

ISSN 0858-5695



สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร
OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL
BULLETIN

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ปีที่ 9 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2543

Mercilon

20 mcg ethynodiol/150 mcg desogestrel

The ultra-low dose estrogen OC



- 3 Good contraceptive efficacy^{1,2,3,4}
- 3 Good cycle control^{1,3,4}
- 3 Low side-effects^{1,2,3}
- 3 No significant effect on body weight^{1,2,3,4}

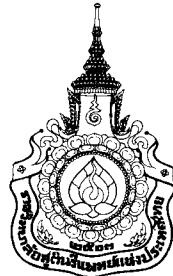


Reference:

- 1 Clinical and metabolic study of a new monophasic oral contraceptive containing 20 mcg EE and 150 mcg desogestrel in Thai women
- 2 Newton J, Berg M op. ten, eds. Contracept: Parthenon Publishing Group, 1992: 33-38
3. Fortherby K: Contraception vol 46, No 5, Nov 1992
4. Newton J. Contracept: Parthenon Publishing Group, 1990: 55-64

For further information please contact;
Organon (Thailand) Ltd.

14th Floor, Ploenchit Center Bldg. 2 Sukhumvit Road
Klongtoey, Bangkok 10110
Tel: 656-7955 Fax: 656-7956



สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร
OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL
BULLETIN

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS



สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร

OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL BULLETIN

ISSN 0858-5695

เอกสารทางวิชาการเพื่อเผยแพร่สำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เจ้าของ

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะกรรมการ

นพ.วิทูร โอลสถานเนท์	นพ.สมหมาย ถุงสุวรรณ	นพ.ไฟโรน์ วิทูรพณิชย์
นพ.มนูญ จันทร์วิมล	นพ.กำแหง ชาตุรัตน์	นพ.วนิด พัวประดิษฐ์
นพ.นิกร ดุสิตศิน	นพ.ประมวล วีรุตม์เสน	นพ.เอนก อารีพรรค
นพ.สุพร เกิดสว่าง	นพ.กวีพงษ์ สุวรรณโคต	

บรรณาธิการ

นพ.นเรศร สุขเจริญ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นพ.ประทักษิณ โอประเสริฐสวัสดิ์ นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล
นพ.เยือน ตันนิรันดร

กองบรรณาธิการ

นพ.กัมรา พฤกษาnanนท์	นพ.เรืองศิลป์ เช华รัตน์	นพ.หเทียน ถินราช
นพ.ชาติชัย ศรีสมบัติ	นพ.วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ	นพ.อภิชาติ โอพารัตนชัย
นพ.ทวีป กิตยาภรณ์	นพ.วิรัช วิภาสุขมงคล	นพ.อภิชาน พวงศรีเจริญ
นพ.ธีระพร วุฒยานิช	นพ.วีระ นิยมวัน	นพ.อร่าม ใจกลางสุก
พญ.นฤมล ชรากร	นพ.วีระพล จันทร์ดียิ่ง	นพ.อุดม เชาวรินทร์
พญ.นันทา อ่วมกุล	นพ.ศุภวิทย์ มุตดาวะ	นพ.เอกชัย โควา vieras
นพ.กิ่งกอก สุมพิกานนท์	พญ.สฤญาพรรณ วีแล็กษณ์	นพ.โภกาล ไทยพิสุทธิ์กุล
นพ.มานิต ศรีประโมทย์	นพ.แสงชัย พฤทธิพันธุ์	

สำนักงาน

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สำนักงานชั้นที่ 8 อาคารเฉลิมพระบรมราชูปถัมภ์ ๕๐ ปี

เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ หัวยงขวาง บางกะปิ กรุงเทพฯ 10320

โทร. 7165721-23, 7166661-4 ต่อ 8000-2 โทรสาร. 7165720, 7166661-4 ต่อ 8003

กำหนดออก

ปีละ 4 ฉบับ

คณะกรรมการบริหาร

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2543-2544

1. พญ.คุณหญิงกอบจิตต์	ลิมปพยอง	ประธาน
2. นพ.สมพล	พงศ์ไทย	รองประธาน
3. พญ.อรวรรณ	ศรีวัฒน์	เลขานุการ
4. พญ.พรสม	ทุตระเจริญ	รองเลขานุการ 1
5. นพ.มานิต	ศรีประโมทย์	รองเลขานุการ 2
6. พอ.พญ.ทิพย์สุรีย์	นาคประสิทธิ์	เหรัญญิก
7. นพ.ไพรอน์	วิทูรพันธุ์	กรรมการกลาง
8. นพ.ภิเศก	ลุมพิกานันท์	ประธานคณะกรรมการวิเทศสัมพันธ์
9. พญ.วิบูลพรรณ	ธิดาดิลก	ประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก
10. นพ.วีระพล	จันทร์ดียิ่ง	ประธานคณะกรรมการพัฒนาบุคคลและวางแผน
11. นพ.สมเกียรติ	ศรีสุพรรณเดช	ประธานคณะกรรมการเรื่องอวัยวะสืบพันธุ์สตรี
12. นพ.สมบูรณ์	คุณนาธิคม	ประธานคณะกรรมการจัดประชุมฯ
13. นอ.พญ.สุรีย์พร	บุญจง	ประธานคณะกรรมการอนามัยเจริญพันธุ์
14. นพ.สุวัชัย	อินทรประเสริฐ	ประธานคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบบุคคล
15. นพ.เออนก	อารีพรคร	ประธานคณะกรรมการจัดทำวารสาร

Nubain®

IM
IV
SC

Nalbuphine HCl 10 mg/ml, 20 mg/ml

Potent Narcotic Agonist-Antagonist Analgesic

For Moderate To Severe Pain



*...Pain relief comparable to morphine
and meperidine with outstanding advantages¹*

- “Ceiling” on respiratory depression.^{1,2}
- Low incidence of psychotomimetic effects.¹
- Rapid action; long-lasting (3-6 hours).
- Easier patient management for doctor and nurse.
- Apply conveniently in three ways IM, IV, SC.
- Flexible adult dose 10-20 mg./70 kg.
with maximum daily dose of 160 mg.

References

1. James EF Reynolds. Martindale, ed. 31 Vol.1,1996. 68-69.
2. Romagnoli A, Keats AS. Ceiling effect for respiratory depression by nalbuphine. Clin. Pharmacol. Ther., 1980,27(4) pp 478-485.

Further information available on request



ใบอนุญาตประกอบการที่ จว.288/2543



BOOTS
HEALTHCARE

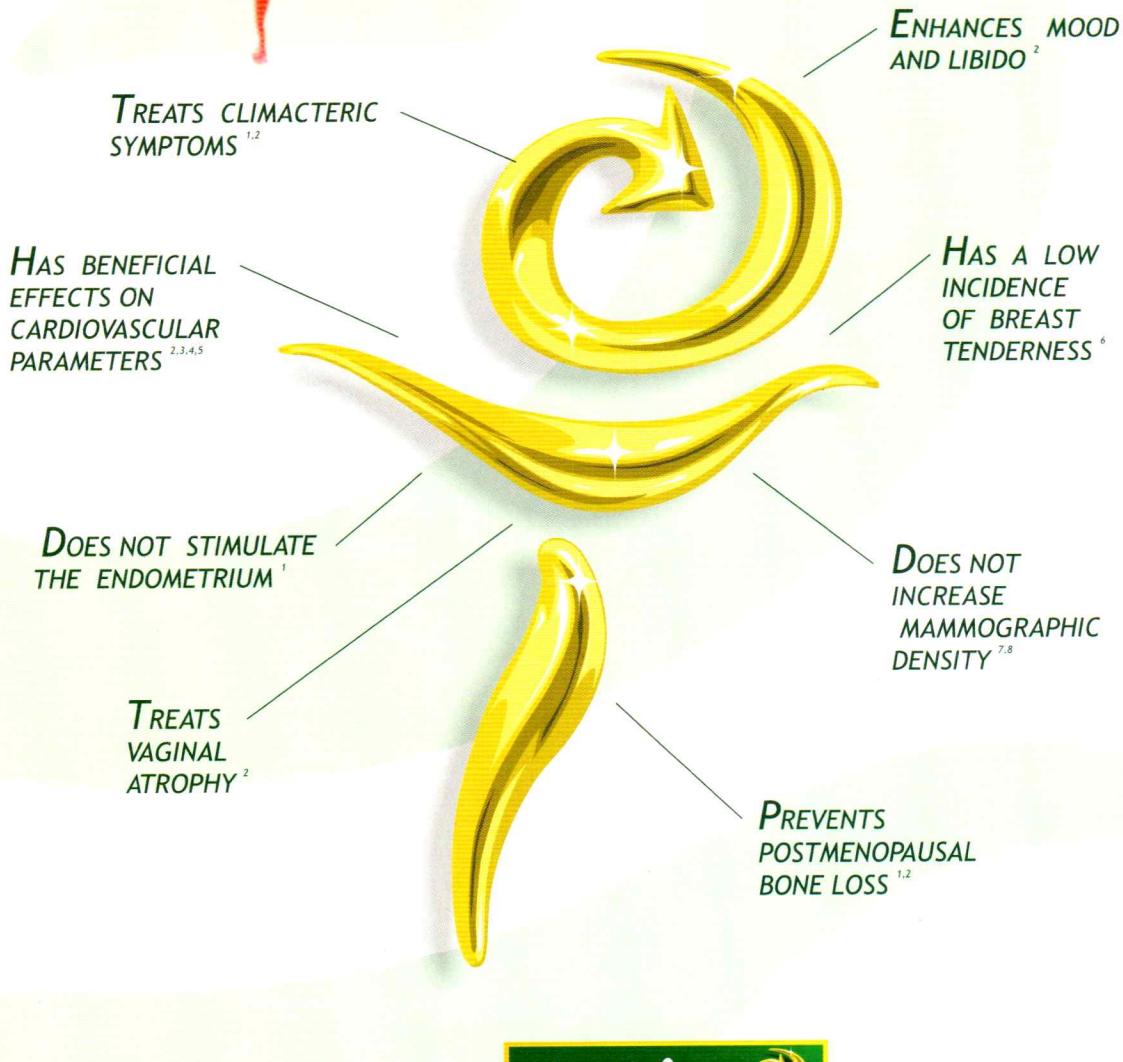
THE BOOTS CO., (THAILAND) LTD.

65 Lard Kra Bang-Bang Plee Road, Bang Plee, Samut Prakarn 10540





Livial exerts Tissue-specific activity.¹



LIVIAL : MEETING WOMEN'S SPECIFIC NEEDS.

Reference :

1. Coelingh Bennink HJT. Clinical experience with Tibolone, a tissue-specific hormone. *Cynecol Endocrinol* 1997; 11: 57-62.
2. Moore RA. Livial: a review of clinical studies. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106 (Suppl 19): 1-21.
3. Prelevic GM, Belicic T, Ginsburg J. The effect of tibolone on cardiac flow in postmenopausal women with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Maturitas* 1997; 27: 85-90.
4. Lloyd G et al. Acute effects of hormone replacement with tibolone on myocardial ischaemia in women with angina. *Int J Clin Pract* 1998; 52: 155-157.
5. Morris E et al. High resolution ultrasound assessment of the carotid artery: its relevance in postmenopausal women and the effects of tibolone on carotid artery ultrastructure. *Climacteric* 1999; 2: 13-20.
6. Hammar M, Christau S, Nathorst-Boos J, Rud T, Garre K. A double-blind, randomised trial comparing the effects of tibolone and continuous combined hormone replacement therapy in postmenopausal women with menopausal symptoms. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 904-911.
7. Erel CT, Erel K, Akman C et al. Mammographic changes in women receiving tibolone therapy. *Fertil Steril* 1998; 69(5): 870-875.
8. Valdivia J, Ortega D. A one year evaluation of mammary radiographic density (MDX) changes with different HRTs regimens in climacteric women. *Acta Obstet et Gynaecol Scand* 1997; 76 (Suppl 176) (Abstract P 48.8)

ສາຣບໍ່ມູນ

ໜ້າ

1

ຄວາມບກພ່ອງທາງເພດຂອງສຕ່ລີ
Female Sexual Dysfunction

ความบกพร่องทางเพศของสตรี

Female Sexual Dysfunction

รศ.นพ.นเรศร สุขเจริญ
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Primolut-N

Norethisterone 5 mg

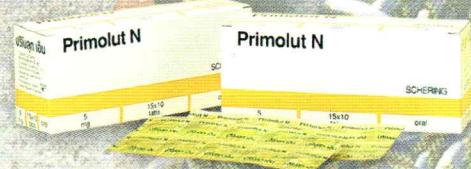
The Effective Oral
Progestogen For
the Treatment of
Menstrual Disorders

