

บทความวิชาการ

การแพทย์บูรณาการในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดู :
การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา

พญ.นิชารีย์ สำเนียง
โรงพยาบาลหางดง

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดูเกิดจากฮอร์โมนเพศหญิงแปรปรวนในช่วงอายุ 45-60 ปี การรักษาหลักคือ ยาต้านเศร้า แต่เกิดผลข้างเคียง คือ เวียนศีรษะ ความต้องการทางเพศลดลง น้ำหนักเพิ่ม อัตราซึมเศร้าเป็นซ้ำสูงกว่ายาหลอก และอัตราเลิกใช้ยาจากผลข้างเคียงสูงกว่ายาหลอก ดังนั้นการแพทย์บูรณาการซึ่งเป็นการรักษาทางเลือก จึงเป็นอีกวิธีที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และลดผลข้างเคียงจากการรักษาได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์บูรณาการในภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดูจากการทบทวนวรรณกรรม

วิธีการทบทวนวรรณกรรม: สืบค้นการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์บูรณาการในภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดูจากฐานข้อมูลเว็บไซต์ Pubmed, Google Scholar และ Science Direct คำสำคัญที่ใช้สืบค้น ได้แก่ “Perimenopausal depression” และ “management” หรือ “treatment” หรือ “integrative” (“diet” หรือ “supplement” หรือ “herbal” หรือ “exercise” หรือ “cognitive behavior therapy”) ตั้งแต่ปี ค.ศ.2018 ถึง ค.ศ.2024 ในภาษาอังกฤษจากทั้งหมด 299 การศึกษาคัดกรองเนื้อหาคงเหลือ 23 การศึกษา และนำมาสรุปเป็นผลการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้

ผลการทบทวนวรรณกรรม: การแพทย์บูรณาการที่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอถึงประโยชน์ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดู ในการแพทย์แผนจีน คือ การฝังเข็ม การฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า กิจกรรมอย่างเช่น การฝึกเจริญสติ และกิจกรรมทางกาย ส่วนกิจกรรมอื่น เช่น การฝึกบริหารเวลาให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การรับประทานสารประกอบจากธรรมชาติ เช่น ไฟโตเอสโตรเจน กรดไขมันโอเมก้า-3 และการใช้สารสังเคราะห์ non-estrogen steroid อาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้แต่ยังไม่มีหลักฐานมากพอ ส่วนการใช้สารสังเคราะห์ selective estrogen receptor modulators และสารประกอบจากธรรมชาติอย่างเช่น กัญชา ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอถึงประโยชน์สำหรับการใช้รักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดู

สรุปผล: การแพทย์บูรณาการเป็นอีกหนึ่งทางเลือกรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดู เนื่องจากมีประสิทธิภาพและปลอดภัยกว่ายาด้านเศร้า โดยควรพิจารณาเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ: ผู้หญิงวัยใกล้หมดระดู, ภาวะซึมเศร้า, การแพทย์บูรณาการ, การแพทย์ทางเลือก

ส่งบทความ: 10 มี.ค. 2567, แก้ไขบทความ: 21 ส.ค. 2567, ตีพิมพ์บทความ: 21 ส.ค. 2567

ติดต่อบทความ

นิชารีย์ สำเนียง พ.บ., โรงพยาบาลหางดง
E-mail: Nicharee.sn@gmail.com

Academic Article

**Integrative medicine in the treatment of depression in
perimenopausal women: A narrative review**

Nicharee Samniang, M.D.

Hang Dong Hospital

ABSTRACT

Depression is one of the most prevalent symptoms experienced by women during the perimenopausal stage, which occurs due to fluctuations in female sex hormones, typically between the ages of 45 and 60. The primary treatment is antidepressants, which often cause side effects such as dizziness, nausea, fatigue, reduced libido, weight gain, and higher recurrence and discontinuation rates. As a result, integrative medicine, which includes alternative treatments, offers an additional option that may help reduce depression and mitigate treatment side effects.

Objective: To summarize data or empirical evidence on integrative medicine in the treatment of depression in perimenopausal women.

Literature Review Methodology: The study involved searching for research data on integrative medicine in the treatment of depression in perimenopausal women and conducting a literature review using databases such as PubMed, Google Scholar, and Science Direct. The keywords used for the search included 'perimenopausal depression' and 'management,' 'treatment,' or 'integrative' (including 'diet,' 'supplement,' 'herbal,' 'exercise,' or 'cognitive behavior therapy') in English-language studies from 2018 to 2024. Out of 299 studies, 23 were selected for their content relevance and included in this review.

Literature Review Results: Several studies included in this review demonstrated positive outcomes for using integrative medicine approaches to treat depression in perimenopausal women, including Traditional Chinese Medicine, acupuncture, and electroacupuncture, as well as activities like mindfulness training and physical exercise. Other approaches, such as time management training, health counseling, and the consumption of natural compounds like phytoestrogens and omega-3 fatty acids, along with the use of non-estrogen synthetic steroids, may help reduce depression but still lack sufficient evidence. The use of synthetic selective estrogen receptor modulators and natural compounds like cannabis also lacks sufficient evidence for their benefits in treating depression in perimenopausal women.

Conclusion: Integrative medicine offers an alternative option for treating depression in perimenopausal women, as it may be more effective and safer than using antidepressants alone. Treatment should be tailored to each patient and monitored closely.

