

ภาวะวัยหมดระดู (Menopause)

สิริยา กิติโยดม, พ.บ.*

ภาวะวัยหมดระดูหรือวัยทอง เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและสภาพแวดล้อมสังคม ในสตรีจะมีช่วงเวลาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วต่างจากบุรุษ ทำให้สตรีต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ในบางรายพบมีการเปลี่ยนแปลงรุนแรงมากหรือที่ไม่สามารถปรับตัวได้ก่อให้เกิดปัญหาและต้องได้รับการรักษา

คำจำกัดความ

“Menopause” มาจากภาษากรีก คือ men (แปลว่า month) และ pauses (แปลว่า cessation) หมายถึงจุดช่วงชีวิตที่ไม่มีระดูเป็นระยะเวลาหนึ่งปีเต็ม อันเป็นผลจากการที่รังไข่หยุดทำงานถาวร⁽¹⁾ จากการสำรวจพบว่าสตรีไทยหมดระดูเมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 49-51 ปี^(2,3)

“Climacteric period” หมายถึงช่วงชีวิตของสตรีตั้งแต่วัยเจริญพันธุ์ตอนปลาย ไปจนถึงวัยหมดระดูโดย

ในขณะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างช้าๆ และต่อเนื่องรวมเรียกกระบวนการนี้ว่า “perimenopausal transition”

“perimenopause” หมายถึง ช่วงชีวิตตั้งแต่ก่อนการหมดระดูประมาณ 4-5 ปี ไปจนถึงหมดระดูไปแล้ว 1 ปี⁽⁴⁾ เป็นช่วงที่เกิด perimenopausal transition อย่างเด่นชัดและมักมีอาการทางคลินิก เช่น ระดูไม่สม่ำเสมอ menopausal related symptoms

“Premenopause” หมายถึง ช่วงชีวิตก่อนการหมดระดู มักหมายถึงหลังอายุ 40 ปี แต่ยังไม่หมดระดู

“Premature menopause” หมายถึงการหมดระดูก่อนอายุ 40 ปี

“วัยทอง” คำจำกัดความของกระทรวงสาธารณสุข คือ สตรีที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ดังนั้นจึงหมายถึงช่วง perimenopause ไปจนถึงวัยหมดระดูตอนต้น (early postmenopause)

สรีรวิทยา

เกิดจากการทำงานของ Hypothalamo-pituitary-ovary axis (HPO axis)⁽⁶⁾ มีการเปลี่ยนแปลง

- ในระยะ premenopause รังไข่จะมีการผลิต inhibin ลดลงทำให้ต่อมใต้สมองขาดกลไกในการยับยั้งการผลิต FSH เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ follicle ได้รับการกระตุ้นผลิต estrogen มากขึ้น เกิด positive feedback และตกไข่เร็วขึ้น ดังนั้นสตรีช่วงนี้จึงมี ovarian cycle ที่ follicular phase สั้นลงและมี luteal phase defect จึงมีระยะลูทีซันและมักมีเลือดออกกระปริดกระปรอยก่อนระดูจริง