Dysfunctional Uterine
Bleeding

Timing of Menstruation

Premenstrual Syndrome

Polymenorrhoea



SCHERING

H O T L I N E

9 8 4 - 4 2 2 2

บริษัทเชริง จำกัด โทร. 415/2542

แฟกซ์ No. 02-994117

Cyclo-Progynova®

Estradiol Valerate / Norgestrel

ให้ฮอร์โมนทดแทน Estradiol
ชนิดเดียวกับในร่างกายของผู้หญิง



การให้ฮอร์โมนทดแทนโดยมี Progestogen ร่วมด้วย
ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของเยื่อบุผนังมดลูก¹



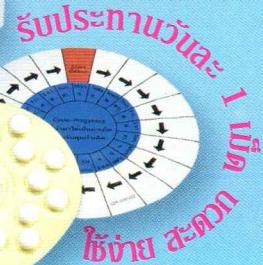
มีประสิทธิภาพในการรักษากลุ่มอาการ
ของวัยหมดประจำเดือน เช่น ร้อนวูบวาบ
ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ



ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด³



ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน⁴



SCHERING

Hotline : 9844222

ใบอนุญาตเลขที่ นศ. 413/2542

Urtext No. Q2/99-012

References:

1. P. Kenemans et al., Practical HRT, 1996, 181-190
2. K. Panyakamlerd et al., J Med Assoc Thai, May, 1996
3. Chee J. Kim et al., Arch Intern Med/Vol 156, 1996
4. K. Limpapaphayom et al., J Med Assoc Thai, Nov., 1995

ความบกพร่องทางเพศของสตรี (Female Sexual Dysfunction)



รศ.นพ.นเรศรา ชัยเจริญ
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ความบกพร่องทางเพศของสตรี (female sexual dysfunction) หมายถึง ความบกพร่องในขั้นตอนต่าง ๆ ของการตอบสนองทางเพศ ได้แก่ ความต้องการทางเพศ (sexual desire), การตื่นเต้นทางเพศ (sexual arousal), การถึงจุดสุดยอดทางเพศ (orgasm) และการเจ็บปวดขณะร่วมเพศ เช่น dyspareunia และ vaginismus สูติแพทย์ทั่วไปจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการตรวจวินิจฉัยและรักษาความผิดปกติดังกล่าวได้ การเจ็บป่วย, ยาบางชนิด และปัญหาทางจิตใจและสังคม เช่น การล่วงเกินทางร่างกายหรือการล่วงเกินทางเพศ อาจเป็นสาเหตุของความผิดปกติดังกล่าวได้ นอกจากนั้น ความผิดปกติทางนรีเวชและมะเร็งทางนรีเวช รวมถึงมะเร็งเต้านม เป็นสาเหตุของความบกพร่องทางเพศที่พบได้บ่อย การให้ความรู้และความมั่นใจแก่ผู้ป่วยรวมทั้งการให้การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่ในระยะแรกจะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น แพทย์ซึ่งดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จำเป็นต้องทราบถึงเทคนิคในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวมทั้งมีความเข้าใจถึงการตอบสนองทางเพศปกติ, ปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองทางเพศ รวมทั้งการให้ยาและการรักษาทางนรีเวช เป็นอย่างดี ในบทความนี้จะได้กล่าวถึงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการตอบสนองทางเพศของสตรี, ความบกพร่องทางเพศของสตรี, การตรวจวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วย

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาความบกพร่องทางเพศได้รับความสนใจจากประชาชนและสื่อมวลชนจำนวนมาก

มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้ยารักษาอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในฝ่ายชาย ความสำเร็จของ การรักษาความบกพร่องทางเพศในฝ่ายชายเองก็ทำให้มีความสนใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ ของสตรีเพิ่มขึ้น และผลสำเร็จของการรักษาฝ่ายชายทำให้มีปัญหาความบกพร่องทางเพศของสตรี เพิ่มขึ้น จากความไม่สมดุลที่เกิดขึ้น¹ จึงมีการศึกษาถักอย่างกว้างขวางถึงปัจจัยหรือโรคต่าง ๆ ที่ ทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศ^{2,3} สูติ-นรีแพทย์เป็นผู้ที่เหมาะสมในการดูแลปัญหาความบกพร่อง ทางเพศของสตรี เนื่องจากสุขภาพทางเพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งของอนามัยการเจริญพันธุ์ สูติ- นรีแพทย์ทั่วไปจึงควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการตอบสนองทางเพศ ความบกพร่องทางเพศ และ มีความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว การตรวจวินิจฉัยปัญหาดังกล่าวใช้หลักการในการ ตรวจวินิจฉัยโรคทั่วไป กล่าวคือ เริ่มจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาต่อไป รวมไปถึงการให้ความรู้และสร้างความมั่นใจให้กับ ผู้ป่วยด้วย ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทาง

ความสัมพันธ์ทางเพศเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของระบบ ประสาท ระบบหลอดเลือด และระบบต่อมไร้ท่อ⁴ จึงมีการพัฒนาในแต่ละคนที่แตกต่างกันขึ้นกับ การเลี้ยงดูในครอบครัว สังคม และศาสนา นอกจากนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ สุขภาพ และ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การมีเพศสัมพันธ์ยังขึ้นกับความสัมพันธ์ของคู่สมรส ซึ่งแต่ละคน จะมีทัศนคติ ความต้องการ และการตอบสนองที่แตกต่างกัน ความผิดปกติในแต่ละส่วนอาจทำให้ เกิดปัญหาความบกพร่องทางเพศขึ้นได้

การตอบสนองทางเพศของสตรี

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับสรีรวิทยาของการตอบสนองทางเพศมาเป็นเวลา 50 ปีแล้ว^{5,6} ต่อมา ได้จัดแบ่งการตอบสนองทางเพศในสตรีเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 : ระยะมีความต้องการทางเพศ (desire, appetitive หรือ libido)

ระยะที่ 2 : ระยะตื่นตัว (excitement หรือ arousal)

ระยะที่ 3 : ระยะถึงจุดสุดยอดทางเพศ (orgasm หรือ climax)

ระยะที่ 4 : ระยะพักตัว (resolution หรือ refractory)

ระยะที่ 1 : ระยะมีความต้องการทางเพศ (desire)

เป็นระยะที่มีความต้องการทางเพศ โดยมีจินตนาการทางเพศและความต้องการมีเพศ สัมพันธ์

ระยะที่ 2 : ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement)

เป็นระยะที่เกิดจากการกระตุ้นทางจิตใจ เช่น มีจินตนาการทางเพศ, มีการกระตุ้นทาง ร่างกาย เช่น การกดจูบ หรือมีการกระตุ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในระยะนี้จะมีการขยายตัวของ

arterioles บริเวณช่องคลอด ทำให้มีสารน้ำผ่านผนังช่องคลอดเข้ามายังในช่องคลอดทำให้น้ำที่ในการหล่อลื่น เต้านมมีขึ้นเพิ่มขึ้น มีหัวนมตั้งขึ้น และมีเลือดมาคั่งบริเวณเลานหัวนม (areola) เพิ่มขึ้น พบเป็นผื่นแดงบริเวณหน้าอก, คอ และใบหน้า (sex flush) ประมาณ 75 % ของสตรีทั่วไป clitoris จะมีขึ้นเพิ่มและมีการยกตัวขึ้นของ clitoris มาอยู่ด้านหลังของกระดูกหัวหน่า labia minora จะหนาตัวขึ้นเนื่องจากมีการคั่งของหลอดเลือดดำ การตื้นตัวในระยะแรกจะอยู่นานหลายนาทีหรือหลายชั่วโมง ในกรณีที่มีการกระตุ้นต่อ จะมีการหดรัดตัวของช่องคลอดส่วนล่าง เรียกว่า orgasmic platform ช่องคลอดส่วนบนจะยกตัวสูงขึ้น (tenting) ขนาดของเต้านมเพิ่มขึ้นประมาณ 25 % มีการคั่งของหลอดเลือดดำบริเวณช่องคลอด ทำให้ปากช่องคลอดเปลี่ยนสี โดยเฉพาะส่วน labia minora จะมีสีแดงเข้ม มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเพิ่มขึ้น ร่วมกับมีความดันเลือดเพิ่มขึ้น การตื้นตัวในระยะหลังจะอยู่นาน 30 วินาที ถึงหลายนาที estrogen เป็นฮอร์โมนที่มีหน้าที่ในการรักษาสภาพของผนังช่องคลอด จึงมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการผลิตสารหล่อลื่นในช่องคลอด ในรายที่มีระดับ estrogen ต่ำจึงเป็นสาเหตุสำคัญของความผิดปกติในระยะตื้นตัวของสตรี

ระยะที่ 3 : ระยะถึงจุดสุดยอดทางเพศ (orgasm)

ระยะนี้เป็นระยะที่มีความพอย่างเพศสูงสุด ร่วมกับมีการหดรัดตัวเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อบริเวณปากช่องคลอดและอุ้งเชิงกราน โดยพบมีการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอดส่วนล่างเป็นจังหวะ 3-15 ครั้ง ร่วมกับมีการหดรัดตัวอย่างรุนแรงของมดลูกจากยอดมดลูก manyang ปากมดลูก นอกจากนั้น มีการเกร็งของกล้ามเนื้อในส่วนอื่นของร่างกาย เช่น ใบหน้า มือ และเท้า พบรูป sex flush เพิ่มขึ้น ความดันเลือดเพิ่มขึ้น 20-40 มม.ปรอท และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นได้เป็น 160 ครั้งต่อนาที ระยะที่ถึงจุดสุดยอดทางเพศอยู่ระหว่าง 3-25 วินาที

ระยะที่ 4 : ระยะพักตัว (resolution)

ระยะนี้เลือดที่ถูกส่งไปยังในระบบสืบพันธุ์จะกลับสู่ร่างกาย กล้ามเนื้อทุกส่วนจะมีการคลายตัวในสตรีอาจมีระยะพักตัวสั้นและอาจถึงจุดสุดยอดได้หลายครั้งติดต่อกัน

ความบกพร่องทางเพศ (sexual dysfunction)

ความบกพร่องทางเพศ หมายถึง ความบกพร่องของการตอบสนองทางเพศตามปกติ⁷ ความบกพร่องทางเพศอาจแบ่งได้ตามระยะต่าง ๆ ของการตอบสนองทางเพศ⁸ (ตารางที่ 1)

ความบกพร่องทางเพศอาจแบ่งได้เป็น ชนิดปฐมภูมิ (primary), ชนิดทุติภูมิ (secondary) หรือชนิดที่เป็นตามสถานการณ์ (situational) ความบกพร่องทางเพศมักเริ่มจากความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอด ถ้าไม่ให้การแก้ไขมักพบว่าจะมีความผิดปกติของการตื้นตัวและไม่มีความต้องการทางเพศในที่สุด

ตารางที่ 1. ชนิดของความบกพร่องทางเพศของสตรี³

-
- | |
|--|
| Sexual desire disorders |
| Hypoactive sexual desire |
| Sexual aversion |
| Sexual arousal disorder |
| Orgasmic disorder |
| Sexual paindisorders |
| Dyspareunia |
| Vaginismus |
| Sexual satisfaction |
| Sexual dysfunction not otherwise specified |
-

ความผิดปกติของความต้องการทางเพศ (disorders of sexual desire)

ความผิดปกติของความต้องการทางเพศ อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ hypoactive sexual desire หมายถึง การมีความต้องการทางเพศลดลง และ sexual aversion หมายถึง การรังเกียจและไม่ต้องการให้คู่สมรสสัมผัสบริเวณอวัยวะเพศ อาจมีสาเหตุจากเคยถูกล่วงเกินทางเพศ ข่มขืน หรือมีประสบการณ์เจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ในอดีต พบอุบัติการณ์ของ hypoactive sexual desire มากกว่า sexual aversion

Hypoactive sexual desire

Hypoactive sexual desire หมายถึง การขาดหรือลดลงของจินตนาการทางเพศและความต้องการทางเพศ^{9,10} ปัญหาสำคัญในการวินิจฉัย hypoactive sexual desire คือ ไม่มีเกณฑ์ ปกติของความต้องการทางเพศในอายุต่าง ๆ และความผิดปกตินี้มีสาเหตุและลักษณะอาการแตกต่างกันไป

สาเหตุทางกายภาพที่มีผลต่อความต้องการทางเพศ ได้แก่ สถานภาพทางสุขภาพ ทั่วไป, ภาวะซึมเศร้า, สถานภาพทางฮอร์โมน และการใช้ยาบางประเภท ยานอนหลับ tricyclic antidepressants, monoamine oxidase inhibitors, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), lithium และยา抗ชาโรคจิตทำให้ความสนใจทางเพศลดลง¹¹

สภาพจิตใจและความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมีส่วนเกี่ยวข้องกับความต้องการทางเพศ ปัจจัยที่ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง เช่น ภาวะตกงาน สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต สตรีเข้าสู่วัยหมดระดูและวัยชรา การทะเลาะเบาะแบ้งในครอบครัวหรือคู่สมรส พบปัญหา hypoactive sexual desire ประมาณ 30-50 % ของผู้ป่วยที่มาปรึกษาแพทย์ด้วยปัญหาเรื่องเพศ

Sexual aversion

Sexual aversion เป็นความผิดปกติซึ่งปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงไม่ให้คู่สมรสสัมผัสบริเวณ

อวัยวะเพศ พบได้น้อยกว่า hypoactive sexual desire มักพบร่วมกับการมีความต้องการทางเพศ ต่ำและอาจพบในรายที่เป็น vaginismus หรือ dyspareunia สตรีที่มีความผิดปกติถังกล่าวอาจมีประวัติเคยถูกล่วงเกินทางเพศหรือถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ ในรายดังกล่าวจะมีความเก็บกด และมีความรู้สึกในเชิงลบหรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์

ความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศ (sexual arousal disorders)

ความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศ หมายถึง การมีระยำตื่นตัวทางเพศไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถมีการตอบสนองทางเพศตามปกติคือ ไม่มีการสร้างสารหล่อลื่นขณะร่วมเพศได้เพียงพอ สตรีที่มีความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศมักมีความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอดทางเพศด้วย

ความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศมักพบร่วมกับสตรีวัยหมดรด, สตรีที่มีอาการปวดขณะร่วมเพศ หรืออาการที่ไม่ถึงจุดสุดยอด (anorgasmia) การเปลี่ยนแปลงของสตรีในระยะตื่นตัวทางเพศไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับความพึงพอใจทางเพศ อย่างไรก็ตาม ในรายที่ขาดการหล่อลื่นของช่องคลอดจะทำให้มีความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศ และอาจทำให้คู่สมรสเข้าใจผิดว่ามีปัญหาจากความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งอาจมีผลเสียต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว

ความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอด (orgasmic disorders)

ความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอด อาจเรียกว่า inhibited female orgasm, anorgasmia หมายถึง การที่สตรีไม่สามารถถึงจุดสุดยอดได้ หรือถึงจุดสุดยอดได้ช้า ความผิดปกติประเภทนี้เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อย ประมาณ 10 % ของสตรีทั่วไปไม่สามารถถึงจุดสุดยอดได้ตลอดชีวิต และพบว่ามีประมาณ 50 % ที่มีความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอดเป็นบางครั้งหรือในบางสถานการณ์¹²

สาเหตุทางกายภาพของความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอด ได้แก่ การบาดเจ็บหรือการผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกรานหรือไขสันหลัง หรือการใช้ยาบางประเภท เช่น ยาลดอาการซึมเศร้าหรือยารักษาโรคจิต อย่างไรก็ตาม ความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอดชนิดปฐมภูมิและเป็นมาตลอดมักจะไม่พบความผิดปกติทางกายภาพ ปัจจัยทางจิตใจและความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เช่น ทัศนคติทางเพศของสตรีอาจมีผลต่อความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอด คู่สมรสฝ่ายชายอาจรู้สึกผิดและมีส่วนรับผิดชอบในความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอดของสตรี

การเจ็บปวดขณะร่วมเพศ (sexual pain disorders)

การเจ็บปวดขณะร่วมเพศ อาจแบ่งออกได้เป็น dyspareunia หมายถึง อาการปวดขณะมีการร่วมเพศ กับ vaginismus หมายถึง การหดรัดตัวของปากช่องคลอดและช่องคลอดส่วนล่างทำให้ไม่สามารถสอดอวัยวะเพศชายเข้าไปได้ขณะร่วมเพศ vaginismus เกือบทั้งหมดเกิดจากปัญหาทางจิตใจ เช่น การห้ามแสดงออกทางเพศ, การบาดเจ็บทางเพศ เช่น การถูกข่มขืน, การ

เก็บกอดความรู้สึกไม่ดีต่อคู่สมรส และความเครียดที่เกิดจากการร่วมเพศที่มีความเจ็บปวดชาแล้วชาอีก อุบัติการณ์ของการเจ็บปวดขณะร่วมเพศ (sexual pain disorders) ไม่เป็นที่ทราบแน่นอน

ความชุกของความบกพร่องทางเพศของสตรี

ในปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์และความชุกของความบกพร่องทางเพศของสตรีมีน้อยมาก การศึกษาที่รายงานถึงความบกพร่องทางเพศของสตรีมักมีปัญหาเกี่ยวกับวิธีการทำวิจัย ได้แก่ มีจำนวนตัวอย่างน้อยเกินไป, มีผู้ตอบแบบสอบถามกลั่นมา้น้อย, ความแตกต่างกันของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา และนิยามของความบกพร่องทางเพศของสตรีมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา พบร้า ความบกพร่องทางเพศของสตรีมีมากกว่าฝ่ายชาย พบสตรีที่มีความบกพร่องทางเพศประมาณ 19-50 % ของสตรีทั่วไปที่มาตรวจรักษาระบบทั่วไป¹³⁻¹⁶ และอาจเพิ่มขึ้นเป็น 68-75 % เมื่อร่วมสตรีที่มาปรึกษาด้วยปัญหาทางเพศด้วย^{15,17} บางการศึกษาพบว่ามีความบกพร่องทางเพศเพียง 2 %¹⁵ ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติของความต้องการทางเพศและความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศ¹⁷ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากความแตกต่างของการให้ความสำคัญและการซักประวัติเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวของแพทย์ พบร้า นรีแพทย์ที่สามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาทางเพศร่วมกับการซักประวัติทั่วไปจะพบปัญหาทางเพศเพิ่มขึ้นกว่าเดิม 6 เท่า¹³ จะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าว เป็นปัญหาที่ซ่อนเร้นอยู่ และนรีแพทย์จำเป็นต้องเข้าใจความบกพร่องทางเพศที่พูนบ่อย และให้ความสนใจในเรื่องดังกล่าวด้วย

การวินิจฉัย

การซักประวัติ

การวินิจฉัยความบกพร่องทางเพศของสตรี จำเป็นต้องทำการซักประวัติอย่างละเอียด เพื่อวิเคราะห์ชนิดของความผิดปกติ หากความผิดปกติทางอายุรกรรมหรือนรีเวชกรรมที่อาจเป็นสาเหตุ รวมทั้งสืบหากลไตรายที่อาจเกิดร่วมได้¹⁸ การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามก่อนพบแพทย์ ทำให้แพทย์มีเวลาในการซักประวัติเพียงพอและได้ข้อมูลครบถ้วน แพทย์จำเป็นต้องทำการประเมินทัศนคติทางเพศของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถประเมินและให้การรักษาที่เหมาะสม

ควรหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเวลาที่เริ่มเป็น ระยะเวลาทั้งหมดที่เป็น และปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติดังกล่าว เช่น สถานการณ์บางอย่าง เป็นต้น นอกจากนั้น ต้องซักประวัติเกี่ยวกับการถูกละเมิดทางเพศหรือถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจในอดีต การประเมินความคาดหวังทางเพศของทั้ง 2 ฝ่ายจะช่วยให้สามารถเข้าใจปัญหาของคู่สมรสได้ดีขึ้น นอกจากนั้น จะต้องซักประวัติทางสังคมเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานและครอบครัว ซึ่งอาจทำให้เกิดความกังวลและเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางเพศได้

ในผู้ป่วยบางรายอาจพบความบกพร่องทางเพศได้หลายประเภท เนื่องจากความบกพร่องทางเพศบางอย่างอาจมีผลต่อ กัน เช่น ผู้ป่วยที่มีความต้องการทางเพศลดลง อาจไม่สามารถถึงจุดสุด

ตารางที่ 2. ความผิดปกติทางอายุรกรรมที่เป็นต้นเหตุของความบกพร่องทางเพศของสตรี⁴

โรคหัวใจและหลอดเลือด

- ความดันเลือดสูง
- โรคหัวใจขาดเลือด
- ประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ

- เบาหวาน
- ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์
- ระดับ prolactin ในเลือดสูง (hyperprolactinemia)
- ความผิดปกติของต่อมหมวกไต

โรคของระบบประสาท

- Multiple sclerosis
- ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathies)
- Stroke

สาเหตุอื่นๆ

- Autoimmune disorders
- ไตวายเรื้อรัง เช่น รายที่ทำ dialysis
- โรคของลำไส้ เช่น รายที่ทำ colostomy
- โรคของกระเพาะปัสสาวะ
- โรคผิวหนัง เช่น eczema, contact dermatitis
- โรคมะเร็ง

ยอดทางเพศร่วมด้วยได้ โดยมีความต้องการทางเพศลดลงเนื่องจากการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ และไม่พอใจคู่สมรส¹⁸ การรักษาการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ จะเป็นการรักษาความต้องการทางเพศลดลงทางอ้อม ดังนั้น การรักษาความต้องการทางเพศลดลงโดยการกระตุ้นทางเพศเพียงอย่างเดียว จะไม่ประสบผลสำเร็จและทำให้ผู้ป่วยเครียดมากขึ้น เนื่องจากจะต้องไปประสบปัญหาที่ตนเองไม่พอใจอีก

ความผิดปกติทางอายุรกรรม อาจเป็นสาเหตุของความผิดปกติทางเพศของสตรีได้ โดยเฉพาะโรคซึ่งมีผลต่อหล่ายระบบ เช่น เบาหวาน¹⁹ และโรคของต่อมไทรอยด์ เบาหวานทำให้มีความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของความผิดปกติของการตั้นตัวทางเพศได้ โรคหัวใจและหลอดเลือดอาจทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เนื่องจากการเหนื่อยหอบ เป็นต้น (ตารางที่ 2)⁴

การอักเสบของข้อและการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (urinary incontinence) อาจทำให้การร่วมเพศทำได้ลำบากหรือน่าอับอาย มีผลให้เกิดความผิดปกติทางเพศและมีความสัมพันธ์ทางเพศลดลงได้²⁰ โรคของระบบประสาทหล่ายโรค เช่น Parkinson's disease หรือ multiple sclerosis อาจทำให้มี

ปัญหาทางเพศได้¹ การรักษาความผิดปกติทางอายุรกรรมที่เป็นดันเหตุ และการให้ความสนใจต่อผลของการรักษาต่อความบกพร่องทางเพศ จะช่วยให้ความสัมพันธ์ทางเพศดีขึ้นได้

ผู้ป่วยที่มีอุบัติเหตุรุนแรงที่ศีรษะหรือการซักจากพยาธิสภาพที่ temporal lobe บางรายอาจมีความต้องการทางเพศลดลง²² สมรรถภาพที่เป็น acromegaly เนื่องจากมีระดับ growth hormone เพิ่มขึ้นกว่าปกติ จะมีการลดลงของความต้องการทางเพศเมื่อโรคคุณแรงขึ้น นอกจากนั้น อันตรายต่อไขสันหลังอาจทำให้มีความบกพร่องทางเพศได้ อันตรายต่อไขสันหลังที่ระดับ T₁ อาจทำให้ไม่สามารถถีงจุดสุดยอดได้²³ อาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของความบกพร่องทางเพศ โรคเรื้อรังต่าง ๆ อาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางเพศในที่สุด การตรวจประเมินอาการซึมเศร้าอาจช่วยในการประเมินความบกพร่องทางเพศของสมรรถภาพได้

นอกจากนั้น ควรซักประวัติการบาดเจ็บที่ซ่องห้องและอุ้งเชิงกราน, โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรืออุ้งเชิงกรานอักเสบ ประวัติการได้รับการผ่าตัดมาก่อน เช่น การผ่าตัด abdominal perineal resection, pelvic exenteration, retroperitoneal lymphadenopathy, sympathectomy หรือ aorto-iliac surgery อาจมีผลทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศจากความผิดปกติทางกาย-วิภาคหรือความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทได้

การซื้อยา กินเอง, การใช้สารเสพติดบางประเภท และการดื่มสุรา อาจเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางเพศได้^{24,25} (ตารางที่ 3) การเปลี่ยนยา, การหยุดยา, การเปลี่ยนขนาดหรือเวลาการให้ยาอาจช่วยให้ความผิดปกติทางเพศดีขึ้นได้ การสูบบุหรี่อาจทำให้เกิดความผิดปกติของการตีนตัวทางเพศในสมรรถภาพได้

