

สาเหตุของอาการปวดท้องน้อยในสตรีทางนรีเวช

สุกรี สุนทรภา

ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Causes of pelvic pain in Gynecology

Sugree Suntrapa, M.D.

*Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University.*

Pelvic pain is one of the most common presenting complaint in gynecologic clinic. By analysing data of patients in gynecologic division, Srinagarind Hospital, 33.6% of out-patients and 14.9% of in-patients have pelvic pain as the presenting symptom or chief complaint. The most common cause of acute pelvic pain is acute pelvic inflammatory disease, and of chronic pelvic pain is psychosomatic disorders.

บทนำ

อาการปวดท้องน้อยในสตรีนั้น เป็นอาการที่พบได้บ่อยมากที่สุดอาการหนึ่งในทางนรีเวช จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยแผนกนรีเวชของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าร้อยละ 33.6 ของผู้ป่วยนอก และร้อยละ 14.9 ของผู้ป่วยใน มาพบแพทย์ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องน้อย สาเหตุที่พบมากที่สุดของอาการปวดท้องน้อยชนิดเฉียบพลันคือโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบ และสาเหตุที่พบมากที่สุดของอาการปวดท้องน้อยชนิดเรื้อรัง ก็คือความผิดปกติทางอารมณ์ และจิตใจ

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าอาการปวดท้องน้อยในสตรีนั้น นับว่าเป็นอาการที่พบได้บ่อยมากที่สุดอาการหนึ่งซึ่งนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในทางนรีเวช แต่พบว่าตำราและเอกสารที่รวบรวมหรือกล่าวถึงสาเหตุของอาการนี้ยังมีน้อยมาก โดยมักเพียงแต่กล่าวไว้อย่างกระจัดกระจายในโรคต่างๆ ทำให้แพทย์บางท่านเกิดความเข้าใจผิดและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าวผิดพลาด โดยพบอยู่เสมอว่า เมื่อผู้ป่วยซึ่งมีอาการดังกล่าวมาพบแพทย์ แพทย์มักให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรค

“มดลูกอักเสบ” (อุ้งเชิงกรานอักเสบ) แล้วให้ยาปฏิชีวนะไปรับประทาน เมื่อยาหมดอาการปวดดังกล่าวยังไม่หาย แพทย์ผู้รักษาก็จะให้ยาปฏิชีวนะไปรับประทานอีก โดยอาจให้ยาชนิดเดิม หรือเปลี่ยนเป็นยาชนิดใหม่เนื่องจากคิดว่าอาจเป็นเพราะเชื้อดื้อต่อยาที่ไปทำให้มีอาการไม่ดีขึ้น ครั้งแล้วครั้งเล่า จนผู้ป่วยบางรายอาจเปลี่ยนแพทย์เพื่อตรวจรักษาไปเรื่อย ๆ หรือหาซื้อยาปฏิชีวนะรับประทานเอง โดยฟังจากคำโฆษณาต่าง ๆ หรือจากคำบอกเล่าของคนอื่น บางรายถึงกับให้หมอเถื่อนฉีดยาปฏิชีวนะ เช่น ฉีดยาจำพวกเพนนิซิลลิน หรือคานามัยซิน ให้

ผู้ป่วยบางรายเมื่อทำการรักษามาเป็นเวลานานแล้วไม่หายก็เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น เพราะเกรงว่าอาจเป็นมะเร็งในตมดลูก เมื่อแพทย์บางท่านแนะนำให้ทำการผ่าตัดมดลูกออกทั้ง ๆ ที่ตรวจไม่พบพยาธิสภาพใด ๆ ก็ยอมโดยง่าย

ได้มีผู้กล่าวไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 ว่า “—premature resort to surgery is the characteristic error in the present-day treatment of these patients with pelvic pain” ซึ่งก็ยังคงเป็นจริงถึงทุกวันนี้

นอกจากนี้สตรีส่วนใหญ่ในปัจจุบันได้เกิดความเข้าใจผิดเช่นเดียวกับแพทย์บางท่าน โดยเมื่อตนเองมีอาการปวดท้องน้อย ก็มักจะคิดว่าเกิดจากมดลูกอักเสบ ก็จะไปหาซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง โดยบางครั้งรับประทานยาเพียง 1 ถึง 2 เม็ด เมื่อรู้สึกว่าการปวดทุเลาไปก็หยุดรับประทานยาหรือสตรีบางคนเป็นมากก็อาจให้หมอเถื่อนฉีดยาให้ดังกล่าวแล้ว

