

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



เอกสารหมายเลข GY 64-018 (ใช้แทนเอกสารหมายเลข GY 011)  
จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564  
วันที่อนุมัติต้นฉบับ 16 เมษายน พ.ศ. 2564

## คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาพของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้มีได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างไร แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

## ความเป็นมาของปัญหา

ภาวะปวดระดู (dysmenorrhea) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดทางนรีเวช คือพบได้ร้อยละ 90 ของสตรีที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพเบื้องต้น และร้อยละ 30-50 ของสตรีเหล่านี้มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง<sup>(1)</sup>

## วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

## การครอบคลุม

แพทย์ที่ทำงานด้านนรีเวชกรรม

## คำจำกัดความและพยาธิสรีรวิทยา

ภาวะปวดระดูแบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบปฐมภูมิ (primary) และแบบทุติยภูมิ (secondary) ภาวะปวดระดูปฐมภูมิ มีลักษณะปวดบีบบริเวณท้องน้อยในขณะมีระดูโดยที่ไม่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน ในขณะที่ภาวะปวดระดูทุติยภูมิเป็นการปวดระดูอันเกิดจากพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน เช่น โรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) เนื้องอกมดลูก (myoma uteri)

## การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

ภาวะปวดระดูปฐมภูมิ มีลักษณะปวดบีบบริเวณท้องน้อย 2-3 ชั่วโมงก่อนหรือหลังเริ่มมีระดู อาการจะมากที่สุดในช่วงที่มีเลือดระดูออกมาก มักมีอาการอยู่ประมาณ 1 วัน แต่อาจพบมีอาการได้นานถึง 2-3 วัน อาการที่พบร่วม ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ เป็นต้น ภาวะปวดระดูปฐมภูมิมักจะเริ่มแสดงอาการเมื่อสตรีวัยรุ่นมีการตกไข่อย่างสม่ำเสมอ มักเกิดภายใน 6-12 เดือนหลังจากเริ่มมีระดูครั้งแรก เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกจากการกระตุ้นของสารพรอสตาแกลนดินที่หลั่งออกมาในระหว่างมีระดู ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการ ได้แก่ เริ่มมีระดูที่อายุน้อย ปริมาณระดูมากและระดูที่มานาน และมีประวัติปวดระดูในครอบครัว เป็นต้น หากสตรีวัยรุ่นมีอาการปวดระดูเกิดขึ้นเร็วภายใน 6 เดือนแรกของการเริ่มมีระดู ซึ่งยังเป็นช่วงที่ยังไม่มีการตกไข่ ให้ตรวจหาถึงภาวะความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะสืบพันธุ์ชนิดที่มีการอุดตัน ส่วนอาการปวดระดูที่เกิดขึ้นในภายหลังจากการมีระดูมานานหลายปีโดยที่ไม่มีอาการปวดมาก่อน ให้นึกถึงว่าน่าจะเป็นภาวะปวดระดูทุติยภูมิ

## 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 อาการปวดลึกใน

## ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรคของภาวะปวดระดู<sup>(2)</sup>

<b>Primary dysmenorrhea</b> Secondary dysmenorrhea Endometriosis Adenomyosis Uterine myoma Endometrial polyps Cervical stenosis Obstructive malformations of the genital tract
<b>Other causes of pain</b> Chronic pelvic inflammatory disease Pelvic adhesion Irritable bowel syndrome Inflammatory bowel disease Interstitial cystitis
<b>Sudden onset of dysmenorrhea</b> Pelvic inflammatory disease Unrecognized ectopic pregnancy or spontaneous abortion

อุ้งเชิงกรานขณะมีเพศสัมพันธ์ ปวดท้องน้อยเรื้อรัง การคุมกำเนิด ประวัติการแท้ง การคลอด โรคทางนรีเวช โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดหรือการใช้ยาต่าง ๆ ตลอดจนประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่

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) มักไม่จำเป็นในการวินิจฉัยภาวะปวด

ระดูปฐมภูมิ ไม่สามารถใช้ทดแทนการตรวจภายในได้ แต่จะเหมาะสมกับผู้ที่อาการไม่ดีขึ้นภายหลังได้รับการรักษาขั้นต้น หรือสงสัยว่าจะมีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน หรือในวัยรุ่นที่ไม่สามารถตรวจภายในได้ การตรวจด้วย laparoscopy เหมาะสมในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาขั้นต้นและสงสัยภาวะ endometriosis โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีวัยรุ่น เนื่องจากการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยให้พยากรณ์โรคดีขึ้น