ข้อมูลในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า ยาก่อให้เกิดความบกพร่องทางเพศในผู้ชายมากกว่าในสมรรถภาพว่า ยา กษาโรคจิตหลายตัวทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศในสมรรถภาพ²⁶ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่มักจะมีความบกพร่องทางเพศอยู่แล้ว นอกจากนั้น ยา กษาโรคจิตส่วนใหญ่จะมีฤทธิ์ทำให้ผู้ป่วยสงบ ซึ่งจะมีผลทำให้มีความบกพร่องทางเพศด้วย

ยา กษาโรคจิตที่มีผลต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เช่นว่ามีผลมาจากการที่ antidopamineergic ของยา นั้น ยา กษาโรคจิตหลายตัว เช่น thioridazine และ fluphenazine สามารถทำให้มีความผิดปกติของการถีงจุดสุดยอดได้²⁶ การให้ยา กษาโรคซึมเศร้า เช่น imipramine ทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้ถึง 75 % ของผู้ป่วย²⁷ ยา ในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ทำให้มีความต้องการทางเพศลดลงและยับยั้งการถีงจุดสุดยอดมากกว่ายานในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitors หรือ tricyclic antidepressants พบร่วมกับการรักษาด้วย fluoxetine ทำให้เกิดความรู้สึกถึงจุดสุดยอดได้เอง²⁶ การได้รับสารพิษจากสิ่งแวดล้อมหรือจากการทำงาน เช่นสารตะกั่ว สารปรอท ยาฆ่าแมลง และ vinyl chloride อาจมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้

ความผิดปกติทางนรีเวช อาจทำให้เกิดปัญหาต่อร่างกายและการมีเพศสัมพันธ์ได้¹⁸ (ตารางที่ 4) เช่น การรักษาผู้ป่วยที่เป็นกระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดขณะร่วมเพศ (dyspareunia) ควรให้ผู้ป่วยใช้สารหล่อลื่น และใช้เทคนิคเบนความสนใจไปที่อื่น (dis-

ตารางที่ 3. ยาที่มีผลต่อความผิดปกติทางเพศของสตรี²⁵

ยาที่มีผลต่อความต้องการทางเพศ

- Psychoactive medications
- Antipsychotics
- Barbiturates
- Benzodiazepines
- Selective serotonin reuptake inhibitors
- Lithium
- Tricyclic antidepressants
- Cardiovascular and antihypertensive medications
- Antilipid medications
- Beta-blockers
- Clonidine
- Digoxin
- Spironolactone
- Hormonal preparations
- Danazol
- GnRh agonists
- Oral contraceptives
- Histamine H₂-receptor blockers and promotility agents
- Indomethacin
- Ketoconazole
- Phenytoin sodium

ยาที่มีผลต่อการตั้งตัวทางเพศ

- Anticholinergics
- Antihistamines
- Antihypertensives
- Psychoactive medications
- Benzodiazepines
- Selective serotonin reuptake inhibitors
- Monoamine oxidase inhibitors
- Tricyclic antidepressants

ยาที่มีผลต่อการถึงจุดสุดยอดทางเพศ

- Methyldopa
- Amphetamines and related anorexic drugs
- Antipsychotics
- Benzodiazepines
- Selective serotonin reuptake inhibitors
- Narcotics
- Trazadone
- Tricyclic antidepressants

ตารางที่ 4. ความผิดปกติทางนรีเวชวิทยาที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางเพศ และการตรวจร่างกาย¹⁸

วิธีการตรวจร่างกาย	สิ่งตรวจพบที่อาจก่อให้เกิด ความผิดปกติทางเพศ
การตรวจรับประทานอก	
การตรวจ muscle tone	Vaginismus
การตรวจลักษณะของผิวนัง	Vulvar dystrophy, dermatitis
การตรวจความดึงและหนาของผิวนัง	Atrophy
การตรวจจำนวนและการกระจายของ pubic hair	Atrophy
การตรวจลักษณะของ clitoris	การติดของ clitoris กับส่วนอื่น
การตรวจหาแผลที่อวัยวะเพศภายนอก	การติดเชื้อ herpes simplex virus
การตรวจ discharge ที่ปากซ่องคลอด	Vulvar vestibulitis
การคลำ bartholin glands	Bartholinitis
การตรวจ posterior forchette และ hymenal ring	Episiotomy scars, scars
การตรวจช่องคลอดและทวารหนัก	
การคลำผนังของช่องคลอดและทวารหนัก	โรคของทวารหนัก
การคลำกล้ามเนื้อ levator ani	Levator ani myalgia, vaginismus
การคลำกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ	Urethritis, interstitial cystitis, urinary tract infection
การตรวจปากมดลูก พบรากการเจ็บขณะเคลื่อนไหว	การติดเชื้อ, peritonitis
การประเมินความลึกของช่องคลอด	การเปลี่ยนแปลงความลึกของช่องคลอดภายหลังการผ่าตัด, การฉายรังสี และการดูดตันของช่องคลอด
การตรวจภายใน	
การคลำมดลูก	มดลูกคว่ำหลัง, เนื้องอกมดลูก, endometriosis
การคลำปีกมดลูก	อาการเจ็บ, ก้อน, ถุงน้ำ, endometriosis
การตรวจ rectovagina (rectovaginal examination)	Endometriosis
การตรวจ guaiac test	โรคของระบบทางเดินอาหาร
การตรวจด้วย speculum	
การตรวจกاخะและความเป็นกรดด่างในช่องคลอด	Vaginitis, atrophy
การตรวจผนังช่องคลอด	Atrophy
การ Papanicolaou smear	Human papilloma virus,มะเร็งปากมดลูก
การตรวจการหย่อนด้าวของอุ้งเชิงกราน	Cystocele, rectocele, uterine prolapse

traction technique) มาใช้เมื่อเริ่มให้มีเพศสัมพันธ์ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีการหล่อลื่นและการคลายตัวของช่องคลอดพอเพียง การรักษาดังกล่าวร่วมกับการรักษากระเพาะปัสสาวะอักเสบ จะช่วยในการรักษาความผิดปกติอื่นที่อาจเป็นสาเหตุของอาการปวดขณะร่วมเพศได้ด้วย เช่น การกระดุนไม่

เพียงพอหรือ mild vaginismus ควรซักประวัติอย่างละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ เช่น การใช้ vibrators อาจทำให้มีกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้ง่าย

การผ่าตัดมดลูกอาจมีผลให้ห้องคลอดสั้นลง หรือมีแผลเป็นบริเวณ vaginal cuff นอกจากนั้นมีการลดลงของการคั่งของเลือดในอุ้งเชิงกรานและไม่มีการหดรัดตัวของมดลูกเมื่อมีการกระตุนปัจจุบันยังมีข้อถกเถียงกันอยู่ว่าการตัดมดลูกโดยเหลือปากมดลูกไว้ (supracervical hysterectomy) จะช่วยไม่ให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้หรือไม่²⁸ นอกจากนั้นการฉายแสงในอุ้งเชิงกรานอาจทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้

สตรีที่ได้รับการตัดมดลูก สตรีที่เป็นมะเร็งของระบบสีบพันธุ์สตรีหรือมะเร็งเต้านม อาจมีสีสูญเสียความเป็นผู้หญิงทำให้มีความสัมพันธ์ทางเพศลดลง พบว่าประมาณ 74 % ของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดรักษามะเร็งของระบบสีบพันธุ์สตรีมีความต้องการทางเพศลดลง และประมาณ 40 % มีอาการปวดขณะร่วมเพศ²⁹ ประมาณ 30 % ของผู้ป่วยที่ทำการตัดมดลูกมีการตอบสนองทางเพศลดลง³⁰ ประมาณ 21–39 % ของผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่จากการรักษามะเร็งเต้านมพบมีความบกพร่องทางเพศ³¹ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการให้ยาเคมีบำบัดหรือการมีระดับ estrogen ต่ำ เนื่องจากการไม่ทำงานของรังไข่³² การให้คำปรึกษาก่อนการผ่าตัด รวมทั้งการให้คำปรึกษาต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัด ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญและให้การรักษาความผิดปกติทางเพศได้ดี³³ แต่ในระยะแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศได้เป็นปกติ

การเปลี่ยนแปลงทางนรีเวชในช่วงอายุต่าง ๆ เช่น วัยรุ่น การตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด และวัยหมดระดู ทำให้มีปัญหาเฉพาะในแต่ละช่วงอายุที่ขัดขวางการมีเพศสัมพันธ์ ช่วงวัยรุ่นต้องปรับตัวให้เข้ากับบทบาททางเพศของตน ช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอดจะมีความสัมพันธ์ทางเพศ ความต้องการทางเพศ และความพอใจเรื่องเพศลดลง อาจพบว่าระยะดังกล่าวมีความซึ้งมากให้นมบุตร³³ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการระดับ prolactin ที่เพิ่มขึ้นขณะให้นมบุตรจะยับยั้งการทำงานของรังไข่ ทำให้มีระดับ testosterone และ estrogen ลดลง^{34,35}

นอกจากนั้น พบว่าสตรีมีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้นในช่วงเย่ต้า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับ testosterone และ androstenedione ในน้ำเหลือง³⁶ บางรายงานพบว่ามีการลดลงของความต้องการทางเพศเนื่องจากการขาด testosterone ในสตรีที่ทำการตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้าง³⁷ การให้ testosterone แก่สตรีที่ทำการตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้างพบว่าทำให้มีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น³⁸ อย่างไรก็ตาม สตรีวัยหมดระดูมีการตอบสนองทางเพศต่อการให้ออร์โมนเพศน้อยกว่าเพศชายที่ขาด testosterone³⁷

การหมดระดูมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ลดลง อาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน แต่ยังไม่เป็นที่ทราบแน่นอนว่าออร์โมนใดมีความสำคัญต่อการมีเพศสัมพันธ์ การขาด estrogen มีผลเสียต่อเยื่อบุช่องคลอด การไหลเวียนเลือด และการหล่อเลี้นในช่องคลอด ถึงแม้ว่าการให้ estrogen จะทำให้การทำงานของเยื่อบุช่องคลอดกลับมาเป็นปกติ มีการไหลเวียน

ตารางที่ ๕. การเปลี่ยนแปลงทางสรีริวิทยาของสตรีวัยหมดระดู^{๔๐}

อวัยวะ	การเปลี่ยนแปลง
ผิวหนัง	การทำงานของต่อมเหื่อและ sebaceous glands ลดลง การรับความรู้สึกสัมผัสลดลง
เต้านม	การลดลงของปริมาณไขมัน, การลดลงของขนาดเต้านม และมีการตอบสนองของหัวนมต่อการดึงดูด
ช่องคลอด	ช่องคลอดสั้นลงและมีความยืดหยุ่นลดลง มีการลดลงของสิ่งคัดหลังตามธรรมชาติ มีการเพิ่มขึ้นของความเป็นกรดค่า pH ของคลอด จาก 3.5-4.5 เป็นมากกว่า 5 และมีการบางตัวลงเยื่อบุผิวรังไข่และห่อนำไข่มีขนาดลดลง, ovarian follicles จะฝ่อลง, ovarian stroma อยู่กันแน่น, ตัวมดลูกมีน้ำหนักลดลง 30-50 % ปากมดลูกฝ่อและมีการสร้างมูกปากมดลูกลดลง
อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน	
กระเพาะปัสสาวะ	ท่อปัสสาวะ (urethra) และ bladder trigone ฝ่อลง

ของเลือดและการหล่อลิ่นในช่องคลอดเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้สตรีที่หมดระดูมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น แต่อาจไม่ได้ทำให้มีความพองใจต่อการมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้นเสมอไป นอกจากนั้นขนาดของออร์โนน กดแทนมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน ปัจจัยทางจิตใจก็มีส่วนสำคัญต่อความบกพร่องทางเพศ ในสตรีวัยหมดระดู ได้แก่ รู้สึกว่าอายุมากขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอาจมีผลทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้

ระดับ estrogen ลดลงในสตรีวัยหมดระดู อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพมาก^{๓๙,๔๐} (ตารางที่ ๕) และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในสตรีวัยหมดระดู อาจมีผลเสียต่อความสัมพันธ์ทางเพศ^{๔๑} ช่วงวัยหมดระดูจะสามารถพบการลดลงของความต้องการทางเพศ การดึงดูดตัวทางเพศ ความถี่ของการร่วมเพศ และการเพิ่มขึ้นของอาการปวดขณะร่วมเพศได้^{๔๒-๔๓} ถึงแม้ว่าจะไม่พบในทุกราย^{๔๑}