ความเข้าใจผิดดังกล่าวข้างต้นทั้งของแพทย์เอง และสตรีส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ผู้เขียนเห็นว่าอาจก่อให้เกิดผลเสียหลายประการ เช่น

- ยาปฏิชีวนะโดยทั่วไปมักมีราคาแพง จึงมีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวผู้นั้น และมีผลต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติด้วย เนื่องจากประเทศของเราจะต้องสั่งซื้อยาจากต่างประเทศอยู่

- ยาปฏิชีวนะบางชนิดอาจก่อให้เกิดการแพ้ยาได้ และบางครั้งอาจรุนแรงถึงชีวิตได้

- เกิดภาวะเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในสตรีนั้น ๆ ได้

การศึกษานี้ต้องการชี้ให้เห็นถึงสาเหตุของอาการปวดท้องน้อยทางนรีเวชในสตรีซึ่งแตกต่างกันระหว่างชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญซึ่งนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางนรีเวช ได้จากในบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก (OPD card) ของผู้ป่วยซึ่งมาตรวจที่ห้องตรวจนรีเวช แบบสุ่มตัวอย่างจำนวน 500 ราย โดยไม่รวมผู้ที่มาตรวจสุขภาพหลังคลอด ผู้ที่มาตรวจในคลินิกพิเศษ เช่น คลินิกผู้ป่วยโรคหามัน คลินิกผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยซึ่งได้รับการส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่น

และตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ.2528 จนถึงเดือนมกราคม ปี พ.ศ.2530 ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์ ได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยใน (in-patient) ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้คำสั่งในระบบ PFS (Personal Filling System) ได้นำข้อมูลที่เก็บไว้ในงานข้อมูลมาทำการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของผู้ป่วยซึ่งเข้าทำการรักษาในตึกผู้ป่วยนรีเวชด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องน้อย (ไม่รวมอาการปวดกระดูก, เจ็บปวดเวลาร่วมเพศ, ปวดถ่วงท้องน้อย) พบว่ามีงานข้อมูลบางแผ่นเกิดการเสียหาย ไม่สามารถเรียกหาข้อมูลออก

มาวิเคราะห์ได้ คงเหลือจำนวนผู้ป่วยอยู่เพียง 2,122 ราย ซึ่งนำมาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้

ผลการศึกษา

จากใบบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก ของผู้ป่วย ซึ่งมาตรวจที่ห้องตรวจนรีเวช จำนวน 500 ราย พบว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางนรีเวชด้วยอาการปวดท้องน้อยมากที่สุด พบถึง 168 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.6 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

จากผู้ป่วยจำนวน 168 ราย ซึ่งมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องน้อยที่ห้องตรวจนรีเวช ตักผู้ป่วยนอก ได้ให้การวินิจฉัยโรคต่างๆ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

อาการสำคัญ	จำนวนผู้ป่วย	คิดเป็นร้อยละ
1. ปวดท้องน้อย	168	33.6
2. ตกขาว	123	24.6
3. ต้องการเช็ด มะเร็งปากมดลูก	52	10.4
4. เลือดออกผิดปกติ ทางช่องคลอด	51	10.2
5. ต้องการมีบุตร	18	3.6
6. ปวดระดู	13	2.6
7. มดลูกหย่อน	11	2.2
8. คลำพบก้อนใน ท้องน้อย	3	0.6
9. อื่นๆ	61	12.2
รวม	500	100

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกซึ่งมาพบแพทย์ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องน้อย

สาเหตุ	การวินิจฉัย	จำนวนผู้ป่วย	คิดเป็นร้อยละ
1. ตรวจไม่พบสาเหตุของอาการ ปวดท้องน้อย	Normal pelvis	90	53.57
2. ตรวจไม่พบสาเหตุของอาการ ปวดท้องน้อยแต่พบโรคอื่น	Nonspecific- vaginitis	9	11.31
	Monilia	5	
	Relaxation of vaginal outlet	3	
3. ตรวจพบโรคซึ่งอาจเป็นสาเหตุ ของอาการปวดท้องน้อย	Pregnancy	2	35.12
	PID	21	
	Prolapsed uteri	7	
	Myoma uteri	7	
	Ovarian tumor	5	
	Abortion	3	
	CA cervix	3	
	Cervicitis	3	
	Ectopic pregnancy	2	
	cervical polyp	2	
Others	6		