Keywords: perimenopausal women, depression, integrative medicine, alternative medicine

Submitted: 2024 Mar 10, Revised: 2024 Aug 21, Published: 2024 Aug 21

Contact

Nicharee Samniang, M.D., Hang Dong Hospital
E-mail: Nicharee.sn@gmail.com

บทนำ

ภาวะใกล้หมดระดู (perimenopause) เป็นปรากฏการณ์ทางสรีรวิทยาตามธรรมชาติของเพศหญิง รังไข่ทำงานน้อยลง และตกไข่ลดลง ทำให้ระดูมาไม่สม่ำเสมอ มักเกิดในช่วงอายุประมาณ 50 ปี และมีระยะเวลา 4 ปี ก่อนเข้าสู่ช่วงหมดระดู (menopause)^[1] มักมีอาการร่วมได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน นอนไม่หลับ ซ่องคลอດแห้ง และอารมณ์แปรปรวน แม้อาการเหล่านี้ไม่อันตรายถึงชีวิต แต่อาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตได้ โดยปัญหาด้านอารมณ์ที่พบได้บ่อยที่สุดในหญิงวัยใกล้หมดระดู คือ ภาวะซึมเศร้า เรียกว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยใกล้หมดระดู (perimenopausal depression) เนื่องจากช่วงที่ฮอโมนเพศมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยหมดระดูนั้น เป็นช่วงที่เปราะบางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (window of vulnerability)^[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในวัยใกล้หมดระดูอยู่ที่ประมาณร้อยละ 26-56.6^[3-5] ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในวัยใกล้หมดระดู สาเหตุเกิดจากระดับฮอโมนเพศหญิงแปรปรวน รังไข่ทำงานลดลง สมองส่วนไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง และรังไข่ (Hypothalamus-Pituitary-Gonadal Axis) ทำงานไม่สมดุล ฮอโมนเอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสเตอโรน (progesterone) ลดลง และฮอโมน follicle stimulating hormone (FSH) เพิ่มขึ้น ฮอโมนเพศหญิงที่ไม่สมดุลเหล่านี้ ส่งผลทำให้เกิดอาการผิดปกติ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากฮอโมนเอสโตรเจนออกฤทธิ์ต่อการสร้างสารสื่อประสาทที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โดปามีน (dopamine) และ อีพิเนพริน (epinephrine) ทำให้อาการซึมเศร้าพบมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงใกล้หมดระดู และมักรุนแรงกว่าวัยก่อนหมดระดู^[6]

ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้หมดระดู^[2] ประกอบด้วย ปัจจัยด้านกายภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม โดยปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ เชื้อชาติ เช่น คนผิวดำ (black) ฮิสแปนิก (hispanic) อายุน้อยกว่า 50 ปี การศึกษาระดับต่ำ ค่าดัชนีมวลกายที่สูง อาการผิดปกติทางกาย เช่น ร้อนวูบวาบ นอนไม่หลับ ปัญหาด้านสุขภาพกาย เช่น โรคเรื้อรัง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ลดลง ไม่เคยมีบุตร ประวัติการผ่าตัดมดลูก การใช้ยาจิตเวช และการสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ สถานภาพโสด หรือสูญเสียคู่ครอง ประวัติเหตุการณ์ตึงเครียด ประวัติโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ประวัติกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือน ประวัติภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ทศนคติแง่ลบต่อวัยสูงอายุและวัยหมดประจำเดือน ขาดการสนับสนุนทางสังคม ไม่ค่อยมีบุคคลใกล้ชิด นิสัยวิตกกังวลมากเกินไป กิจกรรมทางกายน้อย ปัญหาการเงิน ว่างงาน ภาวะดูแลผู้สูงอายุ สถานภาพที่เปลี่ยนแปลง การเสียชีวิตของบิดามารดา และบุตรย้ายออกจากบ้าน

อาการของภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้หมดระดู มักมีอาการอ่อนเพลีย คิดกังวล ไม่ค่อยมีสมาธิ ความจำไม่ดี นอนไม่หลับ น้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือลดลงผิดปกติ ความสนใจทางเพศลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และเพิ่มอัตราทุพพลภาพมากกว่าหญิงวัยใกล้หมดระดูที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้า (major depressive disorder) ในหญิงวัยใกล้หมดระดูใช้เกณฑ์วินิจฉัยเดียวกับโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไปตามเกณฑ์ DSM-5^[7]

ปัจจุบันสมาคม The North American Menopause Society ค.ศ.2018^[2] แนะนำการรักษาภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้หมดระดู โดยใช้ยาต้านเศร้าเป็นการรักษาหลัก แต่กลับมีอัตราการหยุดใช้ยามากขึ้นเนื่องจากผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปากแห้ง เป็นต้น ดังนั้นการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้

หมดระดู ควรพิจารณาการรักษาทางเลือกอื่น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตนอกเหนือจากยาต้านเศร้า เช่น การแพทย์บูรณาการ

ซึ่งการแพทย์บูรณาการ คือ การรักษาที่ผสมผสานการรักษาแผนปัจจุบันกับการรักษาทางเลือกอื่น ๆ เช่น การฝังเข็ม หรือการทำสมาธิ เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ปัญญา และชุมชน แต่การแพทย์บูรณาการที่ใช้ดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยใกล้หมดระดูยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดเพียงพอ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการแพทย์บูรณาการในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้หมดระดู โดยรวบรวมองค์ความรู้ ณ ปัจจุบัน นับตั้งแต่ปี ค.ศ.2018 เป็นต้นมา จากฐานข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบ และอ้างอิงในการนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาในครั้งนี้ และทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับการแพทย์บูรณาการที่เหมาะสมในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้หมดระดู รวมถึงข้อจำกัดและแนวทางที่ควรทำการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อสรุปข้อมูล หรือหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการแพทย์บูรณาการในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดู

วิธีการทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (narrative review) โดยทบทวนวรรณกรรมจากการสืบค้นข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การแพทย์บูรณาการในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้หมดระดู ประกอบด้วยบทความวิจัยทางคลินิก และบทความวิชาการ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล Pubmed, Google Scholar และ Science Direct โดยคำสำคัญ(keywords) ที่ใช้สืบค้นข้อมูลประกอบด้วยคำว่า “perimenopausal

depression” และ “management” หรือ “treatment” หรือ “integrative” (“diet” หรือ “supplement” หรือ “herbal” หรือ “exercise” หรือ “cognitive behavior therapy”) ตั้งแต่ปี ค.ศ.2018 ถึง ค.ศ.2024 โดยคัดเลือกเฉพาะบทความที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ มีข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับขอบเขตเนื้อหาของการทบทวนวรรณกรรมนี้คือการศึกษากับการแพทย์บูรณาการในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้หมดระดู และไม่เกี่ยวข้องกับการตลาดโดยตรงหรือแอบแฝง คัดกรองการศึกษาจากทั้งหมด 299 การศึกษา โดยคัดกรองจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และสาระเนื้อหา ตามเกณฑ์ข้างต้น คงเหลือการศึกษาจำนวน 23 การศึกษา และนำมาสรุปเป็นผลการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้

ผลการทบทวนวรรณกรรม

การแพทย์เชิงบูรณาการ (Integrative Medicine) ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้หมดระดู

การแพทย์เชิงบูรณาการ หมายถึง การรักษาที่ผสมผสานระหว่างการรักษาแผนปัจจุบันกับการรักษาทางเลือกอื่น ๆ เช่น การฝังเข็ม การทำสมาธิ หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ปัญญาและชุมชน ไม่ใช่เพียงแค่อวัยวะใดวัยวะหนึ่งเท่านั้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบการแพทย์เชิงบูรณาการที่ใช้ในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยใกล้หมดระดู ได้แก่ การแพทย์แผนจีน การปฏิบัติกิจกรรม การรับประทานสารประกอบจากธรรมชาติ และการใช้สารสังเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การแพทย์แผนจีน

การฝังเข็ม (Acupuncture)

ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทอย่างซีโรโทนิน นอร์อิพิเนเฟริน และโดปามีน ซึ่งการฝังเข็มตามจุดเชื่อมต่อของระบบการทำงาน

ของร่างกายจึงเชื่อว่าสามารถปรับสมดุลของสารสื่อประสาทเหล่านี้ได้ และการฝังเข็มทำได้ง่ายปลอดภัย มีผลข้างเคียงเล็กน้อย เช่น ปวดหรือฟกช้ำบริเวณที่ฝังเข็ม ไม่ทำให้เกิดภาวะตับวายหรือไตวาย

จากบทความปริทัศน์ (review article) โดย Wu et al.^[8] พบว่าการฝังเข็มมีประสิทธิภาพรักษาภาวะซึมเศร้าได้อย่างปลอดภัย และผลข้างเคียงน้อย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบร่วมกับการวิเคราะห์อภิมาน (systematic review and meta-analysis) โดย Xiao Xiao et al.^[9] ค.ศ. 2020 ที่ศึกษาการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) ทั้งหมด 16 การศึกษา พบว่าการฝังเข็มได้ผลดีกว่าการใช้ยาต้านเศร้า [Odds Ratio 2.68, p-value<0.001] ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า [Median Difference -2.35, p-value<0.001] และปลอดภัยมากกว่า [Odds Ratio 0.23, p-value<0.001] อีกทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบร่วมกับการวิเคราะห์อภิมาน (Systematic review and meta-analysis) ทั้งหมด 25 งานวิจัย โดย Fei-Yi Zhao et al.^[10] ค.ศ. 2021 พบว่าการฝังเข็มเพียงอย่างเดียวสามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐาน (ยาต้านเศร้า หรือยาต้านเศร้าร่วมกับฮอร์โมน) [Standardized Mean Difference (SMD)=-0.54, p-value<0.01] และผลลัพธ์ยังคงอยู่ต่อเนื่องที่ 2, 4 และ 12 สัปดาห์ ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาเทียบกับการฝังเข็มหลอกหรือใช้ฮอร์โมนอย่างเดียวยังไม่พบว่ามีผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน

การฝังเข็มกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (Electroacupuncture)

ใช้หลักการเดียวกันกับการฝังเข็มแผนจีน เพียงแต่เปลี่ยนมาใช้กระแสไฟฟ้าในการกระตุ้นเข็มที่ปักไว้ตามจุดฝังเข็มต่าง ๆ การศึกษาการทดลอง

สุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมโดย Li et al.^[11] ค.ศ.2018 เปรียบเทียบการฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า 36 ครั้ง 3 ครั้ง/สัปดาห์กับยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI คือ Escitalopram 10 มิลลิกรัม/วัน ติดต่อกัน 12 สัปดาห์ และติดตามที่ 24 สัปดาห์พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้ามีคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D ลดลง -7.84 คะแนน [SD 4.83] เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยา ซึ่งคะแนน HAM-D ลดลง -5.65 [SD 4.26] แตกต่างกัน -2.23 คะแนน [p-value<0.001] โดยไม่พบว่าเกิดผลข้างเคียงใด ๆ การฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าจึงอาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตสอดคล้องไปกับการศึกษาการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมโดย Zhou et al.^[12] ค.ศ.2022 เปรียบเทียบฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า 30 นาทีต่อครั้ง 3 ครั้ง/สัปดาห์กับยา Escitalopram 10 มิลลิกรัม/วัน ติดต่อกัน 12 สัปดาห์ และติดตามที่ 13-24 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าได้คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D ลดลง 7.81±4.82 คะแนน [p-value=0.001] ในสัปดาห์ที่ 24

การใช้ยาสมุนไพรจีน (Chinese Medicine)