การถามความเห็นด้านเพศกับผู้ป่วยโดยตรง จะทำให้สามารถประเมินทัศนคติดังกล่าวได้อย่างดี เนื่องจากการกำหนดบทบาททางเพศของผู้ป่วยเอง (gender identity) มักเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางเพศได้บ่อย บรรยายกาศของการซักประวัติควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกดังกล่าว การให้คำปรึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ความสำคัญมาก

การถามความเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอาจช่วยให้แพทย์ได้เข้าใจทัศนคติของผู้ป่วยต่อปัญหาได้ดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีความเข้าใจผิดที่แก้ไขได้ เช่น บางรายอาจกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์อาจทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก หรือบางรายอาจเข้าใจว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของคู่สมรส เป็นต้น การสืบหากลุ่มทางสังคมและทัศนคติของผู้ป่วย รวมทั้งประสบการณ์ในอดีต, ปัจจัยของแต่ละบุคคล และปัจจัยระหว่างคู่สมรส ทำให้แพทย์สามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างถูกต้อง (ตารางที่ ๖)

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจร่างกายและการตรวจภายในที่สอดคล้องกับประวัติของผู้ป่วย

ตารางที่ 6. ปัจจัยทางจิตใจและสังคมที่มีผลต่อความผิดปกติทางเพศ⁵⁴

ปัจจัยทางจิตใจและสังคม	รายละเอียด
ความขัดแย้งในตนเอง	ข้อห้ามทางศาสนา, ข้อห้ามทางสังคม, ความขัดแย้งเรื่องการกำหนดบทบาททางเพศของตนเอง, ความรู้สึกผิดในใจ เช่น เป็นม่ายแล้วแต่งงานใหม่
ประวัติในอดีต	เคยมีประวัติถูกล่วงเกินทางเพศ, คำพูด หรือถูกทำร้ายร่างกาย ถูกข่มขืนหรือไม่มีประสบการณ์ทางเพศ
ความขัดแย้งระหว่างกัน	เรื่องขัดแย้งในครอบครัว, การอกใจคู่สมรส, การล่วงเกินทางเพศ, คำพูด และการทำร้ายร่างกาย, การไม่มีความต้องการทางเพศ, มีทัศนคติและการปฏิบัติทางเพศที่แตกต่างกันมาก, ขาดการสื่อสารและการทำความเข้าใจ
ปัญหาชีวิต	ปัญหาทางเศรษฐกิจ, ปัญหารอบครัว ปัญหาระรื่องงาน ปัญหาการเงินป่วยหรือการตายของสมาชิกในครอบครัว และภาวะซึมเศร้าผิดหวัง

โดยคำนึงถึงภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วย การตรวจจะทำให้สามารถตรวจหาความผิดปกติทางกายวิภาค รวมทั้งตรวจหาตำแหน่งและความรุนแรงของความเจ็บปวดที่อาจมีได้ขณะมีเพศสัมพันธ์

การตรวจร่างกายทั่วไปทำให้สามารถประเมินสุขภาพทั่วไป การตรวจภายในควรทำอย่างละเอียด (ตารางที่ 4) เริ่มจากการตรวจดูที่อวัยวะเพศภายนอก และอาจตรวจโดยใช้มือพันสำลีร่วมด้วย โดยแตะไม้พันสำลีที่บริเวณปากช่องคลอดเบา ๆ ในกรณีที่มีอาการเจ็บมากแสดงว่าเป็น vulvar vestibulitis ในรายที่มีอาการปวดขณะร่วมเพศ อาจตรวจโดยสอดนิ้วมือเข้าในช่องคลอดเริ่มจากด้านหลังไปทางด้านหน้า ส่วนมืออีกข้างหนึ่งไม่ควรตรวจห้องน่องจากจะทำให้สับสนในการตรวจหาตำแหน่งที่มีอาการปวดได้ (ตารางที่ 4) นอกจากนั้น ควรทำการตรวจภายในและการตรวจ rectovagina ในรายที่สงสัยว่ามีการอักเสบของช่องคลอด หรือโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ควรทำการตรวจ discharge จากช่องคลอดอย่างละเอียด การตรวจภายในอาจพบว่าเป็น endometriosis, ก้อนที่ปีกมดลูก หรือการอักเสบเรื้อรังของอุ้งเชิงกราน การตรวจทางทวารหนักช่วยในการประเมินการหดรัดด้าของทวารหนัก, ก้อน และอาการเจ็บบริเวณทวารหนัก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย จะช่วยให้สามารถเลือกการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมต่อไป การตรวจเลือด (Complete blood count : CBC) และการตรวจทางชีวเคมีจะช่วยในการประเมินภาวะเลือดจาง และการทำงานของระบบต่าง ๆ การตรวจปัสสาวะช่วยในการตรวจหาการติดเชื้อของระบบปัสสาวะและโรคเบ้าหวาน การตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ ได้แก่ Thyroid stimulating hormone (TSH), การตรวจการทำงานของตับ, ระดับ testosterone, progesterone, LH, FSH, prolactin, hemoglobin A1C, Erythrocyte sedimentation rate (ESR), HIV และการตรวจน้ำพิษ เช่น สารตะกั่ว หรือสารปอรอท การตรวจมะเร็งปากมดลูกและการเพาะเชื้อจาก

ปากมดลูกและซ่องคลอดที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางเพศได้ อาจพิจารณาตรวจนิ่มเพิ่มเติมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและ computed tomography

หลักการรักษาทั่วไป

จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย จะทำให้พบสาเหตุของความบกพร่องทางเพศได้ ทำให้สามารถให้การรักษาตามสาเหตุที่พบ ในกรณีที่ไม่ทราบสาเหตุ มีหลักการในการรักษาพื้นฐานดังแสดงในตารางที่ 7 การรักษาจำเป็นต้องคำนึงถึงความประสงค์ของคู่สมรสด้วย และคู่สมรสมีบทบาทสำคัญในการเลือกวิธีการรักษาที่แพทย์แนะนำ^{41,45}

การรักษาความผิดปกติของการต้องการทางเพศ (sexual desire disorders)

ความผิดปกติของความต้องการทางเพศรักษาได้ยาก บางครั้งการลดลงของความต้องการทางเพศเกิดจากความจำเจของการมีเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนท่าหรือสถานที่ในการมีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้สื่อกระตุ้นทางเพศชนิดต่าง ๆ

การลดลงของความต้องการทางเพศก่อนวัยหมดรุ่นอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต เช่น การงาน หรือการดูแลบุตร, การได้รับยา หรือความบกพร่องทางเพศอื่น ๆ เช่น มีอาการปวดขณะร่วมเพศ หรือมีความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอด ไม่มีการรักษาเฉพาะในรายที่มีการลดลงของความต้องการทางเพศ ถ้าไม่มีความผิดปกติทางอายุรกรรมหรือความผิดปกติของฮอร์โมน ควรให้คำปรึกษาแก่คู่สมรส ความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนในสตรีที่เข้าวัยหมดรุ่นหรือระยะหลังวัยหมดรุ่นยังไม่ชัดเจน⁴¹⁻⁴⁴ อย่างไรก็ตาม พบร่วงการให้ออร์โมนทดแทนทำให้ความต้องการทางเพศและความพึงพอใจของความสัมพันธ์ทางเพศดีขึ้น^{46,47} กลไกการออกฤทธิ์ของ estrogen ต่อความต้องการทางเพศ เป็นการออกฤทธิ์ทางอ้อม เนื่องจากการฟื้อของระบบสืบพันธุ์ และระบบทางเดินปัสสาวะดีขึ้น, vasomotor symptoms, และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า⁴⁸ บทบาทของการให้ progesterone มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยที่ให้ estrogen ในผู้ป่วยที่มีมดลูก ยังไม่มีการศึกษาถึงผลของ progesterone ต่อความต้องการทางเพศอย่างกว้างขวาง⁴⁷ ขณะให้ estrogen ร่วมกับ progesterone ควรบันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ในการปรับขนาดและระยะเวลาการให้ออร์โมนต่อไป

Testosterone มีบทบาทโดยตรงต่อความต้องการทางเพศ⁴³ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนถึงการนำ testosterone มาใช้ในทางคลินิก นอกจากนั้น 医师 ส่วนใหญ่ยังคำนึงถึงความปลอดภัยในการให้ testosterone เช่น มะเร็งเต้านม และอาการข้างเคียงของตับ อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนของตับ เช่น การทำลายของเซลล์ตับหรือมะเร็งตับจะพบได้มากในขนาดของ testosterone ที่ใช้อยู่⁴⁹ และไม่มีรายงานการเกิดมะเร็งเต้านมทางคลินิก⁵⁰

อาการข้างเคียงของ testosterone พบร่วงใน 5-35 % ของผู้ป่วย ได้แก่ การลดลงของ High-density lipoprotein (HDL), ไข้ขึ้น, ภาวะน้ำดก, clitoris ใหญ่ขึ้น (clitoromegaly)

ตารางที่ 7. แนวทางพื้นฐานในการรักษาความบกพร่องทางเพศของสตรี⁵⁵

การให้การศึกษา

การให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ผู้ป่วย เช่น ลักษณะกายวิภาคปกติ, ความสัมพันธ์ทางเพศ, การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าวัยร้า, การดังครรภ์, วัยหมดระดู การจัดเตรียมเอกสารให้ความรู้, เริ่มให้คำปรึกษาปัญหาทางเพศ เมื่อเริ่มให้การวินิจฉัยและในขณะให้การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด

ส่งเสริมการกระตุนทางเพศและลดความจำเจ

สนับสนุนให้ใช้สื่อในการกระตุนทางเพศ เช่น หนังสือ, videos และแนะนำให้มีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเพื่อให้คุณเคยกับความสุขทางเพศ สนับสนุนให้มีการสื่อสารระหว่างที่มีความสัมพันธ์ทางเพศ, แนะนำให้ใช้ vibrators^{*} และแนะนำให้มีการเปลี่ยนแปลงท่าในการร่วมเพศ, เวลาหรือสถานที่ และแนะนำให้มีการนัดหมายการมีเพศสัมพันธ์

แนะนำให้ใช้ distraction techniques^{**}

สนับสนุนให้มีจิตนาการทางเพศ และแนะนำให้ฝึกคลายและหดรัดกล้ามเนื้อของอุ้งเชิงกราน เหมือนกับ Kegel exercise ในขณะมีเพศสัมพันธ์ และแนะนำให้เปิดเพลง, videos หรือโทรศัพท์ขณะมีเพศสัมพันธ์

สนับสนุนให้มีพฤติกรรมอื่นที่ไม่ใช่การมีเพศสัมพันธ์***

แนะนำให้มีการวนัดกระตุนทางเพศ, การวนัดกระตุนทางเพศโดยไม่เกี่ยวข้องกับบริเวณอวัยวะเพศ โดยคู่สมรสจะได้รับการวนัดให้กันและปรับการวนัดในลิ่งที่คู่สมรสชอบ เพื่อเป็นการให้ความสุขซึ่งกันและกันและมีการสื่อสารพูดคุยกัน รวมถึงการกระตุนทางเพศอื่นที่ไม่ใช่การร่วมเพศ

ลดอาการปวดขณะร่วมเพศ

อาการปวดขณะร่วมเพศที่ปากช่องคลอด : สตีรอยู่ข้างบนเพื่อควบคุมความลึกของการร่วมเพศ, ทา Lidocaine, อาบน้ำอุ่นก่อนมีเพศสัมพันธ์, biofeedback

อาการปวดขณะร่วมเพศที่ช่องคลอด : เช่นเดียวกับอาการปวดขณะร่วมเพศที่ปากช่องคลอด แต่อาจใช้สารหล่อลิ่นร่วมด้วย

อาการปวดขณะร่วมเพศในอุ้งเชิงกราน : การเปลี่ยนแปลงท่าเพื่อลดอาการปวดลึกในอุ้งเชิงกราน, การให้ยา Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ก่อนการร่วมเพศ

* เครื่องข้อมูลเพื่อให้เกิดความพอใจ

** ช่วยลดความกังวล รู้สึกผ่อนคลาย และลดความเฝ้ารอ

*** มีประโยชน์ในรายที่คู่สมรสมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งด้าม

และเสียงหัว⁵⁰ อย่างไรก็ตาม อาการข้างเคียงต่อระดับ lipoprotein พบได้น้อยมากในรายที่ให้ estrogen และ testosterone ร่วมกัน นอกจากนั้นอาการข้างเคียงส่วนใหญ่จะหายไปได้เมื่อหยุดการให้ testosterone หรือปรับขนาดยาให้เหมาะสม⁴⁹ ดังนั้นการรักษา testosterone ในผู้ป่วยบางรายอาจทำได้ ดังแสดงในตารางที่ 8 การให้ estrogen ร่วมกับ testosterone จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติของระดับ lipoprotein ได้ ก่อนให้การรักษาด้วย testosterone แพทย์ควรอธิบายข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยทราบ โดยทั่วไป ผู้ป่วยที่เป็นหรือมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม, มี

ตารางที่ ๘. การให้ testosterone เพื่อการรักษาความผิดปกติของการดีนตัวทางเพศ^{๕๔}

การตรวจคัดกรอง

ระดับ testosterone หังนมดและในรูปอิสระ^{**}, ระดับไขมันในเลือด, ระดับเออนไซเมร์ของตับ,
การถ่ายรังสีเต้านม (free and total), และการตรวจมะเร็งปากมดลูก

การรักษาเริ่มต้น***

ฮอร์โมนรวมที่ประกอบด้วย estrogen และ testosterone

Methyltestosterone วันละ 1.25 – 2.5 มก.