## การช้กประวัติเพื่อประเมินภาวะปวดระดู<sup>(2)</sup>

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

## แนวทางการรักษา

### 1. การรักษาด้วยยา

ควรพิจารณาใช้เป็นวิธีแรกในการรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ

#### 1.1 Acetaminophen

เป็นยาลดปวดที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase (COX) enzymes แบบอ่อน มีข้อดีคือ ไม่ระคายเคืองกระเพาะอาหารและไม่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด มีการรักษาแบบสุ่มตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2007 พบว่าให้การให้ยา acetaminophen และ acetaminophen ร่วมกับ caffeine มีผลลดการปวดระดูปฐมภูมิตีกว่ายาหลอก<sup>(3)</sup>

#### 1.2 Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs)

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

มีการศึกษาของ Cochrane review ในปี ค.ศ. 2015 พบว่า การรักษาอาการปวดระดูปฐมภูมิด้วย NSAIDs มีประสิทธิภาพดีกว่าและลดการขาดเรียนหรือขาดงานได้ดีกว่าการใช้ยาหลอก<sup>(4)</sup>

ดังนั้นในสตรีที่มีภาวะปวดระดูปฐมภูมิ 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<sup>(5-7)</sup> จึงมีผลลดการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก<sup>(8)</sup> สำหรับการใช้ยา COCs อย่างต่อเนื่อง (extended หรือ continuous use) ช่วยให้มีมีรอบระดูและลดอาการปวดได้ดีกว่าการใช้ยาเป็นรอบ ๆ<sup>(9-11)</sup> มีหลายการศึกษาพบว่า การให้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดูแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ พบว่าการรักษาได้ผลดีเหมือนกัน ดังนั้นสามารถให้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดูได้โดยไม่ต้องรอผลตรวจเพิ่มเติม

#### โปรเจสติน (Progestin)

Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) สามารถยับยั้งการตกไข่<sup>(12)</sup> และกดการเจริญของเยื่อบุโพรงมดลูก<sup>(13)</sup> พบภาวะขาดระดูร้อยละ 55 เมื่อใช้นาน 12 เดือน และร้อยละ 68 เมื่อใช้นาน 24 เดือน<sup>(12)</sup> จึงใช้เป็นทางเลือกในการรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ

การใช้ norethisterone acetate (norethindrone) 5 มิลลิกรัม รับประทานติดต่อกัน สามารถลดอาการปวดระดูได้เทียบเท่ากับการใช้ COCs ติดต่อกัน<sup>(14)</sup>

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดโปรเจสตินอย่างเดียวสามารถลดปริมาณเลือดระดู และพบภาวะขาดระดูได้ประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นสามารถใช้เป็นทางเลือกในการลดอาการปวดและมีผลข้างเคียงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

Dienogest เป็นโปรเจสตินชนิดหนึ่งที่สามารถลดอาการปวดระดูได้ดีเมื่อเทียบกับยาหลอกและให้ผลไม่ต่างจากยา leuprolide acetate ในการรักษาอาการปวดระดูจากภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พบว่ามีภาวะขาดระดูร้อยละ 39 เมื่อใช้นาน 6 เดือนและพบผลข้างเคียงจากยาน้อย<sup>(15)</sup>

#### ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (Levonorgestrel intrauterine system, LNG-IUS)

จากการศึกษาของ Cochrane review ในปี ค.ศ. 2015 พบว่าการใช้ LNG-IUS 52 มิลลิกรัมสามารถลดปริมาณเลือดระดูและอาการปวดระดูได้<sup>(16)</sup> จึงเป็นทางเลือกในการรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ

## 2. การรักษาที่ไม่ใช่ยา

### 2.1 การออกกำลังกาย

จาก Cochrane review ในปี ค.ศ. 2010 มีการศึกษาเดียวที่พบว่า การออกกำลังกายสามารถช่วยลดอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีระดู<sup>(17)</sup> แม้วางยังไม่มีการศึกษาที่มากพอในการสนับสนุนว่า

การออกกำลังกายช่วยลดอาการปวดระดู แต่การออกกำลังกายมีประโยชน์ ไม่มีโทษ จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะปวดระดูออกกำลังกาย

## 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) สามารถลดอาการปวดระดูปฐมภูมิได้ และน่าจะได้รับการพิจารณาเป็นแนวทางการรักษาในผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาได้<sup>(18)</sup> ส่วน low-frequency TENS (1-4 Hz) ไม่ช่วยลดอาการปวด ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจาก high-frequency TENS ได้แก่ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ คลื่นไส้ มีรอยแดงหรือไหม้บริเวณผิวหนัง ผลข้างเคียงเหล่านี้พบได้ประมาณร้อยละ 10