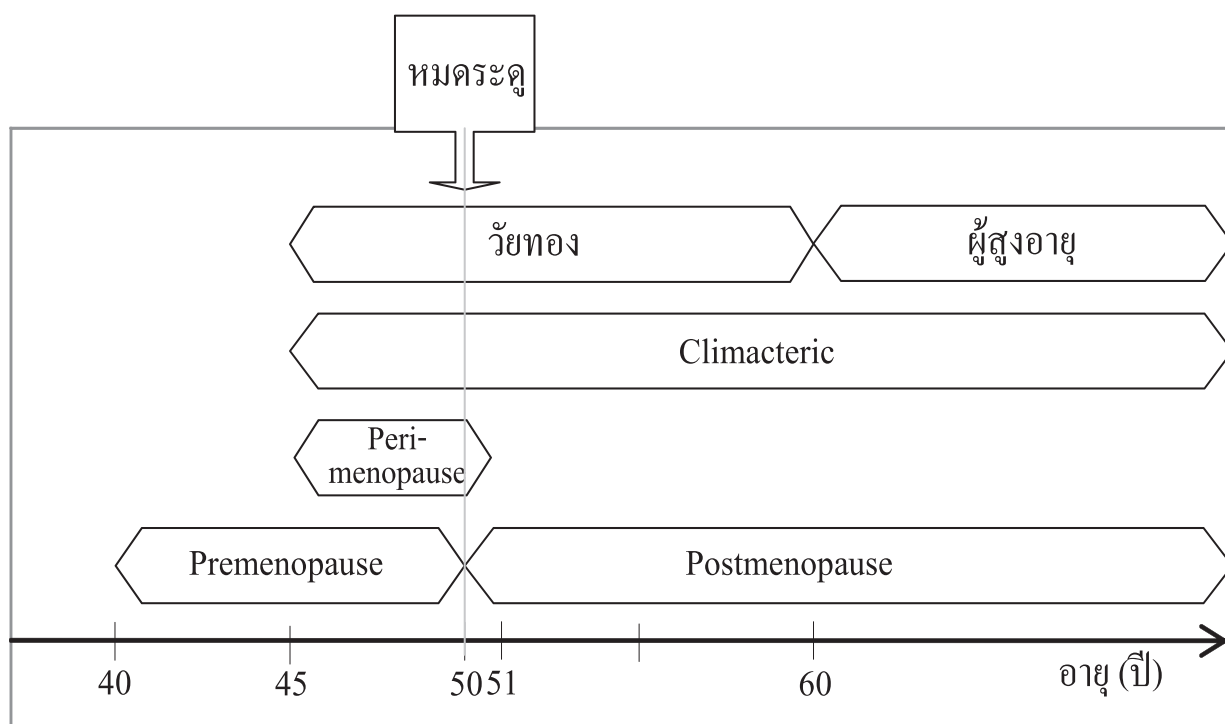
- ในระยะ perimenopause รังไข่จะเสื่อมลงมาก จะยังผลิต inhibin ลดลงมาก ทำให้ผลิต FSH มาก แต่ follicle ในรังไข่สตรีวัยนี้เหลือน้อยมาก ๆ จึงต้องต่อการ

กระตุ้นด้วย FSH ทำให้เริ่มเกิดการตกไข่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไม่มีการสร้าง progesterone แต่มีการสร้าง estrogen ทำให้เกิดภาวะ unopposed estrogen จึงอาจเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ, endometrial hyperplasia หรืออาจจะรุนแรงถึงขั้นเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้

- ในระยะท้ายช่วง 1 ปีก่อนหมดประจำเดือน รังไข่จะสร้างฮอร์โมนเพศหญิงน้อยมากจนไม่สามารถกระตุ้นเยื่อบุโพรงมดลูกได้

ชนิดของภาวะหมดระดู แบ่งเป็น 3 ชนิด

1. ภาวะหมดระดูตามธรรมชาติ (natural menopause) เกิดจากกระบวนการทางสรีรวิทยา
2. ภาวะหมดระดูหลังจากการผ่าตัด (surgical menopause) เกิดจากการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง



รูปที่ 1 ระยะในช่วงชีวิตตอนปลายของสตรี⁽⁵⁾

3. ภาวะหมดระดูจากโรคต่าง ๆ หรือจากการรักษาโรค มักหมดประจำเดือนเร็วกว่าอายุเฉลี่ย (premature menopause, premature ovarian failure)⁽⁷⁾

ตารางที่ 1 สาเหตุการเกิด premature menopause

- Bilateral oophorectomy or surgical menopause
- Hysterectomy without oophorectomy: This is an area of controversy and may depend on ovarian function preceding hysterectomy
- Infection: tuberculosis, mumps, malaria, varicella, shigella
- Radiotherapy and chemotherapy