หมายเหตุ ผู้ป่วยซึ่งให้การวินิจฉัยว่าเป็น PID จำนวน 21 รายนี้ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ซึ่งให้การวินิจฉัยโดยผลการตรวจไม่พบความผิดปกติใดๆ

และจากผู้ป่วยใน จำนวน 2,122 ราย ซึ่งนำมาวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยนรีเวชด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องน้อย จำนวน 316 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย (Final diagnosis) ไว้เรียงตามลำดับ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

นอกจากนี้ ยังมีโรคซึ่งเกิดร่วมด้วย (Associated diseases) นอกเหนือจากโรคซึ่งได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายไปแล้ว และคิดว่าอาจเป็นสาเหตุของอาการปวดท้องน้อยได้ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

พบว่าผู้ป่วยซึ่งให้การวินิจฉัยว่าเป็น 1 Prolapsed uteri ซึ่งมีจำนวน 27 ราย พบมี Associated diseases ร่วมด้วยถึง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.26 ในจำนวนนี้พบว่าเป็นโรค Adenomyosis มากที่สุดคือมีจำนวน 10 ราย

จากผู้ป่วยในจำนวน 316 ราย ได้วิเคราะห์แยกสาเหตุของอาการปวดท้องน้อยชนิดเฉียบพลันออกมาต่างหาก โดยให้คำจำกัดความของคำว่า "เฉียบพลัน" ไว้อย่างกว้างๆ ว่าเป็นอาการปวดท้องน้อยซึ่งต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน โดยต้องรับไว้รักษาโรงพยาบาล เพื่อบำบัดทางยา ทำการผ่าตัด หรือทำหัตถการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ขูดมดลูก เป็นต้น ได้ผลดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

เพื่อที่จะหาสาเหตุของอาการปวดท้องน้อยชนิดเรื้อรัง ในผู้ป่วยซึ่งตรวจไม่พบพยาธิในอุ้งเชิงกราน จึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยซึ่งมีอาการดังกล่าว และได้รับการตรวจด้วยกล้องส่องตรวจดูภายในช่องท้อง (Laparoscope) เพื่อหาสาเหตุที่แน่นอน เท่าที่รวบรวมได้มี 16 ราย ซึ่งได้ผลดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในซึ่งมาพบแพทย์ด้วยอาการสำคัญว่าปวดท้องน้อย

การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย	จำนวนผู้ป่วย	คิดเป็นร้อยละ
1. Acute Pelvic inflammatory disease	50	15.8
2. Abortion	36	11.4
3. Benign ovarian tumor	33	10.4
4. Prolapsed uteri (1' and 2')	31	9.8
5. Chronic pelvic inflammatory disease	29	9.2
6. Myoma uteri	20	6.3
7. Endometriosis	18	5.7
8. Adenomyosis	14	4.4
9. Malignant ovarian tumor	14	4.4
10. Ectopic pregnancy	12	3.8
11. Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)	8	2.5
12. Relaxation of Vaginal Outlet	8	2.5
13. Normal pelvis	6	1.9
14. Unknown	5	1.6
15. Carcinoma of cervix	4	1.3
16. Intrauterine pregnancy	4	1.3
17. Ruptured corpus luteum cyst	4	1.3
18. Miscellaneous	20	6.4
รวม	316	100

ตารางที่ 4 โรคซึ่งเกิดร่วมด้วยและอาจเป็นสาเหตุของอาการปวดท้องน้อย

โรคซึ่งเกิดร่วมด้วย	จำนวนผู้ป่วย	คิดเป็นร้อยละ
- Adenomyosis	23	7.3
- Endometriosis	9	2.8
- Chronic PID	7	2.2
- Myoma uteri	5	1.6

ตารางที่ 5 สาเหตุของอาการปวดท้องน้อยชนิดเฉียบพลัน

การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย	จำนวนผู้ป่วย	คิดเป็นร้อยละ
1. Acute PID	50	15.8
2. Abortion	36	11.4
3. Acute ectopic pregnancy	9	2.8
4. Twisted tubo-ovarian Complex	8	2.5
5. Ruptured corpus luteum Cyst	4	1.3
6. Puerperal infection	2	0.6
7. Pregnancy with acute appendicitis	2	0.6

หมายเหตุ Abortion ในที่นี้ไม่ได้รวมผู้ป่วยซึ่งเป็น Incomplete และ Inevitable abortion ซึ่งอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ เนื่องจากหลังจากทำการขูดมดลูกให้แล้ว ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนก็จะให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