## 2.3 การประคบร้อน

การศึกษาพบว่า การใช้แผ่นประคบร้อนที่ท้องน้อย สามารถลดอาการปวดระดูปฐมภูมิได้ดีกว่ายาหลอกและได้ผลดีเทียบเท่ากับการใช้ NSAIDs<sup>(19,20)</sup> เนื่องจากแผ่นประคบร้อนสามารถหาได้ทั่วไป และราคาไม่แพง จึงแนะนำให้ใช้ในการลดอาการปวดระดูปฐมภูมิ

## 2.4 การฝังเข็ม (Acupuncture)

ยังขาดข้อมูลสนับสนุนผลการลดอาการปวดระดูปฐมภูมิ<sup>(21,22)</sup> แต่แนะนำให้เป็นการรักษาทางเลือกหรือเป็นการรักษาคู่กับการรักษามาตรฐาน

## 2.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral interventions)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้ในการรักษาภาวะปวดระดู ได้แก่ biofeedback, desensitization, Lamaze exercises, hypnotherapy และ relaxation training ยังขาดข้อมูลสนับสนุนผลการลดอาการปวดระดูปฐมภูมิ แต่แนะนำให้เป็นการรักษาทางเลือกหรือเป็นการรักษาคู่กับการรักษามาตรฐาน<sup>(23)</sup>

## 2.6 อาหารเสริม (Dietary supplements)

มีหลายการศึกษาซึ่งเป็นการศึกษาขนาดเล็กแบบสุ่ม พบว่าการใช้ขิง ปริมาณ 150-2,000 มิลลิกรัม ใช้ประมาณ 3-4 วันแรกของรอบระดู สามารถลดอาการปวดระดูได้เทียบเท่าการใช้ยา NSAIDs<sup>(24,25)</sup> และพบว่าได้ผลดีกว่ายาหลอก<sup>(26-28)</sup> Cochrane review ปี ค.ศ. 2016 พบว่า ไม่มีการศึกษาที่มีคุณภาพเพียงพอในการสนับสนุนประสิทธิภาพของอาหารเสริมต่าง ๆ โดยมีการศึกษาพบว่า การใช้ขิง ลูกชืด (fenugreek) น้ำมันตับปลา น้ำมันตับปลารวมกับวิตามิน B1, Valerian วิตามิน B1, Zataria และ Zinc sulphate อาจมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดระดูแบบปฐมภูมิ<sup>(29)</sup>

## 3. การผ่าตัด

ควรพิจารณาผ่าตัดในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและควรวางแผนทำผ่าตัดเท่าที่จำเป็น เพราะการผ่าตัดหลายครั้งจะเพิ่มความเครียดและเพิ่มโอกาสเกิดกลุ่มอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง เช่น neuropathic pain และพังผืด

มีหลักฐานสนับสนุนว่า การผ่าตัดครั้งแรกในผู้ป่วยเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่จะช่วยเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ แต่การผ่าตัดครั้งต่อมาไม่ช่วยเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์<sup>(30)</sup> ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาก่อนจนกว่าต้องการจะมีบุตรหรือจนกว่าต้องการทราบการวินิจฉัยที่แน่ชัด

### 3.1 การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Laparoscopy)

การส่องกล้องอาจมีประโยชน์ในการวินิจฉัยและรักษาก่อนส่องกล้องแพทย์ควรวางแผนการผ่าตัดกรณีที่เกิดพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานโดยเฉพาะภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ โดยต้องมีการสอบถามผู้ป่วยถึงความต้องการมีบุตรในอนาคต ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น แผนการผ่าตัดรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ถ้าส่องกล้องแล้วไม่พบความผิดปกติและไม่มีรอยโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่แบบฝังแน่นจากการทำเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging, MRI) อาจพิจารณาทำการตัดมดลูกในรายที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว

### 3.2 การตัดมดลูก (Hysterectomy)

ทำในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและไม่ต้องการมีบุตรแล้ว

### 3.3 Presacral neurectomy (PSN)

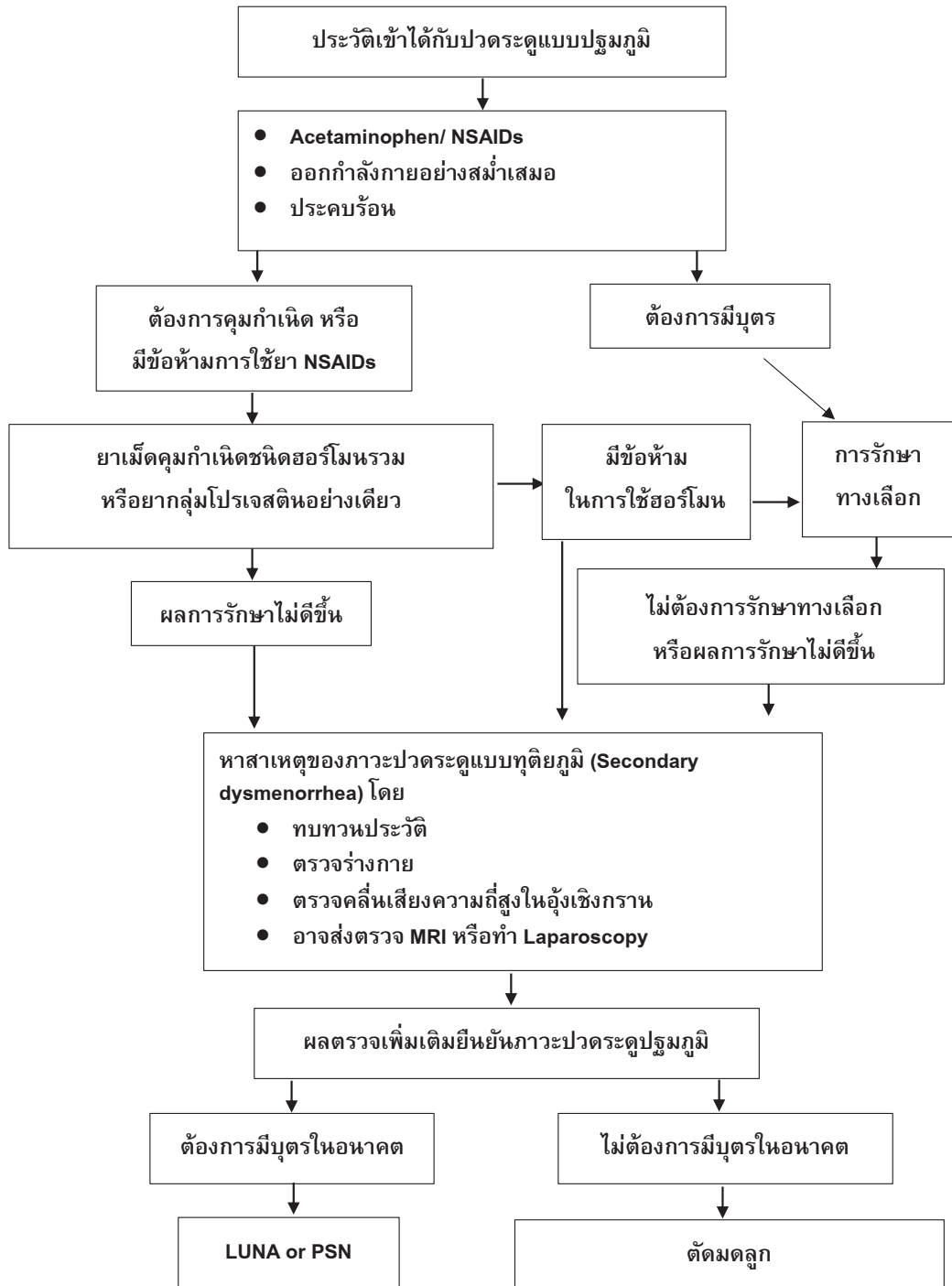
มีข้อมูลจำกัดถึงผลการรักษาภาวะปวดระดูปฐมภูมิ และควรคำนึงถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ท้องผูกและกลั้นปัสสาวะไม่ได้<sup>(32)</sup>

### 3.4 Laparoscopic uterosacral nerve ablation (LUNA)

Cochrane review ปี ค.ศ. 2015 พบว่า การรักษาโดยวิธี LUNA สามารถช่วยลดอาการปวดระดูปฐมภูมิได้ใน 6 เดือนแรกหลังผ่าตัด<sup>(33)</sup>

## สรุป

อาการปวดระดูพบได้บ่อย มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต บางรายปวดจนต้องขาดงานหรือขาดเรียน การซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมเพื่อหาสาเหตุของอาการปวด หากไม่พบจะวินิจฉัยเป็นปวดระดูชนิดปฐมภูมิ ซึ่งมีแนวทางการรักษาตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการรักษาอาการปวดระดูปฐมภูมิ



## 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 nondysmenorrhoeic and of dysmenorrhoeic 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 dysmenorrhoeic 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, Sangkomkarnhang 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.