การแพทย์จีนเชื่อว่าร่างกายมนุษย์มีพลังงานชี (Qi) ที่ก่อให้เกิดสมดุลสุขภาพ หากขาดพลังงานชีไปอาจมีอาการอ่อนเพลีย และซึมเศร้า ความสมดุลของพลังหยินหยาง (Yin Yang) หากขาดพลังหยินอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ด้วยเช่นกัน จึงมีการใช้ยาสมุนไพรจีนรักษาภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบร่วมกับการวิเคราะห์อภิมาน โดย Yuan Ming Di et al.^[13] ค.ศ.2019 พบว่าการใช้ยาสมุนไพรจีนร่วมกับฝังเข็มสามารถลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ายาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียว [Median Difference 12.67, 95% CI 7.57-17.78] ได้แก่ ใหลหู (Bupleurum chinense) ว่านพร้าว (Curculigo orchoides Gaertn) ชันจูยหวี (Cornus officinalis Sieb. Et Zucc) ขวนชวยง (Ligusticum chuangxiong Hort) ตังกุย (Angelica sinensis) ตีบ้อ (Anemarrhena

asphodeloides Bge) และ Epimedium brevicornum Maxim ไม่พบว่ายาสมุนไพรจีนก่อให้เกิดผลข้างเคียงใด ๆ ในขณะที่ยาต้านซึมเศร้ามีรายงานว่าทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความต้องการทางเพศลดลง ปากแห้ง เจ็บเต้านม และเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ส่วนการศึกษาการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม โดย Xiao-Jing Cao et al.^[14] ค.ศ. 2019 ศึกษาสมุนไพรจีน Bushen Tiaogan ร่วมกับจิตบำบัด 8 สัปดาห์ และติดตามที่ 12 สัปดาห์ พบว่าเมื่อประเมิน Self-Rating Depression Scale (SDS) มีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่าโดยได้คะแนนเฉลี่ย SDS 30.7 เมื่อเทียบกับจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย SDS 45.4 [p-value <0.001] การใช้ยาสมุนไพรจีน Bushen Tiaogan ไม่พบผลข้างเคียงต่อผลเลือดทั้งก่อน และหลังการรักษา แต่การใช้สมุนไพรจีนควรคำนึงถึงผลข้างเคียงจากส่วนประกอบตามธรรมชาติของสมุนไพรจีนนั้น หรือสารปนเปื้อนระหว่างเพาะปลูก เก็บเกี่ยว หรือกระบวนการผลิต เช่น ผลข้างเคียงต่อดับโต อาการแพ้ หรือเลือดออกง่าย จึงต้องมีการประเมินคุณภาพ ปริมาณ และระยะเวลาที่ใช้

2. กิจกรรม

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity)

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น ลดความดันโลหิต เพิ่มประสิทธิภาพหัวใจ ลดน้ำหนัก รวมถึงลดภาวะซึมเศร้า ทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น อารมณ์ดีขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิต ตัวอย่างกิจกรรมทางกาย เช่น ออกกำลังกายแบบแอโรบิก คาร์ดิโอ และการเดิน จากการวิจัยแบบพหุสถาบันระยะยาว (multicenter longitudinal study) Huang et al.^[15] ค.ศ.2023 พบว่าหญิงวัยใกล้หมดระดูมีภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายแบบแปรผกผันคือ อาการซึมเศร้าที่มากขึ้นสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายที่น้อยลง ดังนั้นหญิงวัยใกล้หมดระดูที่มีภาวะซึมเศร้าควรเพิ่มกิจกรรมทางกาย รวมถึง

หญิงวัยใกล้หมดระดูที่แม้ยังไม่มีอาการซึมเศร้าก็ควรมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบร่วมกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณทั้งหมด 23 การศึกษาโดย Shorey et al.^[16] ค.ศ.2020 พบว่าการออกกำลังกายระยะยาวมีประสิทธิภาพลดภาวะซึมเศร้า และการออกกำลังกายแอโรบิก 16 Sessions ใน 8 สัปดาห์ ลดคะแนนประเมิน SDS ลงจาก 71.28 ± 7.32 เป็น 49.71 ± 7.67 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญ [p-value<0.01] หากยังมีออกกำลังกายชนิดแอโรบิกบ่อยมากเท่าไรก็ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าตีมากขึ้นเท่านั้น [P-value<0.01] โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์มีอัตราการหายจากภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 98.31 จากการศึกษากายการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมโดย Zhao et al.^[17] ค.ศ.2022

การฝึกเจริญสติ (Mindfulness Meditation) และการบำบัดรักษาทางกาย-ใจ (Mind-body therapies)

การฝึกเจริญสติเป็นการฝึกทำสมาธิเพื่อเพิ่มสุขภาวะที่ดี (well-being) เช่น บำบัดความเครียดด้วยการเจริญสติ (mindfulness based stress reduction) บำบัดด้วยการอาศัยรู้สติ (mindfulness-based cognitive therapy [MBCT]) นั่งสมาธิแบบเซน (Zen meditation) และการนั่งวิปัสสนา โดยเฉพาะการเจริญสติที่ได้รับ ความนิยมมากขึ้นโดยเน้นจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน เปลี่ยนทัศนคติให้เปิดกว้างมากขึ้น และมีเมตตา จึงได้มีการใช้การบำบัดนี้ในการรักษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมโดย Gordon et al.^[18] ค.ศ.2021 พบว่าทำกิจกรรมกลุ่มด้วยการบำบัดความเครียดด้วยการเจริญสติ และโยคะ 8 สัปดาห์ ประเมินอาการซึมเศร้าด้วย The Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D) ทุก 2 สัปดาห์ ติดต่อกัน 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดความเครียดด้วยการเจริญสติมีอาการซึมเศร้าที่

