

กลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนใช่หรือไม่

Premenstrual Syndrome (PMS) Or Not

กัลยาณี ตันตฤงฆาร¹ ปิยลัมพร หะวานนท์¹

Abstract : Kalayanee Tunsaringkarn and Piyalamporn Havanond. 1997. Premenstrual Syndrome (PMS) or Not. Thai J Hlth Resch 11(2) : 129-137.

The studies of PMS in twenty-one volunteers were found that body weights and specific gravity of urines were not different between follicular phase and luteal phase of menstrual cycle. Moreover, most symptoms that found in late luteal phase were myalgia, low appetite, irritability bowel dysfunction and breast pain.

Key Words : PMS, Follicular phase, Luteal phase, Myalgia, Irritability, Bowel dysfunction

บทคัดย่อ : กัลยาณี ตันตฤงฆาร และ ปิยลัมพร หะวานนท์. 2540. กลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนใช่หรือไม่. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 11(2) : 129-137.

ศึกษาในกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนในอาสาสมัครสตรี 21 คน พบว่าน้ำหนักตัวและความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะในรอบเดือนไม่มีความแตกต่างกันระหว่างช่วงแรก (follicular phase) และช่วงหลัง (luteal Phase) ของรอบเดือน นอกจากนี้อาการที่พบมากในช่วงหลังของรอบเดือน ได้แก่ ปวดเมื่อย รับประทานอาหารลดลง หงุดหงิด ระบบขับถ่ายไม่ปกติ และเจ็บหน้าอก ซึ่งมีแนวโน้มสูงกว่าช่วงแรกของรอบเดือน

คำสำคัญ : กลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือน ช่วงแรกของรอบเดือน ช่วงหลังของรอบเดือน
ปวดเมื่อย หงุดหงิด ระบบขับถ่ายไม่ปกติ

¹ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330
Institute of Health Research, Chulalongkorn University, Bangkok 10330

บทนำ

Premenstrual Syndrome (PMS) คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในช่วง Luteal phase ของรอบเดือน โดยจะมีช่วงเวลาตั้งแต่ 2-12 วัน ก่อนมีประจำเดือน และจะหายไปภายในเวลา 24 ชั่วโมง หลังมีประจำเดือน สำหรับ Dysmenorrhea คือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1-2 วันก่อนมีประจำเดือน และจะหายไปภายใน 2-4 วันหลังมีประจำเดือน ซึ่งทั้ง PMS และ Dysmenorrhea ก็เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้สตรีเกิดความไม่สบาย (Booton and Seideman, 1989) ซึ่งจะพบว่า มีปัจจัยที่สำคัญของรอบเดือน 2 อย่างคือ อาการทางอารมณ์และพฤติกรรม (emotional & behavioral symptoms) อาการทางร่างกายและอาการที่รับรู้ (physical & cognitive symptoms) (York, et al., 1989) ในทางการแพทย์ไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงของ PMS และการรักษาค่อนข้างหลากหลายมาก (Smith and Schiff, 1989; Devalon and Bachman, 1989) แต่สามารถลดอาการต่างๆได้ 2 วิธีคือ การช่วยเหลือตัวเอง (self- help) และการใช้ยาช่วย (medical- help) ซึ่งการช่วยเหลือตัวเองได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร แต่สำหรับการใช้ยาช่วยได้แก่ การให้วิตามิน B6 แคลเซียม ยาขับปัสสาวะ ฮอร์โมน และยาจำพวก mefenamic acid ซึ่งผลของยาเหล่านี้ยังไม่ทราบในอนาคต (Pullon et al, 1989; Wickers, 1989; Smith and Youngkin, 1986; Mira et al, 1986) ยาเหล่านี้สามารถลดอาการต่างๆที่พบมากใน PMS ซึ่งได้แก่ เมื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย เจ็บหน้าอก บวม น้ำหนักเพิ่ม และอาการทางอารมณ์ (Lauersen, 1985; Mira et al., 1986) นอกจากนี้ในบางรายที่มีอาการมากๆ ได้แก่อารมณ์ซึมเศร้า นอนไม่หลับ และตื่นเต้น (Price and Giannini, 1986) และจากอาการบวม น้ำหนักเพิ่ม แพทย์จำเป็นต้องให้ยาขับปัสสาวะ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ต้องการทราบถึงการเปลี่ยนแปลงความถ่วงจำเพาะ (ถ.พ) ของปัสสาวะ น้ำหนัก ตลอดจนอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในรอบเดือนของสตรีไทย

วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการ

1. ประชากรศึกษาคือ อาสาสมัครสตรีจำนวน 21 คน ช่วงอายุ 20-50 ปี มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และไม่ใช้ยาฮอร์โมนชนิดหนึ่งชนิดใดประจำ
2. ชั่งน้ำหนักอาสาสมัคร บันทึกแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการต่างๆทุกวัน เก็บปัสสาวะครั้งแรกตอนเช้า เพื่อมาตรวจความถ่วงจำเพาะ ด้วยเครื่องมือ Hydrometer
3. นำข้อมูลต่างๆมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผล

1. อาสาสมัครจำนวน 21 คน มีอายุเฉลี่ย 37.1 ± 7.0 ปี (ช่วงอายุ 23-47 ปี) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจำนวนร้อยละ 47.6 และระดับ ม.6 - ป.ว.ส ร้อยละ 38.1 สมรสร้อยละ 57.1 และโสดร้อยละ 38.1 มีประจำเดือนครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14.4 ± 1.7 ปี (ช่วงอายุ 12-18 ปี) ซึ่งโดยส่วนใหญ่ลักษณะประจำเดือนครั้งแรกสม่ำเสมอร้อยละ 85.7 และมีระยะเวลา 3-7 วัน ในอดีตอาการที่พบมากในช่วงมีประจำเดือน คือปวดท้องร้อยละ 57.1 และปวดเมื่อยร้อยละ 52.4 ในปัจจุบันลักษณะประจำเดือนยังคงสม่ำเสมอ แต่

อาการที่พบมากในช่วงมีประจำเดือนคือ ปวดเมื่อย ร้อยละ 66.7 และปวดท้อง ร้อยละ 61.9 นอกจากนี้ อาสาสมัครส่วนใหญ่ ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 66.7) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 100) และออกกำลังกายเป็นครั้งคราว ร้อยละ 71.4 และออกกำลังกายสม่ำเสมอร้อยละ 14.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

2. จากข้อมูลที่อาสาสมัครทำการบันทึกทุกวัน การชั่งน้ำหนักและการตรวจความถ่วงจำเพาะของ ปัสสาวะ พบว่า น้ำหนักของอาสาสมัครและความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะในช่วง luteal phase และ follicular phase ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

3. กลุ่มอาการที่พบในช่วง luteal phase คือก่อนมีประจำเดือนจะมีแนวโน้มสูงกว่าในช่วง follicular phase กลุ่มอาการที่พบมากที่สุดได้แก่ ปวดเมื่อย รับประทานอาหารลดลง หงุดหงิด ระบบขับถ่ายไม่ปกติ และเจ็บหน้าอก (ตารางที่ 2 และรูปที่ 1)

4. จากการศึกษแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่มอายุ ได้แก่กลุ่มอายุ 23-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-47 ปี ก็พบว่าน้ำหนักของอาสาสมัครและความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะในช่วง luteal phase และ follicular phase ไม่มีความแตกต่างกันเช่นกัน นอกจากนี้กลุ่มอาการต่างๆก็พบเช่นเดียวกันกับที่ได้กล่าวมาแล้วในข้อ 3

