, Seitz C. Dienogest is as effective as leuprolide acetate in treating the painful symptoms of endometriosis: a 24-week, randomized, multicentre, open-label trial. *Hum Reprod*. 2010 Mar;25(3):633–41.
16. Lethaby A, Hussain M, Rishworth JR, Rees MC. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 30;(4):CD002126.
17. Brown J, Brown S. Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Feb 17;(2):CD004142.
18. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD002123.

19. Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstet Gynecol.* 2001 Mar;97(3):343–9.
20. Navvabi Rigi S, Kermansaravi F, Navidian A, Safabakhsh L, Safarzadeh A, Khazaian S, et al. Comparing the analgesic effect of heat patch containing iron chip and ibuprofen for primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *BMC Womens Health.* 2012 Aug 22;12:25.
21. Smith CA, Armour M, Zhu X, Li X, Lu ZY, Song J. Acupuncture for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Apr 18;4:CD007854.
22. Chung Y-C, Chen H-H, Yeh M-L. Acupoint stimulation intervention for people with primary dysmenorrhea: Systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Complement Ther Med.* 2012 Oct;20(5):353–63.
23. Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, Suckling J, Farquhar CM. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD002248.
24. Shirvani MA, Motahari-Tabari N, Alipour A. The effect of mefenamic acid and ginger on pain relief in primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2015 Jun;291(6):1277–81.
25. Ozgoli G, Goli M, Moattar F. Comparison of effects of ginger, mefenamic acid, and ibuprofen on pain in women with primary dysmenorrhea. *J Altern Complement Med.* 2009 Feb;15(2):129–32.
26. Jenabi E. The effect of ginger for relieving of primary dysmenorrhoea. *J Pak Med Assoc.* 2013 Jan;63(1):8–10.
27. Rahnema P, Montazeri A, Huseini HF, Kianbakht S, Naseri M. Effect of *Zingiber officinale* R. rhizomes (ginger) on pain relief in primary dysmenorrhea: a placebo randomized trial. *BMC Complement Altern Med.* 2012 Jul 10;12:92.
28. Daily JW, Zhang X, Kim DS, Park S. Efficacy of Ginger for Alleviating the Symptoms of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Pain Med.* 2015 Dec;16(12):2243–55.

29. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, Sangkomkamhang US, Barnes J, Seyfoddin V, et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 22;3:CD002124.
30. Marcoux S, Maheux R, Bérubé S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. *N Engl J Med.* 1997 Jul 24;337(4):217–22.
31. Preutthipan S, Herabutya Y. Hysteroscopic rollerball endometrial ablation as an alternative treatment for adenomyosis with menorrhagia and/or dysmenorrhea. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010 Oct;36(5):1031–6.
32. Miller LE, Bhattacharyya R, Miller VM. Clinical Utility of Presacral Neurectomy as an Adjunct to Conservative Endometriosis Surgery: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Studies. *Sci Rep.* 2020 Apr 23;10(1):6901.
33. Proctor ML, Latthe PM, Farquhar CM, Khan KS, Johnson NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Oct 19;(4):CD001896.

.....