น้อยกว่า [$p\text{-value}<0.001$] โดยเฉพาะประชากรกลุ่มที่มีประวัติโรคซึมเศร้า [$p\text{-value}<0.001$] มีเหตุการณ์เครื่องเครียดในชีวิต [$p\text{-value}<0.001$] หรืออยู่ในช่วงระยะเริ่มแรกของวัยใกล้หมดระดู [$p\text{-value}=0.02$] จะได้ประโยชน์จากการทำกิจกรรมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด ความเครียดด้วยการเจริญสติ สอดคล้องไปกับการศึกษาเชิงสังเกต (observational study) โดย Xiao et al.^[19] ค.ศ.2020 พบว่าการบำบัดความเครียดด้วยการเจริญสติแบบกลุ่ม 2 ครั้ง/สัปดาห์ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ และฝึกปฏิบัติเดี่ยวด้วยตนเองพร้อมรายงานผล พบว่าคะแนนประเมิน SDS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$p\text{-value}<0.01$] จาก 68.31 ± 4.72 เป็น 50.27 ± 6.54 คะแนน อีกทั้งความถี่ในการฝึกเจริญสติด้วยตนเองยังสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าได้อีกด้วย [$p\text{-value}<0.01$]

ส่วนการบำบัดรักษาทางกาย-ใจ เน้นผ่อนคลายและลดความเครียด เช่น Biofeedback เพื่อฝึกควบคุมร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม จินตภาพบำบัด โยคะ ไทชิ ชี่กง และฝึกหายใจ พบว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลภาวะซึมเศร้าของหญิงเอเชียวัยใกล้หมดระดูแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ [SMD -1.75, $p\text{-value}=0.28$] จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบร่วมกับภาระวิเคราะห์อภิมานทั้งหมด 23 การศึกษา โดย Shorey et al.^[16] ค.ศ.2020

การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (Health Coaching)

คือ การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม โดยการนำหลักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาเพื่อเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นจากการศึกษาการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials) โดย Shokri-Ghadikolaei et al.^[20] ค.ศ.2022 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแบบกลุ่ม 5 ครั้ง (30-45 นาที/ครั้ง) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพศหญิง ประเมิน

ภาวะซึมเศร้าด้วย SDS พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม [SMD -5.72, $p\text{-value}<0.001$]

การบริหารเวลา (Time Management)

ทักษะบริหารเวลาเป็นทักษะที่ซับซ้อน บ่งบอกลักษณะนิสัย และสภาวะจิตใจ ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล จากการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมโดย Ping Wang and Xiaochun Wang^[21] ค.ศ.2018 จัดฝึกอบรมทักษะบริหารเวลาในการทำงาน 12 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ทุก 2 สัปดาห์ระยะเวลา 6 เดือน ประเมินผลด้วย SDS พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง โดยกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมบริหารเวลาคะแนน SDS ลดลง 7.7 ± 6.3 ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนน SDS ลดลง 13.7 ± 7.2 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ [$p\text{-value}<0.001$] ทั้งสองกลุ่ม

3. สารประกอบจากธรรมชาติ

ไฟโตเอสโตรเจน (Phytoestrogen)

คือ สารธรรมชาติจากพืชที่ออกฤทธิ์คล้าย เอสตราไดออล (estrodinol) มี 2 ชนิด ได้แก่ ไอโซฟลาโวน (Isoflavones) ในผัก ผลไม้ ถั่วเหลือง และลิกแนน (Lignan) พบในถั่วเลนทิล หัวหอม ข้าวสาลี เมล็ดดอกทานตะวัน และยี่ห่วยฝรั่ง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการวิเคราะห์อภิมานโดย Jieyun Li et al.^[22] ค.ศ. 2021 พบว่าไฟโตเอสโตรเจนช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อเทียบกับยาหลอก [SMD -0.62, $p\text{-value}<0.01$] ในขนาด 25-100 มิลลิกรัม/วัน มีประสิทธิภาพดีที่สุด [SMD -0.52, $p\text{-value}<0.01$] ผลข้างเคียงคืออาการระบบทางเดินอาหาร หรือ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และสารไอโซฟลาโวนมีประสิทธิภาพดีกว่าลิกแนน [SMD -0.48, $p\text{-value}<0.01$] เป็นไปในทิศทางเดียวกับ Shahmohammadi et al.^[23] ค.ศ.2019 ที่ศึกษาสารไฟโตเอสโตรเจน ได้แก่ เรดโคลเวอร์ ถั่วเหลือง ยี่ห่วยฝรั่ง และฮอปส์ พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับไฟโตเอสโตรเจนต่ำ

กว่า [SMD -0.952, p-value=0.023] แต่กลับมี
นัยสำคัญเฉพาะในหญิงวัยหมดระดู ส่วนหญิงวัย
ใกล้หมดระดูพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง
การศึกษาทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมโดย
Schmidt et al.^[24] ค.ศ.2021 พบว่า Rimostil
ซึ่งเป็นไฟโตเอสโตรเจนไม่มีประโยชน์เมื่อเทียบกับ
ยาหลอก

กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโอเมก้า-3 (n-3 PUFA)