Micronized oral testosterone ขนาด 5 มก. วันละ 2 ครั้ง

2 % Testosterone propionate ใน petroleum ทาวันละครั้งหรือวันเว้นวัน

Testosterone injectables/pellets

ตรวจประเมินการเปลี่ยนแปลงทุก 3-4 เดือน

ตรวจระดับ testosterone, ระดับไขมันในเลือด และเออนไซเมร์ของตับ

ตรวจดิตดามการเปลี่ยนแปลงและอาการข้างเคียง

การรักษาต่อเนื่อง

ลดขนาดยาให้น้อยที่สุดแต่ยังมีประสิทธิภาพอยู่

ตรวจดิตดามระดับไขมัน, เออนไซเมร์ของตับ ปีละ 1-2 ครั้ง

ตรวจมะเร็งปากมดลูกและถ่ายภาพรังสีเต้านม

^{*} ยังไม่มีแนวทางการให้ testosterone ในการรักษาสตรีที่มีความต้องการทางเพศผิดปกติ

^{**} ระดับเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติของสตรีก่อนวัยหมดดู

^{***} ยาดังกล่าวยังไม่เป็นที่ยอมรับของ FDA การรักษาสตรีที่มีความต้องการทางเพศผิดปกติ

ให้ยา estrogen และ testosterone โดยกิน estrogen ทุกวัน และ testosterone วันเว้นวัน หรือ 5 วันต่อสัปดาห์

ระดับไขมันในเลือดสูงซึ่งไม่สามารถควบคุมได้, โรคตับ, สิวขึ้น หรือภาวะขันดก ไม่ควรได้รับการรักษาด้วย testosterone

การรักษา hypoactive sexual desire disorder

การให้การรักษา hypoactive sexual desire disorder ที่เหมาะสมควรรักษาตามสาเหตุ การมีความต้องการน้อยกว่าปกติมาเป็นเวลาบานคราวนานอาจมีการตรวจหาความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ, ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการได้รับการรักษาเป็นเวลานาน การให้ testosterone พบว่าทำให้มีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น แต่การใช้ testosterone เป็นระยะเวลาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด และการทำงานผิดปกติของตับได้^{๕๕} การให้ยารักษาอาการซึมเศร้าอาจช่วยในรายที่มีความต้องการทางเพศลดลงจากอาการซึมเศร้า ถึงแม้ว่าดังกล่าว

จะมีฤทธิ์ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงในระยะแรก

ในการณ์ที่ไม่มีความผิดปกติทางอายุรกรรมที่เป็นดันเหตุ ควรพิจารณาคู่สมรสที่มีปัญหาหรือคู่สมรสทั้งสองคน อย่างไรก็ตาม การรักษา hypoactive sexual desire disorder ทำได้ค่อนข้างยาก จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประสบผลสำเร็จน้อยกว่า 50%⁵⁷ โดยเฉพาะในรายที่มีความผิดปกติมาเป็นเวลานานจะมีความยากในการรักษา

การรักษา sexual aversion disorder

การรักษา sexual aversion disorder ทำได้โดยการให้คำปรึกษา อาจรักษาโดยใช้เทคนิคทางจิตวิทยา เช่น cognitive-behavioral techniques, desensitization และการเข้าไปสืบค้นเรื่องการถูกกล่าวภัยในอดีต

การรักษาคู่สมรสทั้งคู่ เพื่อแก้ไขในส่วนที่มีความขัดแย้งกัน ความแตกต่างกันทางด้านอารมณ์ และการควบคุม ในบางรายที่เป็นรุนแรง อาจจะมีสาเหตุจากความกลัว (phobia) เช่น มีความขยะแขยงน้ำอสุจิ (semen) ความผิดปกติทั้งกล่าวจะรักษาได้ยาก

การรักษาความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศ (sexual arousal disorders)

การรักษาเริ่มจากการตรวจความผิดปกติทางกายภาพที่อาจเป็นสาเหตุ แนะนำให้ใช้สารหล่อลื่นหรือยาที่มี estrogen เป็นองค์ประกอบ ขึ้นกับผลการตรวจร่างกาย, อายุ และความเสี่ยงในการใช้ estrogen

การรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศ มักจำกัดอยู่ที่การใช้สารหล่อลื่น ถึงแม้ว่าอาจเลือกใช้ยาอื่นได้ เช่น vitamin E และ mineral oils ความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศอาจเกิดจากกระดุnnไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่มีอายุมากที่ต้องการการกระดุnnทางเพศเพิ่มขึ้นสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อย อาจแนะนำให้มีการกระดุnnทางเพศเพียงพอ ก่อนการร่วมเพศ หรือการใช้ Vibrators ช่วยในการกระดุnn การอbanน้ำอุ่นก่อนการร่วมเพศอาจช่วยกระดุnnทางเพศ ความกังวลอาจยับยั้งการตื่นตัวทางเพศ และแนวทางในการลดความกังวลโดยใช้ distraction techniques

การฝึกของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะเพศภายนอกเป็นภาวะที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศที่พบได้บ่อย และตอบสนองได้ดีต่อการรักษาด้วย estrogen อย่างไรก็ตาม สตรีที่ใช้ estrogen ชนิดกินบางครั้งจำเป็นต้องได้รับ estrogen เสริมเฉพาะที่ การใช้ estrogen ระยะยาวในรูปของครีมทางช่องคลอด อาจทำให้มีผลต่อรายที่มีผลลัพธ์ จึงต้องให้ progesterone เพื่อต้านฤทธิ์ อาจให้ progesterone ทางปาก เช่น medroxyprogesterone วันละ 5 มก. เป็นเวลา 10 วัน ทุก 1-3 เดือน และอาจปรับความถี่หรือขนาดของยาโดยสังเกตจากการเลือดออกหลังจากหยุดยา progesterone การใช้ vaginal ring ซึ่งประกอบด้วย estradiol จะมีการดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้น้อย จึงไม่จำเป็นต้องให้ progesterone ในผู้ป่วยที่รู้สึกไม่สบายในการใช้ vaginal ring ในเวลากลางวัน อาจใส่เฉพาะในเวลากลางคืน สตรีก่อนหมดประจำเดือนที่มีความผิดปกติของการ

ตื่นตัวทางเพศ, สตรีที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย estrogen และสตรีที่ไม่สามารถหรือไม่ต้องการใช้ estrogen เป็นกลุ่มที่รักษาได้ลำบากเนื่องจากมีทางเลือกของการรักษา

โรคหลอดเลือดแข็งตัวของหลอดเลือดขนาดเล็กของช่องคลอดและ clitoris อาจก่อให้เกิดความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศได้และอาจให้การรักษาได้โดยใช้ vasoactive drugs⁵¹ ซึ่งบางการศึกษาพบว่าได้ผลดี^{52,53} ในปัจจุบันไม่แนะนำให้การรักษาความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศด้วยยา เช่น sildenafil (Viagra) ถึงแม้ว่าจะมีรายงานถึงความสำเร็จ⁵³

การรักษาความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอดทางเพศ (orgasmic disorders)

Anorgasmia เป็นความผิดปกติที่ตอบสนองดีต่อการรักษา ความผิดปกตินี้อาจมีสาเหตุจากการไม่มีประสบการณ์ทางเพศหรือไม่มีการกระตุนเพียงพอและพบได้บ่อยในสตรีที่ไม่เคยถึงจุดสุดยอดมาก่อน ความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอดอาจมีสาเหตุจากความผิดปกติทางจิตใจ, การรักษาด้วยยาหรือโรคเรื้อรัง

การรักษาคือ การปรับให้มีการกระตุนมากที่สุดและมีการยับยั้งของการตื่นตัวทางเพศน้อยที่สุด⁵⁸ การกระตุน ได้แก่ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง โดยการกระตุนเป็นเวลานาน (เริ่มต้นตั้งแต่ 1 ชั่วโมงเป็นต้นไป) และ/หรือใช้ vibrator และการควบคุมกล้ามเนื้อของอุ้งเชิงกรานในขณะที่มีการตื่นตัวทางเพศ (ให้มีการหดรัดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานระหว่างการตื่นตัวทางเพศ) ซึ่งใกล้เคียงกับ Kegel exercises (ตารางที่ 9) วิธีที่ลดการยับยั้งการตื่นตัวให้น้อยที่สุด เช่น เปลี่ยนความสนใจไปที่อื่น (distraction) เช่น พังเพลง หรือสร้างจินตนาการ เป็นต้น สตรีที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาควรส่งต่อไปรักษาต่อกับผู้เชี่ยวชาญ

การรักษาความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอดทางเพศที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การสำเร็จความใคร่ และ sex therapy techniques การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหา, คู่สมรสและการรักษาแบบกลุ่ม (group therapy) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ¹²

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวในการรักษา สำหรับผู้ป่วยและคู่สมรส โดยสอนถึงเทคนิคการคลายความกังวล การยอมรับความรู้สึกทางเพศ และการสัมผัสกระตุนทางเพศสามารถใช้ในการรักษาระยะแรกได้ ในรายที่อาการไม่ดีขึ้นควรพิจารณาปรึกษา sex therapist พบว่ามีความสำเร็จได้สูง โดยสามารถถึงจุดสุดยอดได้โดยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง 90 % และสามารถถึงจุดสุดยอดในการมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 75 % ภายหลังการรักษา¹²

การรักษาความผิดปกติของการเจ็บปวดขณะร่วมเพศ (sex pain disorders)

อาการปวดขณะร่วมเพศ (dyspareunia) อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ตามตำแหน่งคือที่ปากช่องคลอด, ช่องคลอด และลึกลงในอุ้งเชิงกราน (ตารางที่ 6) อาการปวดขณะร่วมเพศที่ปากช่องคลอดมักเกิดขึ้นที่อวัยวะเพศชายผ่านปากช่องคลอด มักเกิดจากความผิดปกติทางกายวิภาคหรือการระคายเคืองบริเวณปากช่องคลอด หรือ vaginismus อาการปวดขณะร่วมเพศที่ช่องคลอด

ตารางที่ 9. Kegel exercises⁵⁴

การใช้ Kegel exercises

- เพิ่ม pubococcygeal tone
- เพิ่มความรู้สึกสุดยอดทางเพศ
- แก้อาการปัสสาวะเล็ดเวลาถึงจุดสุดยอดทางเพศ
- ใช้เทคนิคเบนความสนใจระหว่างการร่วมเพศ
- ปรับปรุงความใส่ใจของผู้ป่วยต่อการตอบสนองทางเพศ

การสอน Kegel exercises

- การสอนการตรวจประเมินแก่ผู้ป่วยโดยการสอนนิ้วของผู้ตรวจเข้าในช่องคลอด
- เริ่มให้ผู้ป่วยทำ Kegel exercises โดยสอนนิ้วของผู้ป่วยในช่องคลอด
- นับ 1-10 ร่วมกับการบีบปากช่องคลอดขึ้นและเข้าช้าๆ ใน และลับไว้พร้อมกับนับ 1-3 จากนั้นค่อยๆ คลายช้าๆ พ้อร์มกับนับ 1-10
- ทำซ้ำนี้ช้าๆ กัน 10-15 ครั้งต่อวัน

การทำ Kegel exercises

- แนะนำให้ทำช้าๆ อยู่ๆ ในระหว่างทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ในขณะที่ยืน, นั่ง และนอน
- นัดตรวจติดตามเพื่อประเมินความคืบหน้า

เป็นอาการปวดเนื่องจากการเสียดทาน เช่น การหล่อลื่นไม่เพียงพอ และความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศ อาการปวดขณะร่วมเพศลักษณะในอุ้งเชิงกรานขณะที่มีเพศสัมพันธ์ โดยอวัยวะเพศฝ่ายชายอยู่ลึกสุด มีสาเหตุจากความผิดปกติของโรคในอุ้งเชิงกรานหรือการหย่อนของอุ้งเชิงกราน⁷

ควรทำการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุให้ได้ บางกรณีอาจต้องตรวจด้วย laparoscopy การตรวจร่างกายอย่างละเอียดโดยเน้นถึงตำแหน่งที่ปวด, ให้คำปรึกษา และวางแผนทางรักษาความเจ็บปวด คำแนะนำทั่วไปในการรักษาความบกพร่องทางเพศของสตรีอยู่ในตารางที่ 7

อาการปวดที่กระจายทั่วไปในอุ้งเชิงกราน และเป็นเวลานานจะรักษาได้ยากกว่า ในรายดังกล่าวอาจพิจารณาส่งไปรักษาด้วยวิธี psychotherapy จะจะทำให้มีอาการดีขึ้น การรักษาที่อาจทำได้ เช่น การเม็เพสสัมพันธ์โดยไม่มีการร่วมเพศ (Non-coital sexual expression), การให้คำปรึกษาทำการมีเพศสัมพันธ์ที่ทำให้มีอาการปวดน้อยลง, การใช้ยาลดอาการซึมเศร้าในการรักษา อาการปวดในอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง และการลดความกังวลจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Vaginismus เป็นการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณ 1 ใน 3 ตอนล่างของช่องคลอดโดยไม่สามารถควบคุมได้ และมีความเกี่ยวข้องกับความกลัวเรื่องเพศหรือประวัติการถูกล่วงเกินทางเพศ หรืออันตรายต่ออวัยวะเพศมาก่อน^{25,59} vaginismus อาจเป็นตลอดเวลาหรือเป็นในบางสถานการณ์ ดังนั้นอาจจะทำการตรวจภายในได้แต่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ สูติ-นรีแพทย์สามารถให้การรักษา และการให้คำปรึกษาผู้ป่วยดังกล่าวได้ผลดี

ตารางที่ 10. ความบกพร่องทางเพศของสตรีที่ควรพิจารณาส่งต่อ⁵⁴

-
- ประวัติมีความบกพร่องทางเพศเป็นเวลานาน
ความบกพร่องทางเพศหลายประเภทร่วมกัน
ประวัติเคยถูกกล่าวโทษเกินทางเพศในอดีต
ความผิดปกติทางจิตใจหรือโรคจิตเฉียบพลัน
ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน
ไม่สามารถให้การรักษาได้
-

การรักษาสตรีที่เป็น vaginismus ประกอบด้วยการฝึกการหย่อนของกล้ามเนื้อและการถ่างข่ายช่องคลอด การฝึกการหย่อนของกล้ามเนื้อทำได้โดยให้ผู้ป่วยหัดและหย่อนกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานสลับกันในขณะที่แพทย์สอดนิ้วในช่องคลอดผู้ป่วย สตรีที่เป็น vaginismus อาจต้องรักษาด้วยการถ่างข่ายช่องคลอดโดยใช้ dilators หรือ tampons เพื่อทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของช่องคลอดขยายออก ให้ทำการสอดในช่องคลอดเป็นเวลา 15 นาที วันละ 2 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยยอมรับและทำการสอด dilator เข้าในช่องคลอดได้ ผู้ป่วยก็จะสามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศได้ คู่สมรสอาจค่อยเข้ามาเมื่อส่วนร่วมโดยการช่วยสอด dilators, ใช้นิ้วสอดข่าย, การสอดอวัยวะเพศโดยการช่วยเหลือของผู้ป่วย และมีเพศสัมพันธ์ได้ในที่สุด อัตราความสำเร็จของการรักษาประมาณ 90 %^{58,59} ในรายที่มีความกลัวร่วมด้วยมักจำเป็นต้องใช้วิธีอื่นร่วมด้วย เช่น systematic sensitization ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาควรส่งไปปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาปัญหาทางเพศ (ตารางที่ 10)

สรุป

โดยทั่วไป การที่มีความบกพร่องทางเพศเป็นเวลานานจะทำให้สามารถรักษาได้สำเร็จยากขึ้น ดังนั้น ในรายที่เริ่มมีความบกพร่องทางเพศ ควรเริ่มให้การรักษาเลย ความผิดปกติของความต้องการทางเพศมักรักษาได้ยากกว่าความผิดปกติของการตื่นตัวทางเพศ และความผิดปกติของ การตื่นตัวทางเพศมากกว่าการรักษาความผิดปกติของการถึงจุดสุดยอด ในรายที่มีความผิดปกติทั้งคู่จะทำให้การรักษาได้ผลสำเร็จยาก เช่น สตรีมีปัญหาไม่สามารถถึงจุดสุดยอดได้ (anorgasmia) และฝ่ายชายมีปัญหาการหลั่งน้ำอสุจิเร็วเกินไป (premature ejaculation) ทำให้ปัญหารุนแรงขึ้น และแก้ได้ยาก ดังนั้น สูติ-นรีแพทย์ควรมีความรู้พื้นฐานดังกล่าวในการตรวจประเมินและให้การรักษาปัญหาดังกล่าวในระยะแรก และสามารถพิจารณาส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อในรายที่ไม่สามารถดูแลรักษาต่อได้

เอกสารอ้างอิง

1. Althof SE, Turner LA, Levine SB, Bodner D, Kursh ED, Resnick MI. Through the eyes of women : the sexual and psychological responses of women to their partner's treatment with self-injection or external vacuum pump therapy. *J Urol* 1992;147:1024-7.
2. Hulter BM, Lundberg PO. Sexual function in women with advanced multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995;59:83-6.
3. Nosek MA, Rintala DH, Young ME, Howland CA, Foley CC, Rossi D, et al. Sexual functioning among women with physical disabilities. *Arch PhysMed Rehabil* 1996;77:107-15.
4. Bachmann GA, Phillips NA. Sexual dysfunction. In : Steege JF, Metzger DA, Levy BS, eds. *Chronic pelvic pain : an integrated approach*. Philadelphia : Saunders, 1998:77-90.
5. Kinsey AC, the Institute for Sex Research. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia : WB Saunders, 1953.
6. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston : Little, Brown, 1966.
7. Hawton K. *Sex therapy : a practical guide*. New York : Oxford University Press, 1985.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
9. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 1977;3:3-9.
10. Leif HI. Inhibited sexual desire. *Med Aspects of Hum Sex* 1977;7:94-5.
11. Myers LS, Dixen J, Morrissette D, Carmichael M, Davidson JM. Effects of estrogen, androgen, and progestin on psychophysiology and behavior in post-menopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1990;70:1124-31.
12. Heiman J, Lipiccolo J. *Becoming orgasmic : a sexual and personal growth program for women*. 2nd ed. New York : Simon and Schuster, 1988.
13. Bachmann GA, Leiblum S, Grill J. Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet Gynecol* 1989; 73:425-7.
14. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13(suppl 6):S1-4.
15. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care : prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 1997;19:387-91.
16. Michael RT. *Sex in America : a definitive survey*. Boston : Little, Brown, 1994:111-31.
17. Schein M, Zyzanski SJ, Levine S, Medalie JH, Dickman RL, Alemagno SA. The frequency of sexual problems among family practice patients. *Fam Pract Res J* 1988;7:122-34.
18. Phillips NA. The clinical evaluation of dyspareunia. *Int J Impot Res* 1998;10(suppl 2):S117-20.
19. Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vietoriz D, Smith H. The differential impact of diabetes type on female sexuality. *J Psychosom Res* 1987;31:23-33.
20. ACOG technical bulletin. Sexual dysfunction. No. 211. Washington : American College of Obstetricians and Gynecologists, September 1995.
21. Lilius HG, Valtonen EJ, Wikstrom J. Sexual problems inpatients suffering from multiple sclerosis. *J Chronic Dis* 1976;29:643-7.
22. Blumer D, Walker AE. The neural basis of sexual behavior. In : Benson DF, Blumer D, eds. *Psychiatric aspects of neurologic disease*. New York : Grune and Stratton, 1975.
23. Berard EJ. The sexuality of spinal cord injured women : physiology and pathophysiology. A review.

- Paraplegia 1989;27:99-112.
24. Weiner DN, Rosen RC. Medications and their impact. In : Sipski ML, Alexander CJ, eds. Sexual function in people with disability and chronic illness : a health professional's guide. Gaithersburg, Md. : Aspen, 1997.
 25. Drugs that cause sexual dysfunction : an update. Med Lett Drugs Ther 1992;34:73-8.
 26. Meston CM, Gorzalka BB. Psychoactive drugs and human sexual behavior : the role of serotonergic activity. J Psychoactive Drugs 1992;24:1-40.
 27. Schiavi RC, Segraves RT. The biology of sexual function. Psychiatr Clin North Am 1995;18:7-23.
 28. Kikku P. Supravaginal uterine amputation vs hysterectomy : effects on coital frequency and dyspareunia. Acta Obstet Gynecol Scand 1983;62:141-5.
 29. Thranov I, Klee M. Sexuality among gynecologic cancer patients : a cross-sectional study. Gynecol Oncol 1994;52:14-9.
 30. Virtanen H, Makinen J, Tenho T, Kiilholma P, Pitkanen Y, Hirvonen T. Effects of hysterectomy on urinary and sexual symptoms. Br J Urol 1993;72:868-72.
 31. Goldstein MK, Teng NN. Gynecologic factors in sexual dysfunction of the older woman. Clin Geriatr Med 1991;7:41-61.
 32. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer : understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. J Clin Oncol 1998;16:501-14.
 33. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. J Fam Pract 1998;47:305-8.
 34. Weizman R, Weizman A, Levi J, Gura V, Zevin D, Maoz B, et al. Sexual dysfunction associated with hyperprolactinemia in males and females undergoing hemodialysis. Psychosom Med 1983;45:259-69.
 35. Alder E, Bancroft J. The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in post-partum women. Psychol Med 1988;18:389-96.
 36. Matteo S, Rissman EF. Increased sexual activity during the midcycle portion of the human menstrual cycle. Horm Behav 1984;18:249-55.
 37. Myers LS, Dixen J, Morrisette D, et al. Effects of estrogen, androgen and progestin on psychophysiology and behavior in post-menopausal women. J Clin Endocrinol Metab 1990;70:1124-31.
 38. Sherwin BB, Gelfand MM. The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women. Psychosom Med 1987;49:397-409.
 39. Bachmann GA. Influence of menopause on sexuality. Int J Fertil Menopausal Stud 1995;40(suppl 1): 16-22.
 40. Phillips NA, Rosen RC. Menopause and sexuality : basic and clinical aspects. In : Lobo RA, ed. Treatment of the postmenopausal woman. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 1999:437-43.
 41. Cawood EH, Bancroft J. Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. Psychol Med 1996;26:925-36.
 42. Laan E, van Lunsen RH. Hormones and sexuality in postmenopausal women : a psychophysiological study. J Psychosom Obstet Gynecol 1997;18:126-33.
 43. Davis SR, Burger HG. Androgens and the postmenopausal woman. J Clin Endocrinol Metab 1996;81: 2759-63.
 44. Bachmann GA, Leiblum SR. Sexuality in sexagenarian women. Maturitas 1991;13:43-50.

45. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women : results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993;19:171-88.
46. Nathorst-Boos J, Wiklund I, Mattsson LA, Sandin K, von Schoultz B. Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? A double-blind placebo controlled study in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:656-60.
47. Sherwin BB. The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1991;72:336-43.
48. Myers LS, Dixen J, Morrisette D, Carmichael M, Davidson JM. Effects of estrogen, androgen and progestin on sexual psychophysiology and behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1990;70:1124-31.
49. Gelfand MM, Wiita B. Androgen and estrogen androgen hormone replacement therapy : a review of the safety literature, 1941 to 1996. *Clin Ther* 1997;19:383-404, 367-8.
50. Slayden SM. Risks of menopausal androgen supplementation. *Semin Reprod Endocrinol* 1998;16: 145-52.
51. Park K, Goldstein I, Andry C, Siroky MB, Krane RJ, Azadzoi KM. Vasculogenic female sexual dysfunction : the hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1997;9:27-37.
52. Rosen RC, Phillips NA, Gendrano NC 3d, Ferguson DM. Oral phentolamine and female sexual arousal disorders : a pilot study. *J Sex Marital Ther* 1999; 25:137-44.
53. Fava M, Rankin MA, Alpert JE, Nierenberg AA, Worthington JJ. An open trial of oral sildenafil in antidepressant-induced sexual dysfunction. *Psychther Psychosom* 1998;67:328-31.
54. Phillips NA. Female sexual dysfunction : evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2000;62:127-36.
55. Striar S, Bartlik B. Stimulation of the libido : the use of erotica in sex therapy. *Psych Annals* 1999;29: 60-2.
56. Kaplan HS, Owen T. The female androgen deficiency syndrome. *J Sex Marital Ther* 1993;19:3-15.
57. Leiblum SR, Rosen RC. Sexual desire disorders. New York : Guilford Press, 1988.
58. Kaplan HS. The illustrated manual of sex therapy. 2d ed. New York : Brunner/Mazel 1987:72-98.
59. Rosen RC, Leiblum SR. Treatment of sexual disorders in the 1990s : an integrated approach. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:877-90.