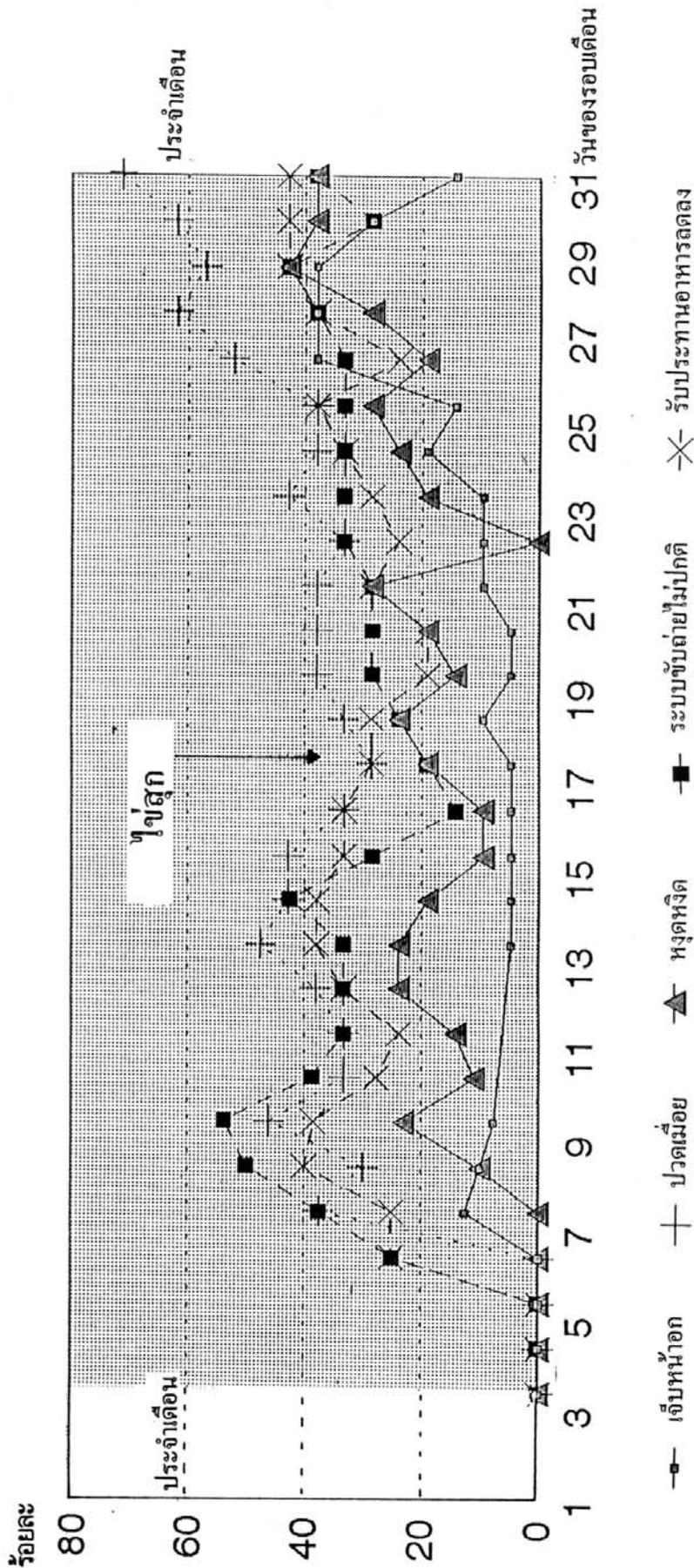
ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรอาสาสมัคร 21 คน

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
อายุเฉลี่ย	37.1 ± 70	
ช่วงอายุ	23 - 47	
2. การศึกษา		
< ม. 6	3	14.3
ม. 6 - ปวส	8	38.1
≥ปริญญาตรี	10	47.6
3. สถานภาพสมรส		
โสด	8	38.1
สมรส	12	57.1
หย่า	1	4.8
4. มีประจำเดือนครั้งแรก (ปี)		
อายุเฉลี่ย	14.4 ± 1.7	
ช่วงอายุ	12 - 18	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
5. มีประจำเดือนครั้งแรก		
สม่ำเสมอ	18	85.7
ไม่สม่ำเสมอ	3	14.3
ในช่วงเวลา	3 - 7 วัน	
6. อาการที่พบก่อนมีประจำเดือนในอดีต		
ปวดท้อง	12	57.2
ปวดเมื่อย	11	52.4
ปวดหัว	2	9.5
ปวดขา	1	4.8
ท้องเสีย	1	4.8
7. ลักษณะประจำเดือนปัจจุบัน		
สม่ำเสมอ	18	85.7
ไม่สม่ำเสมอ	3	14.3
8. อาการที่พบก่อนมีประจำเดือนปัจจุบัน		
ปวดเมื่อย	14	66.8
ปวดท้อง	12	52.4
ปวดหัว	5	23.9
ปวดขา	2	9.6
เจ็บหน้าอก	1	4.8
ท้องเสีย	1	4.8
9. ดื่มน้ำสุรา		
ไม่ดื่ม	14	66.7
บางครั้ง	6	28.6
ดื่มประจำ	1	4.8
10. สูบบุหรี่		
ไม่สูบ	21	100.0
11. ออกกำลังกาย		
เป็นบางครั้ง	15	71.4
สม่ำเสมอ	3	14.3
ไม่ออกกำลังกาย	3	14.3