เป็นสารอาหารที่สำคัญต่อระบบประสาท
และลดการอักเสบ มักพบในอาหารจำพวกเมล็ด
แฟลกซ์ น้ำมันคาโนล่า วอลนัท อัลมอนต์ และ
เมล็ดเชีย โอเมก้า-3 มีประโยชน์ต่อสมอง คลายกังวล
ลดภาวะซึมเศร้า^[25] เชื่อว่าเกิดจากกลไกที่โอเมก้า-3
เพิ่มระดับซีโรโทนินในสมอง แม้จะเคยมีบทความ
ปริทัศน์ (review article) โดย Ciappolino V
et al.^[26] ค.ศ.2018 พบว่าผลลัพธ์ของโอเมก้า-3 ต่อ
ภาวะซึมเศร่ายังไม่แน่นอนจึงยังไม่สามารถสรุป
ได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น
ระบบร่วมกับการวิเคราะห์ห่อถักโดย
Decandia et al.^[27] ค.ศ.2022 พบว่าการศึกษา
ในมนุษย์ส่วนใหญ่ (6 ใน 8 การศึกษา) การรับประทาน
โอเมก้า-3 ช่วยลดภาวะซึมเศร่าลงได้ และ
การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-
sectional study) โดย Li D. et al.^[28] ค.ศ.2020
พบว่าโอเมก้า-3 มีความสัมพันธ์อย่างผกผันกับ
อาการของภาวะซึมเศร่า

กัญชา (Cannabis)

เป็นพืชที่มีสาร delta-9-tetrahydrocanna-
binol (THC) ซึ่งเป็นสารเสพติด และมีผลต่อจิต
ประสาท และ cannabidiol (CBD) มีฤทธิ์ลด
อาการปวด และคลื่นไส้ การใช้กัญชาทาง
การแพทย์จะสกัดให้ได้อัตราส่วนของ THC ต่อ
CBD ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละโรค จาก
การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review)
โดย Mejia-Gomez et al.^[29] ค.ศ.2021 พบว่า
การใช้กัญชาสัมพันธ์กับการรื้อวนบูบวมมาก
ขึ้น แต่ไม่มีข้อมูลเรื่องชนิดของกัญชา วิธีใช้

ปริมาณหรือความเข้มข้นของ THC และ CBD
และไม่พบว่ากัญชาช่วยลดอาการซึมเศร่า อีกทั้ง
กัญชายังมีผลข้างเคียงต่อระบบประสาท เช่น
เวียนศีรษะ ง่วงนอนมากผิดปกติ เห็นภาพหลอน
หูแว่ว คลื่นไส้ ท้องผูก ซึมเศร่า หรือทำให้เกิด
โรคจิต ความคิดและความจำแย่ลง หากใช้
ร่วมกับยาต้านเศร่า กัญชาอาจทำให้มีระดับ
ยาต้านเศร่าสูงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด
อารมณ์ผิดปกติมากขึ้น

4. สารสังเคราะห์

Selective Estrogen Receptor Modulators (SERMs)

SERMs สามารถจับกับตัวรับฮอร์โมน
เอสโตรเจน (estrogen receptor) ได้อย่าง
เฉพาะเจาะจง ได้แก่ Tamoxifen และ Raloxifen
แต่การศึกษาทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม โดย
Schmidt et al.^[24] ค.ศ.2021 ไม่พบว่าการใช้ยา
Tamoxifen และ Raloxifen มีประโยชน์อย่างมี
นัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอก แต่พบว่าการใช้
Tamoxifen ทำให้คะแนนภาวะซึมเศร่า HAM-D
ดีขึ้นเมื่อเทียบกับการใช้ Rimostil หลังใช้
ต่อเนื่อง 6-8 สัปดาห์ [p-value=0.011] ซึ่ง
Tamoxifen ช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และ
ทำให้อารมณ์ดีขึ้น แต่ยังไม่มียหลักฐานเพียงพอใน
การใช้ Tamoxifen เพื่อรักษาภาวะซึมเศร่า
รวมถึงไม่แนะนำให้ใช้ Raloxifen แทน
Tamoxifen เนื่องจาก Raloxifen มีประสิทธิภาพ
น้อยกว่า และยังมีหลักฐานไม่เพียงพอ

สารสังเคราะห์ชนิด Non-Estrogen Steroid

แม้ฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยลดภาวะซึมเศร่า
ได้ แต่สำหรับหญิงที่ยังมีมดลูกอาจต้องใช้
ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนร่วมด้วยเพื่อลด
ความเสี่ยงของเยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัว ซึ่งอาจ
ทำให้ภาวะซึมเศร่าแย่ลง หรือลดการออกฤทธิ์
ของฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ ดังนั้นการใช้
Tibolone ที่เป็นสารสังเคราะห์ชนิด non-
estrogen Steroid ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายฮอร์โมน
เอสโตรเจน (estrogenic) เนื่องด้วยเอสโตรเจน

สามารถออกฤทธิ์ควบคุมสารสื่อประสาทอย่าง โดปามีน และซีโรโทนินจึงมีผลต่อด้านอารมณ์ แต่ Tibolone ไม่ออกฤทธิ์ต่อเยื่อโพรงมดลูก จึงช่วยลดโอกาสเยื่อโพรงมดลูก จึงได้มีการศึกษาทดลองรูปแบบมีกลุ่มควบคุม โดย Kulkarni et al.^[30] ค.ศ.2018 พบว่าการรับประทาน Tibolone 2.5 มิลลิกรัม/วัน เทียบกับยาหลอก และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS) กลุ่มที่ได้รับ Tibolone มีคะแนนลดลง 13 คะแนน เมื่อเทียบกับกลุ่มยาหลอกที่คะแนน ลดลงเพียง 6 คะแนน หลังครบ 12 สัปดาห์ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่มีผลข้างเคียงที่อันตราย แต่อย่างไรก็ตามยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตถึงผลข้างเคียงระยะยาวของยา Tibolone

อภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการแพทย์บูรณาการในการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดูมีความหลากหลาย เช่น การฝังเข็ม การฝึกเจริญสติ และการออกกำลังกายมีหลักฐานแสดงถึงประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในอดีตที่ยังไม่ค่อยมีการศึกษาด้านการแพทย์บูรณาการมากนัก อีกทั้งยังพบว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้าตามแนวทางปัจจุบันมีอัตราการกลับเป็นซ้ำและผลข้างเคียงสูง การแพทย์บูรณาการจึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจในการลดผลข้างเคียงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาใหม่ ๆ ที่มีหลักฐานยังไม่มากพอ แต่อาจมีศักยภาพในการลดภาวะซึมเศร้า เช่น ไฟโตเอสโตรเจน กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโอเมก้า-3 และ non-estrogen steroid ที่ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตถึงประสิทธิภาพและผลข้างเคียงในระยะยาว ทั้งนี้การใช้การแพทย์บูรณาการในการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดูอาจมีข้อจำกัดที่ต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

เช่น ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว ความต้องการในการรักษาของผู้ป่วย ความแตกต่างของการตอบสนองต่อการรักษาในแต่ละบุคคล และควรพิจารณาเริ่มการรักษาด้วยการรักษาทางเลือกที่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงน้อยก่อน เช่น การฝังเข็ม การฝึกเจริญสติ การบำบัดรักษาทางกาย-ใจ เป็นต้น อีกทั้งควรติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วง 4-6 สัปดาห์แรกหลังเริ่มการรักษา ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ โดยสรุปแล้ว การแพทย์บูรณาการเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดระดูที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยกว่าการใช้ยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียว โดยควรพิจารณาเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

สำหรับประเทศไทย ซึ่งมีการแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาที่ได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์บูรณาการ เช่น การใช้สมุนไพรและการนวดแผนไทย สังคมไทยอาจเปิดรับการแพทย์บูรณาการอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น การฝังเข็มและการฝึกเจริญสติ การแพทย์บูรณาการถือเป็นทางเลือกในการรักษาที่ครอบคลุม สามารถลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาแผนปัจจุบัน และเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากวิธีการรักษานั้นสอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อที่ให้ความสำคัญกับการรักษาแบบธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตชนบท

สรุปผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการแพทย์บูรณาการที่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอถึง

ประโยชน์ในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดประจำตัว ได้แก่ การฝังเข็ม การฝังเข็มแบบกระตุ้นไฟฟ้า การฝึกเจริญสติ และการมีกิจกรรมทางกาย ส่วนการวางแผนโภชนาบำบัด การฝึกบริหารเวลา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การรับประทานไฟโตเอสโตรเจน กรดไขมันโอเมก้า-3 และการใช้สาร non-estrogen steroid (Tibolone) อาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนทางวิทยาศาสตร์มากพอ ส่วนการใช้ selective estrogen receptor modulators และกัญชา ยังไม่มีความชัดเจนสนับสนุนเพียงพอถึงประโยชน์สำหรับการใช้ดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดประจำตัว

เอกสารอ้างอิง

1. Pongsatha S. Menopause [Internet]. Chiang Mai: OB & GYN Chiang Mai University; c2011. [updated 2011 Jan 23; cited 2023 Jun 27]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturesttopics/residents-fellows/1653/> [In Thai]
2. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H, Bromberger JT, Freeman EW, Athappilly G, et al. Guidelines for the Evaluation and Treatment of Perimenopausal Depression: Summary and Recommendations. *J Womens Health*. 2019;28(2):117-34. doi: 10.1089/jwh.2018.27099.mensocrec.
3. Li RX, Ma M, Xiao XR, Xu Y, Chen XY, Li B. Perimenopausal syndrome and mood disorders in perimenopause: prevalence, severity, relationships, and risk factors. *Medicine*. 2016;95(32):e4466. doi: 10.1097/MD.0000000000004466.
4. Pandey S, Ghimire P, Koirala S, Pandey San. Prevalence of Perimenopausal Depression among Women of Age Group 40 to 54 Years. *International Journal of Medical Research Professionals*. 2020;6(4):31-7. doi: 10.21276/ijmrp
5. Yadav V, Jain A, Dabar D, Goel AD, Sood A, Joshi A, et al. A meta-analysis on the prevalence of depression in perimenopausal and postmenopausal women in India. *Asian J Psychiatr*. 2021;57:102581. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102581.
6. Kulkarni J. Perimenopausal depression - an under-recognised entity. *Aust Prescr*. 2018;41(6):183-5. doi: 10.18773/austprescr.2018.060.
7. Sitdhirak N, Wansawek K, Wannarit K, Phukritayakami P, Aphinantawet S, Ketuman P, editors. *Siriraj Psychiatry DSM-5*. 3rd ed. Bangkok: Prayoonsanthai printing; 2016. [In Thai]
8. Wu J, Yeung AS, Schnyer R, Wang Y, Mischoulon D. Acupuncture for depression: a review of clinical applications. *Can J Psychiatry*. 2012;57(7):397-405. doi: 10.1177/070674371205700702.

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากในปัจจุบันยังคงมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยใกล้หมดประจำตัวเพิ่มมากขึ้น จึงควรมีการรวบรวมสรุปข้อมูลงานวิจัยใหม่เป็นระยะ ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย รวมถึงอาจทำในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการรวบรวมข้อมูลมากยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาประสิทธิภาพ และผลข้างเคียงในระยะยาวของการรักษาทางเลือก เช่น สารสังเคราะห์ชนิด non-estrogen steroid อย่าง Tibolone สมุนไพรจีน และไฟโตเอสโตรเจน