คำถาม

1. ข้อใด **ไม่ใช่** ระยะของการตอบสนองทางเพศของสตรี
 - ก. Aversion phase
 - ข. Desire phase
 - ค. Excitement phase
 - ง. Resolution phase

2. ข้อใด **ไม่ใช่** การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะตื่นตัวทางเพศ
 - ก. ช่องคลอดสร้างสารหล่อลื่นจากผนังช่องคลอด
 - ข. ผื่นแดงที่บริเวณหน้าอก และใบหน้า (sex flush)
 - ค. การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณปากช่องคลอดเป็นจังหวะ
 - ง. เต้านมมีขนาดเพิ่มขึ้นและมีหัวนมตั้งขึ้น

3. ข้อใด **ไม่ใช่** การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะถึงจุดสุดยอดทางเพศ
 - ก. การหดรัดตัวของมดลูกจากยอดมดลูกมายังปากมดลูก
 - ข. อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น
 - ค. มีความพอใจทางเพศสูงสุด
 - ง. กล้ามเนื้อทุกส่วนมีการคลายตัว

4. ข้อใด **ไม่ใช่** ชนิดของความบกพร่องทางเพศของสตรี
 - ก. Sexual desire disorder
 - ข. Sexual arousal disorder
 - ค. Sexual depression disorder
 - ง. Sexual pain disorder

5. ข้อใด **ไม่ใช่** ชนิดของความบกพร่องทางเพศของสตรี
 - ก. Sexual desire disorder
 - ข. Sexual arousal disorder
 - ค. Sexual depression disorder
 - ง. Sexual pain disorder

6. ข้อใดเป็นยาที่มีผลต่อความต้องการทางเพศ, การตื่นตัวทางเพศ และการรึ่งจุดสุสั�ยอดทางเพศ
- Benzodiazepines
 - Antihistamines
 - Digoxin
 - Methyldopa
7. ข้อใด ไม่ใช่ แนวทางพื้นฐานในการรักษาความบกพร่องทางเพศของสตรี
- การให้การศึกษา
 - ส่งเสริมการกระตุ้นทางเพศและลดความจำเจ
 - ลดความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ
 - สะกดจิต
8. ข้อใด ไม่ใช่ วิธีการรักษาความผิดปกติของการรึ่งจุดสุสั�ยอดทางเพศ
- กระตุ้นทางเพศ โดยให้สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง
 - ฝึกการควบคุมกล้ามเนื้อของอุ้งเชิงกราน
 - เบนความสนใจไปที่อื่น (distraction)
 - ถ่างขยายช่องคลอด
9. ข้อใด ไม่ใช่ วิธีการรักษา vaginismus
- Kegel's exercises
 - ฝึกการหย่อนของกล้ามเนื้อ
 - การถ่างขยายช่องคลอด
 - Systematic sensitization
10. ข้อใด ไม่ใช่ ความบกพร่องทางเพศของสตรีที่ควรพิจารณาส่งต่อ
- มีประวัติความบกพร่องทางเพศเป็นเวลานาน
 - ความผิดปกติทางเพศหลายประเภทร่วมกัน
 - ความบกพร่องทางเพศในวัยหมดระดู
 - ประวัติเคยถูกล่วงเกินทางเพศในอดีต

เฉลย 1. ก 2. ค 3. ง 4. ค 5. ค 6. ก 7. ง 8. ง 9. ก 10. ค

ชัมรมวิชาการทางสตรีวัยหมดราชูแห่งประเทศไทย (ชวสท)

ร่วมกับ

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ขอเชิญเข้าร่วมประชุม

การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 7

“Three coins in the menopausal fountain”

วันศุกร์ที่ 9 มีนาคม 2544

เวลา 07.30-15.00 น.

ณ โรงแรมเกียรติ เวอร์ไซด์
กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจงการสั่งบทความ

สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร หรือ OBSTETRIC AND GYNAECOLOGICAL BULLETIN

เป็นเอกสารทางวิชาการซึ่งจัดพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาไทยสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยมีจุดมุ่งหมายในการเผยแพร่บทความพื้นพูดวิชาการ (Reviews) หรือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical guidelines) ที่นำเสนอสำหรับสูตินรีแพทย์ทั่วไป และส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์แก่สมาชิก

บทความต้นฉบับ

บทความควรเกี่ยวข้องกับโรคหรือปัญหาที่พบบ่อย และหรือมีความสำคัญ ทันสมัย น่าสนใจ และช่วยเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ และทักษะแก่สมาชิกในเรื่องของการศึกษาต่อเนื่อง (continuing medical education) และมีประโยชน์แก่สูตินรีแพทย์ทั่วไป บทความที่ได้รับการตีพิมพ์จะต้องไม่ได้รับการตีพิมพ์ที่ได้มาก่อน หรือกำลังได้รับการพิจารณาเพื่อการตีพิมพ์ในสิ่งตีพิมพ์อื่น ๆ

ความยาวของบทความ รวมตาราง, เอกสาร และรูปภาพอยู่ระหว่าง 10-15 หน้ากระดาษพิมพ์ ไม่ต้องเว้นบรรทัด เนื้อหาควรจะต้องทันสมัย กระชับ ความมีรูปภาพ แผนภูมิ หรือตารางประกอบเพื่อให้เข้าใจง่าย กรุณาส่งแบบทดสอบปรนัย (Multiple choice questions : MCQs) จำนวน 5 ข้อ มา กับบทความด้วย เพื่อจะดำเนินการจัดให้มีการประเมินผลและพัฒนาเป็นระบบการศึกษาต่อเนื่องต่อไปในอนาคต

บทคัดย่อ

ทุกบทความควรมีบทคัดย่อที่กระชับ ความยาวไม่เกิน 250 คำ

รูปภาพ แผนภูมิ

รูปประกอบในบทความเป็นรูปขาวดำ ควรเขียนรายละเอียดของภาพ เช่น ลำดับของภาพ การจัดเรียงภาพ ชื่อของผู้เขียน และชื่อบทความไว้ข้างหลังภาพด้วยดินสอ ควรพิมพ์คำบรรยายภาพไว้ในกระดาษแยกต่อห้ายจากต้นฉบับ

ตาราง

ตารางประกอบในบทความควรจะช่วยให้บทความกระชับและเข้าใจได้ง่าย ควรพิมพ์ตารางและคำบรรยายตารางไว้ในกระดาษแยกต่อห้ายจากต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้เลขาระบบในวงเล็บ เรียงตามลำดับการอ้างอิง จำนวนเอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 30 รายการต่อบทความ เอกสารอ้างอิงอยู่ที่ตอนท้ายของบทความ ใช้ระบบ Vancouver ดังแสดงในตัวอย่างดอนล่าง

Journal

Finnerty JJ, Pinkerton JV. Ethical considerations of managed care. *Obstet Gynecol Surv* 1993;48:697-8.

Book

Pearce M. Doppler waveforms in normal pregnancy. In : Pearce M, editor. *Doppler ultrasound in perinatal medicine*. Oxford : Oxford University Press, 1992:82-94.

แบบทดสอบปรนัย (Multiple choice questions : MCQs)

แบบทดสอบปรนัย จำนวน 5 ข้อ (ข้อละ 4 ตัวเลือก) ครอบคลุมเนื้อหาของบทความทั้งหมด เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้อ่าน ซึ่งจะได้ดำเนินการพัฒนาเป็นระบบการศึกษาต่อเนื่องในอนาคต

การจัดส่งต้นฉบับ

บทความ จำนวน 2 ชุด

บทคัดย่อภาษาไทย จำนวน 2 ชุด

รูปถ่ายขาวดำของผู้เขียน ขนาด 1 นิ้ว 2 รูป

รูปภาพ แผนภูมิ ตารางประกอบบทความจำนวน 2 ชุด

แบบทดสอบปรนัยจำนวน 5 ข้อ

ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

จัดส่งต้นฉบับมายัง

รศ. นพ.นเรศวร สุขเจริญ

บรรณาธิการสูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุง. 10330

New From Pharmacia & Upjohn Research



INTRODUCING

Detrusitol
tolterodine L-tartrate tablets

**Reduce frequency, urgency, and urge incontinence.
Increase freedom.**

Detrusitol™ (ดีทรูซิทอล®)

ตัวยาสำคัญ: เม็ดยาประกอบด้วย Tolterodine L-tartrate 2 มิลลิกรัม ซึ่งเทียบเท่า tolterodine 1.37 มิลลิกรัม

ข้อบ่งใช้: ใช้ควบคุมภาวะเพาะปัสสาวะทำบานมากกว่าปกติ โดยมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อู้ ปัสสาวะบ่อยครั้ง หรือ อาการปัสสาวะเลือดราด

ขนาดและวิธีการใช้ยา: โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ยาในเน้นยา 2 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หรือตามที่แพทย์สั่ง ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับบกพร่องอาจลดขนาดยาจาก 2 มิลลิกรัม เหลือเพียงครั้งละ 1 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอาจลดขนาดยาจาก 2 มิลลิกรัม เหลือเพียงครั้งละ 1 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง คือได้

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยาและเภสัชพลศาสตร์: tolterodine เป็นยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ muscarinic receptor โดยการไปยังจับที่บริเวณ receptor และจะมีความจำเพาะเฉพาะเจาะจงต่อ muscarinic receptor ที่กระเพาะปัสสาวะมากกว่าที่เบริเวน ต่อมน้ำลาย นอกจากนี้แล้วเมตาบอลิทตัวหนึ่งของยาคือ อนุพันธ์ 5-hydroxymethyl จะมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและให้ผลในการรักษาทางคลินิกเช่นเดียวกับตัวยา tolterodine

ข้อห้ามใช้: ห้ามใช้ยาในผู้ป่วยที่มีอาการปัสสาวะดึ้ง กระเพาะอาหารอุดตัน ผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดมุนแดบที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมทั้งผู้ป่วยที่แพ้ต่อยานี้แล้วในทันทีที่ตั้งครรภ์และมารดาที่ให้ทันมบุตร

คำเตือนและข้อควรระวังในการใช้ยา: ควรระมัดระวังการใช้ยาในผู้ป่วย

- กระเพาะปัสสาวะอุดตัน หรือเสี่ยงต่อการเกิดปัสสาวะดึ้ง
- ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นโรคต้อหินชนิดมุนแดบ
- ทางเดินอาหารอุดตัน เช่น บริเวณกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบแคบลง
- โรคไต
- โรคตับ ในกรณีที่ต้องใช้ยาอาจต้องลดขนาดยาลงเหลือเพียงครั้งละไม่เกิน 1 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง

การใช้ยาในหญิงมีครรภ์และมารดาที่ให้ทันมบุตร: ยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่ทำในหญิงมีครรภ์ การใช้ยาในผู้หญิงที่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ ควรใช้ก็ต่อเมื่อได้มีการคุยกันแล้ว เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลของการขับถ่ายของยาที่ออกมากันน้อยมาก มารดา จึงไม่แนะนำให้ใช้ยาในมารดาที่อยู่ในระหว่างการให้ทันมบุตร

การขับขี้บานพำนหนะและการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร: ยังไม่เคยมีรายงานว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาในมีการตอบสนองที่เปลี่ยนแปลงในกรณีที่ต้องขับขี้บานพำนหนะหรือมีการทำงานทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร

อาการไม่พึงประสงค์: อาจพบอาการไม่พึงประสงค์ เช่น เดียกันการใช้ยากลุ่ม antimuscarinic อื่น ๆ ซึ่งอาการอาจมีได้ดังนี้
เล็กน้อยจนถึงระดับปานกลาง เช่น ปากแห้ง อาหารไม่ย่อย มีน้ำตาน้อยลง

การไม่เข้ากันของยา: ยังไม่มีรายงานว่ามีปฏิกิริยา กับยาตัวอื่น

รูปแบบยาที่จำหน่าย: ยาเม็ดเคลือบพิล์ม บรรจุในแพกอลูมิเนียม แพกละ 14 เม็ด กล่องละ 4 แพก



Pharmacia
&Upjohn

75 อาคารไวท์รูป ชั้น 6 ช.แอลจันทร์รูป ถนนสุขุมวิท 42 แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ 391-7567, 381-0063 โทรสาร 381-1365

 Detrusitol
tolterodine L-tartrate tablets