ปัญหาสุขภาพในสตรีวัยทอง

1. ปัญหาในระยะแรก

1.1 ภาวะระดูผิดปกติ (abnormal uterine bleeding) พบได้บ่อยจากการทำงาน HPO axis ที่เริ่มบกพร่อง แต่หากออกมามากหรือนานเกินควรตรวจหาโรคทางรีเวช เช่น เนื้องอกมดลูก เยื่อบุมดลูกหนาตัวผิดปกติ

การรักษา

- ในรายที่ไม่พบพยาธิสภาพอื่น ๆ การรักษาเพื่อคุมให้รอบระดูปกติและป้องกันโรคที่อาจเกิดจากภาวะ unopposed estrogen โดยการให้ progestin โดยเฉพาะยาทานแบบ cyclic progestin

1.2 ปัญหา vasomotor symptom

เป็นอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกมาก (hot flush) อาการจะเป็นพัก ๆ อาจเป็นช่วงสั้น ๆ 2-3 วินาทีจนถึงหลายนาทีได้ เกิดจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้หลอดเลือดตามผิวหนังขยายตัว

การรักษา

1. วินิจฉัยแยกโรคที่ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบ เช่น Psychosomatic ความเครียด, Thyrotoxicosis, Pheochromocytoma, Cancer เป็นต้น

2. การให้ฮอร์โมนเพศเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด โดยลดอาการลงได้ประมาณร้อยละ 80 เมื่อให้การรักษาไม่น้อยกว่า 3 เดือน⁽⁸⁾

3. การให้ยากลุ่มอื่น ๆ เช่น SSRIs, SNRI, Phytoestrogen, clonidine

4. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เลิกบุหรี่ ไม่รับประทานอาหารรสจัด หลีกเลี่ยงกาแฟเย็น สวมเสื้อผ้าที่ระบายความร้อนดี อยู่ในที่อากาศเย็น

5. ฝึกนั่งสมาธิ และฝึกการหายใจ

1.3 ปัญหา urogenital atrophy

1.3.1 ภาวะฝ่อเนื้อเยื่อของอวัยวะสืบพันธุ์ มักพบปัญหากระบังลมหย่อน (genital prolapse), ช่องคลอดบางอักเสบ ไม่มีความยืดหยุ่น เกิดอาการเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์

1.3.2 ภาวะทางเดินปัสสาวะผิดปกติ มีการอักเสบทางเดินปัสสาวะโดยไม่พบเชื้อ, ปัสสาวะแสบ, ปัสสาวะบ่อย, กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การรักษา

- การให้ฮอร์โมนเพศ โดยเฉพาะการให้ฮอร์โมนเฉพาะที่หรือทั้งรูปครีม และยาเม็ด

1.4 ปัญหา menopausal related symptom อื่น ๆ มักเป็นอาการที่ไม่สามารถอธิบายได้จากภาวะพร่อง estrogen ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น หงุดหงิด, ซึมเศร้า, นอนหลับยาก, ปวดเมื่อย, loss of libido

การรักษา

- มีการศึกษาบางส่วนว่าการให้ฮอร์โมน อาการจะดีขึ้น⁽⁹⁾ และบางการศึกษาไม่ได้ผลเพราะอาการเหล่านี้ อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ⁽¹⁰⁾

2. ปัญหาระยะยาว

2.1 ปัญหาโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)⁽¹¹⁾

เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในระบบโครงสร้างของกระดูกทำให้ความแข็งแรงของกระดูกเสียไป โดยพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ โดยพบว่าสตรีจะมีมวล

กระดูกสูงสุดที่อายุ 30-40 ปี และจะเริ่มเสื่อมมวลกระดูกอย่างช้า ๆ และจะเสียอย่างรวดเร็วใน 5 ปีแรกหลังหมดประจำเดือน

การวินิจฉัย

- การวัดความหนาแน่นของกระดูก (bone mass density หรือ BMD)