ตารางที่ 6 สาเหตุของอาการปวดท้องน้อยชนิดเรื้อรังจากการตรวจด้วยกล้องส่องตรวจดูภายในช่องท้อง

การวินิจฉัย	จำนวนผู้ป่วย	คิดเป็นร้อยละ
Chronic PID	9	56.3
Normal pelvis	6	37.5
Chronic ectopic	1	6.2
รวม	16	100

หมายเหตุ เกือบทั้งหมดของผู้ป่วยซึ่งให้การวินิจฉัยว่าเป็น Chronic PID นี้วินิจฉัยจากการตรวจพบมีพังคืดภายในอุ้งเชิงกรานโดยตรวจไม่พบ Endometriosis

วิจารณ์

อาการปวดท้องน้อยพบเป็นอาการสำคัญ หรืออาการซึ่งนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกนรีเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มากที่สุด ก็คือคิดเป็นร้อยละ 33.6 หรือประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มารับตรวจที่ห้องตรวจนรีเวช (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1)

สาเหตุของอาการปวดท้องน้อยในสตรีมีหลายอย่าง แต่พอจะแบ่งเป็นสาเหตุใหญ่ ๆ ได้ 5 อย่าง คือ

1. มีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อหน้าท้อง
2. มีสาเหตุจากระบบทางเดินอาหาร
3. มีสาเหตุจากระบบทางเดินปัสสาวะ
4. มีสาเหตุจากระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี
5. อื่น ๆ ซึ่งพบได้น้อยมาก เช่น Aortic aneurysm, Porphyria, Sickle cell anemia ฯลฯ

ซึ่งจะไม่ขอกล่าวในที่นี้

อาการปวดท้องน้อยซึ่งมีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อหน้าท้อง มักจะเป็นหลังจากไปทำงานหนัก ยกของหนัก หรือได้รับการกระทบกระแทกถูกของแข็ง และอาการปวดจะเป็นมากขึ้นเมื่อให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง

อาการปวดท้องน้อยซึ่งมีสาเหตุจากระบบทางเดินอาหาร พบได้น้อยมากในสตรีชาวอีสาน เนื่องจากชนบทรูปร่างเพรียวซึ่งชอบรับประทานอาหารรสจัด ของดิบ ๆ สุก ๆ หรือของหมักดอง โดยที่อาการปวดจากระบบทางเดินอาหารนี้ มักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร และในผู้ป่วยบางรายอาจพบมีอาการท้องผูก หรือท้องร่วงร่วมด้วย

อาการปวดท้องน้อยซึ่งมีสาเหตุจากระบบทางเดินปัสสาวะ ก็พบได้น้อยในสตรีชาวอีสาน

เนื่องจากน้ำดีมีความกระด้างสูง ทำให้เกิดน้ำได้ง่ายและสตรีบางคนชอบกลั้นปัสสาวะบ่อย ๆ อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอักเสบในระบบทางเดินปัสสาวะได้ ผู้ป่วยซึ่งมีความผิดปกติในระบบนี้ มักมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัด ปัสสาวะขุ่นหรือมีเลือดปน

ถ้าผู้ป่วยนั้นไม่มีประวัติหรืออาการดังกล่าวข้างต้น อาการปวดท้องน้อยนั้นก็มักมีสาเหตุมาจากระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เนื่องจากอาการปวดในระบบนี้มักไม่มีลักษณะจำเพาะ คือ อาจปวดตรงกลางท้องน้อย ปวดข้าง ๆ ท้องน้อย หรือปวดทั่วทั้งท้องน้อยก็ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการปวดร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณเอวหรือหลัง รวมทั้งต้นขาได้ด้วย (บริเวณซึ่งเลี้ยงด้วยเส้นประสาท T 10-12 และ L₁)

อาการปวดท้องน้อยซึ่งมีสาเหตุจากระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีนั้น ผู้เขียนได้ทำการแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดเฉียบพลัน คือ ปวดอย่างรุนแรงและกระตั้นหัน และชนิดเรื้อรัง คือ ปวดเป็น ๆ หาย ๆ มานานแล้ว ซึ่งอาการปวดท้องน้อยทั้งสองชนิดนี้มีสาเหตุแตกต่างกันอย่างมาก