รูปที่ 1 ลักษณะอาการต่างๆ ของอาสาสมัครสตรี 21 คน ในรอบเดือน



วิจารณ์

1. จากการศึกษาอาสาสมัคร จำนวน 21 คน ในช่วงอายุ 23-47 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาดี สมรสแล้ว ลักษณะประจำเดือนตั้งแต่มีครั้งแรกจนถึงปัจจุบันประจำเดือนยังคงสม่ำเสมอถึงร้อยละ 85.7 ประจำเดือนมีระยะเวลา 3-7 วัน ในอดีตอาการที่พบมากคือ ปวดท้องร้อยละ 57.1 และปวดเมื่อยร้อยละ 52.4 ปัจจุบันจะพบว่าอาการที่พบมาก คือปวดเมื่อยร้อยละ 66.7 และปวดท้องร้อยละ 61.9 ซึ่งมีแนวโน้มว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นอาการที่พบก็สูงขึ้นด้วย ซึ่งสนับสนุนรายงานของ Coupey และ Ahlstrom (1989) ซึ่งพบว่าทางคลินิก PMS พบในสตรีที่มีอายุมากถึง 40% จะไม่ค่อยพบในสตรีที่มีอายุน้อยหรืออยู่ในวัยรุ่น

2. การศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักและถ่วงจำเพาะปัสสาวะในช่วง luteal phase และ follicular phase พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งค้านกับรายงานของ Lauersen (1985) และ Gise (1991) ที่พบว่าในช่วง luteal phase จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น

3. การศึกษาอาการต่างๆ พบว่าในช่วง luteal phase มีแนวโน้มของอาการมากกว่า follicular phase อาการที่พบมากคือ ปวดเมื่อย รับประทานอาหารลดลง หงุดหงิด ระบบขับถ่ายผิดปกติ และเจ็บหน้าอก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Steiner (1992) ; Booton และ Seideman (1989) นอกจากนี้ York และคณะ (1989) พบว่า อาการทางพฤติกรรมจะมีตลอดรอบเดือน แต่จะมากในช่วงกลางและหลังของรอบเดือน ซึ่งอาการทางร่างกายในช่วงนี้จะมีน้อยกว่าอาการทางอารมณ์ และจะเห็นได้ว่าอาการต่างๆจะมากในช่วง 7 วันก่อนมีประจำเดือน ซึ่งสนับสนุนรายงานของ Sharon และคณะ (1991)

4. การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มอายุอาสาสมัคร 23-39 ปีและ 40-47 ปี พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง น้ำหนักและความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะในช่วง luteal phase และ follicular phase เช่นกัน ตลอดจากกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในรอบเดือนก็ไม่ต่างจากการรวมกลุ่มอาสาสมัครทั้งหมด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า อาการ PMS พบได้ในทุกกลุ่มอายุและจะมากขึ้นตั้งแต่อายุ 30-40 ปีขึ้นไป จนถึงก่อนวัยหมดประจำเดือน (นิกร, 2540) นอกจากนี้อาการที่แสดงจะมีตั้งแต่อาการน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก ซึ่งโดยส่วนใหญ่อาการน้อยจะไม่พบแพทย์ Hallman (1986) พบอุบัติการณ์ PMS ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 72.8 แต่มีเพียงร้อยละ 7.5 ที่ไปพบแพทย์ อาจเป็นไปได้ว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษามีอาการแต่ไม่รุนแรงมากจึงต้องไปพบแพทย์ จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของน้ำหนักหรือถ่วงจำเพาะปัสสาวะในช่วงของรอบเดือนที่ทำการศึกษา