+ Osteopenia คือ BMD t-score <-1 แต่ >-2.5 SD

+ Osteoporosis คือ BMD < -2.5 SD

โดยพบว่า BMD ที่ลดลงทุก ๆ 1 SD ทำให้ความเสี่ยงกระดูกหักเพิ่มขึ้น 1 เท่า

การรักษา

1. การให้ฮอร์โมนในสตรี หรือการให้ยาในการรักษาเฉพาะ เช่น bisphosphonates, calcitonin, parathyroid hormone

2. การให้ทานอาหารแคลเซียมสูงหรือทานแคลเซียมเพิ่ม

3. ออกกำลังกาย weight bearing exercise รวมทั้งเน้นเรื่องความยืดหยุ่นและการทรงตัวเช่น รำมวยจีน

4. ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้มีโอกาสหกล้มได้น้อย (prevent fall)

2.2 ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด

พบว่ามีอุบัติการณ์สูงขึ้นในสตรีวัยหมดระดู แต่จากการศึกษาพบว่า การให้ฮอร์โมนเพศไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽¹²⁾ และหากใช้ไม่เหมาะสมเช่นให้ในรายที่หมดประจำเดือนเกิน 10 ปี อาจเพิ่มโอกาสการเกิด stroke และ โรคหัวใจด้วย

หลักการให้คำแนะนำและการดูแล

1. ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต

- เลิกสูบบุหรี่ การคลายเครียด งดเครื่องดื่มคาเฟอีน

- รับประทานอาหารที่เหมาะสม

* อาหารเส้นใยมาก โปรตีนเนื้อสัตว์ปริมาณต่ำ

* อาหารแคลเซียมสูง โดยปริมาณแคลเซียม

แนะนำต่อวันคือ 1,000-1,500 มก.

- การออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยเน้นการออกกำลังกายที่มีการลงน้ำหนัก (weight bearing) และเรื่องความยืดหยุ่นและการทรงตัว เช่น การรำมวยจีน โดยควรสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

2. การตรวจสุขภาพ

- ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดันโลหิต

- ตรวจเต้านม

- ตรวจภายในและเช็คมะเร็งปากมดลูก

- ตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคที่พบบ่อยเช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง

- การตรวจเพิ่มเติมเช่น CXR, EKG, Mammogram, ตรวจมวลกระดูก, การทำงานของตับและไต

เอกสารอ้างอิง

1. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Menopause and the perimenopausal transition. In: Speroff L, Glass RH, Kase NG, editors. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1999; 643-724.
2. รณชัย อธิสุข, ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล, พิชัย เจริญพานิช, อนุวัฒน์ สุคันชานิวบลย์. อายุเฉลี่ยวัยหมดระดูในสตรีที่มาใช้บริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. สารศิริราช 2538; 47: 803-7.
3. Chompootaweep S, Tankeyoon M, Yamarat M, Poomsuwan P, Dusitsin N. The menopausal age and climacteric complains in Thai women in Bangkok. Maturitas 1993; 17: 63-71.
4. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. Maturitas 1992; 14: 103-15.
5. มณี รัตนไชยานนท์. สตรีวัยทอง. สารศิริราช 2548; 57: 351-8.
6. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Postmenopausal hormone therapy. In: Speroff L, Glass RH, Kase NG, editors. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2005.

-
7. Panay N, Kalu E. Management of premature failure. *Best Pract Res Clin Obstet and Gynaecol* 2009; 23: 129-40.
 8. MacLennan A, Lester S, Moore V. Oral estrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes; a systemic review. *Climacteric* 2001; 4: 58-74.
 9. Limouzin-Lamothe MA, Mairon N, Joyce CR, Le Gal M. Quality of life after the menopause: influence of hormonal replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 618-24.
 10. Hunter MS. Emotional well-being, sexual behavior and hormone replacement therapy. *Maturitas* 1990; 12: 299-314.
 11. Kanis JA. Assessment of fracture risk and its application to screening for Postmenopausal osteoporosis; synopsis of a who report. WHO Study Group. *Osteoporos Int* 1994; 4: 368-81.