9. Xiao X, Zhang J, Jin Y, Wang Y, Zhang Q. Effectiveness and Safety of Acupuncture for Perimenopausal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2020;2020:5865697. doi: 10.1155/2020/5865697.
10. Zhao FY, Fu QQ, Kennedy GA, Conduit R, Zhang WJ, Zheng Z. Acupuncture as an Independent or Adjuvant Management to Standard Care for Perimenopausal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2021;12:666988. doi: 10.3389/fpsyt.2021.666988.
11. Li S, Li ZF, Wu Q, Guo XC, Xu ZH, Li XB, et al. A Multicenter, Randomized, Controlled Trial of Electroacupuncture for Perimenopause Women with Mild-Moderate Depression. *Biomed Res Int*. 2018;2018:5351210. doi: 10.1155/2018/5351210.
12. Zhou JH, Zhang DL, Ning BL, Xue XJ, Zhao L, Wu Q, et al. The Role of Acupuncture in Hormonal Shock-Induced Cognitive-Related Symptoms in Perimenopausal Depression: A Randomized Clinical Controlled Trial. *Front Psychiatry*. 2022;12:772523. doi: 10.3389/fpsyt.2021.772523.
13. Di YM, Yang L, Shergis JL, Zhang AL, Li Y, Guo X, et al. Clinical evidence of Chinese medicine therapies for depression in women during perimenopause and menopause. *Complement Ther Med*. 2019;47:102071. doi: 10.1016/j.ctim.2019.03.019.
14. Cao XJ, Huang XC, Wang X. Effectiveness of Chinese herbal medicine granules and traditional Chinese medicine-based psychotherapy for perimenopausal depression in Chinese women: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2019;26(10):1193-203. doi: 10.1097/GME.0000000000001380.
15. Huang C, Luo B, Wang J, Ao Y, Xiong W, Liao S. Depressive symptoms and physical activity among community-dwelling perimenopausal women: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):93. doi: 10.1186/s12888-023-04591-5.
16. Shorey S, Ang L, Lau Y. Efficacy of mind-body therapies and exercise-based interventions on menopausal-related outcomes among Asian perimenopause women: A systematic review, meta-analysis, and synthesis without a meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020;76(5):1098-110. doi: 10.1111/jan.14304.
17. Zhao Y, Niu H, Liu S. Effects of aerobics training on anxiety, depression and sleep quality in perimenopausal women. *Front Psychiatry*. 2022;13:1025682. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1025682.
18. Gordon JL, Halleran M, Beshai S, Eisenlohr-Moul TA, Frederick J, Campbell TS. Endocrine and psychosocial moderators of mindfulness-based stress reduction for the prevention of perimenopausal depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*. 2021;130:105277. doi: 10.1016/j.psyneuen.2021.105277.

19. Xiao C, Chan Y, Wu Y, Mou C, Zhou X, Wang Z. Mindfulness-based stress reduction therapy as a preclinical intervention for peri-menopausal depressive moods – An observational study. *European Journal of Integrative Medicine*. 2020;39:101199.
20. Shokri-Ghadikolaei A, Bakouei F, Delavar MA, Azizi A, Sepidarkish M. Effects of health coaching on menopausal symptoms in postmenopausal and perimenopausal women. *Menopause*. 2022;29(10):1189-95. doi: 10.1097/GME.0000000000002050.
21. Wang P, Wang X. Effect of Time Management Training on Anxiety, Depression, and Sleep Quality. *Iran J Public Health*. 2018;47(12):1822-31.
22. Li J, Li H, Yan P, Guo L, Li J, Han J, et al. Efficacy and safety of phytoestrogens in the treatment of perimenopausal and postmenopausal depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract*. 2021;75(10):e14360. doi: 10.1111/ijcp.14360.
23. Shahmohammadi A, Ramezanpour N, Mahdavi Siuki M, Dizavandi F, Ghazanfarpour M, Rahmani Y, et al. The efficacy of herbal medicines on anxiety and depression in peri- and postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Post Reprod Health*. 2019;25(3):131-41. doi: 10.1177/2053369119841166.
24. Schmidt PJ, Wei SM, Martinez PE, Dor RRB, Guerrieri GM, Palladino PP, et al. The short-term effects of estradiol, raloxifene, and a phytoestrogen in women with perimenopausal depression. *Menopause*. 2021;28(4):369-83. doi: 10.1097/GME.0000000000001724.
25. Carney RM, Steinmeyer BC, Freedland KE, Rubin EH, Rich MW, Harris WS. Baseline blood levels of omega-3 and depression remission: a secondary analysis of data from a placebo-controlled trial of omega-3 supplements. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(2):e138-43. doi: 10.4088/JCP.14m09660.
26. Ciappolino V, Mazzocchi A, Enrico P, Syrén ML, Delvecchio G, Agostoni C, et al. N-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Menopausal Transition: A Systematic Review of Depressive and Cognitive Disorders with Accompanying Vasomotor Symptoms. *Int J Mol Sci*. 2018;19(7):1849. doi: 10.3390/ijms19071849.
27. Decandia D, Landolfo E, Sacchetti S, Gelfo F, Petrosini L, Cutuli D. n-3 PUFA Improve Emotion and Cognition during Menopause: A Systematic Review. *Nutrients*. 2022;14(9):1982. doi: 10.3390/nu14091982.
28. Li D, Liang H, Tong Y, Li Y. Association of dietary n-3 polyunsaturated fatty acids intake with depressive symptoms in midlife women. *J Affect Disord*. 2020;261:164-71. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.014.

29. Mejia-Gomez J, Phung N, Philippopoulos E, Murphy KE, Wolfman W. The impact of cannabis use on vasomotor symptoms, mood, insomnia and sexuality in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review. *Climacteric*. 2021;24(6):572-6. doi: 10.1080/13697137.2021.1898581.
30. Kulkarni J, Gavrilidis E, Thomas N, Hudaib AR, Worsley R, Thew C, et al. Tibolone improves depression in women through the menopause transition: A double-blind randomized controlled trial of adjunctive tibolone. *J Affect Disord*. 2018;236:88-92. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.103.