จากการที่เรายังไม่ทราบสาเหตุ PMS อย่างแท้จริงแต่มีรายงานของ Hammarbach และคณะ (1989) พบว่าในสตรีที่มีอาการ PMS รุนแรงจะมีระดับฮอร์โมนเอสตราไดโอดอลและโปรเจสเตอโรนสูงในช่วง luteal phase นอกจากนี้ Wickes (1988) ยังพบว่าอาการ PMS เกิดจากการขาดพอสตาแกรนดิน เอ็นดอร์ฟิน และโปรเจสเตอโรน ดังนั้นสันนิษฐานว่า PMS น่าจะเกิดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกันหลายสาเหตุโดยเฉพาะความไม่สมดุลของฮอร์โมนต่างๆ การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยลดอาการต่างๆ ได้มากโดยไม่ต้องใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ นิกร ดุสิตสิน ที่กรุณาให้คำแนะนำในการศึกษา ผู้ช่วยพนักงานวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการฝ่ายเวชศาสตร์ประชากร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงาน และอาสาสมัครทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ เก็บตัวอย่างและให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- นิกร ดุสิตสิน. 2540. **PMS ประจำเดือนไม่ธรรมดา** ศูนย์วิจัยและพัฒนาแพศศาสตร์ศึกษา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Allen SS., McBride CM., and Pirie PL. 1991. The shortened premenstrual assessment form. **The Journal of reproductive medicine** 36(11) : 769-72.
- Booton DA and Seideman RY. 1989. Relationship between premenstrual syndrome and dysmenorrhea. **AAOHN Journal** 37(8) : 308-15
- Coupey SM and Ahlstrom P. 1989. Common menstrual disorders [Review]. **Pediatric Clinics of North America** 36(3) : 551-71.
- Devalon ML., and Bachman JW. 1989. Premenstrual syndrome. A practical approach to management. **Postgraduate Medicine** 86(7) : 51-3, 56-9.
- Gise LH. 1991. Premenstrual syndrome : Which treatments help? In **Medical Aspects of Human Sexuality**. p 62.
- Hammarback S., Damber JE., and Backstrom T. 1989. Relationship between symptom severity and hormone changes in women with premenstrual syndrome. **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism** 68(1) : 125-30.
- Lauersen NH. 1985. Recognition and treatment of premenstrual syndrome. **Nurse Practitioner** 10(3) : 11-2, 15, 18-20 passim.
- Mira M., McNeil D., Fraser IS., Vizzard J and Abraham S. 1986. Mefenamic acid in the treatment of premenstrual syndrome. **Obstetrics & Gynecology** 68(3) : 395-8.
- Price WA, and Giannini AJ. 1986 Verapamil in the treatment of premenstrual syndrome; case report. **Journal of Clinical Psychiatry** 47(4) : 213-4.
- Pullon SR., Reinken JA., and Sparrow MJ. 1989. Treatment of premenstrual syndrome in Wellington women. **New Zealand Medical Journal** 102(862) : 72-4.
- Smith MA., and Youngkin EQ. 1986. Managing the premenstrual syndrome [Review]. **Clinical Pharmacy** 5(10) : 788-97.

- Smith S., and Schiff I. 1989. The premenstrual syndrome diagnosis and management. **Fertility & Sterility** 52(4) : 527-43.
- Steiner M. 1992. Female-specific mood disorders. **Clinical Obstetrics & Gynecology** 35(3) : 599-611.
- Wickes SL. 1988. Premenstrual syndrome. **Primary Care** 15(3) : 473-87.
- York R., Freeman E., Lowery B. and Strauss JF. 1989. Characteristics of premenstrual syndrome. **Obstetrics & Gynecology** 73(4) : 601-5.