อาการปวดท้องน้อยชนิดเฉียบพลันทางนรีเวชนั้น ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ร่วมกับอาการอื่น เช่น ไข้สูงหนาวสั่น ในผู้ป่วยที่เป็นอู้งเชิงกรานอักเสบ (Acute PID) ตกเลือดในผู้ป่วยที่แท้งบุตร (Abortion) หน้ามืด-เป็นลม หรือช็อก ในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) หรือมีการแตกของรังไข่ (Ruptured corpus luteum cyst) และกล่าวพบได้ก่อนในผู้ป่วยที่มีการบิดตัวของอุ้งน้ำรังไข่ (Twisted Tubo-ovarian cyst) เป็นต้น (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5)

การวินิจฉัย และรักษา ต้องรีบกระทำอย่างรวดเร็ว พร้อมๆ กันไป การวินิจฉัยที่ล่าช้าหรือผิดพลาด อาจทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานเจ็บปวดอยู่นาน หรืออาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้

ผู้เขียนมีความรู้สึกว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหาในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดท้องน้อยชนิดนี้ ผู้เขียนจึงไม่ขอวิจารณ์ในส่วนนี้

ส่วนอาการปวดท้องน้อยชนิดเรื้อรังทางบริเวณนั้น ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยประวัติว่ามีอาการปวดท้องน้อยเป็นๆ หายๆ มานานแล้ว และบางครั้งอาจมีอาการปวดเอวและหลังรวมทั้งต้นขาด้วย อาการปวดมักไม่รุนแรง แต่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจขึ้นโดยมักเกรงไปว่าอาจเกิดมีมะเร็งหรือเนื้องอกขึ้นในอวัยวะสืบพันธุ์ของตน และพบอยู่เสมอว่าผู้ป่วยบางรายซึ่งมีอาการปวดท้องน้อยนั้น มาพบแพทย์เพียงเพื่อตรวจให้แน่ใจว่าตนเองไม่มีเนื้องอกหรือมะเร็งเท่านั้น

การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจภายในอย่างละเอียดถี่ถ้วน รวมทั้งอาจต้องการการตรวจพิเศษบางอย่างเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคด้วย เช่น การใช้กล้องส่องตรวจดูภายในช่องท้อง (Laparoscope) เป็นต้น

ผู้ป่วยซึ่งมีอาการดังกล่าว บางครั้งเราอาจให้การวินิจฉัยได้เลย ตั้งแต่ในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ เช่น ให้การวินิจฉัยว่าเป็น เนื้องอกมดลูก เนื้องอกรังไข่ มดลูกหย่อน หรือแม้กระทั่งมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งของรังไข่ เป็นต้น (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 และ 3)

แต่ส่วนใหญ่แล้ว ก็ประมาณร้อยละ 65 ของผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดท้องน้อยชนิดนี้ (ตารางที่ 2) แพทย์มักตรวจไม่พบสาเหตุของอาการปวด

ท้องน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยซึ่งให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบในตารางที่ 2 นั้น ก็มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น คือพบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง ให้การวินิจฉัยว่าเป็นอุ้งเชิงกรานอักเสบ และให้ยาปฏิชีวนะไปรับประทาน ทั้งๆ ที่ตรวจไม่พบความผิดปกติใด ๆ

นอกจากนี้ ผู้ป่วยซึ่งให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมดลูกหย่อนในตารางที่ 2 และ 3 นั้น อาจไม่ใช่สาเหตุของอาการปวดท้องน้อยก็ได้ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดท้องน้อย และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น 1° Prolapsed uteri นั้น หลังผ่าตัดพบมีโรคอื่นร่วมด้วยถึงประมาณร้อยละ 60 ซึ่งถ้ามีการตรวจผลทางพยาธิวิทยาให้ละเอียดยิ่งขึ้น อาจพบอุบัติการณ์มากกว่านี้

ในกรณีซึ่งแพทย์ตรวจไม่พบความผิดปกติจากการตรวจตามปกติ การตรวจด้วยกล้องส่องตรวจภายในช่องท้องถือว่าการตรวจพิเศษที่สำคัญ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคให้แน่นอน^(3,4)

จากผลของการตรวจด้วยกล้องส่องตรวจภายในช่องท้องตามรายงานนี้ ซึ่งพบโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเรื้อรังร้อยละ 56 ตามตารางที่ 6 นั้น เกือบทั้งหมดวินิจฉัยจากการตรวจพบมีพังผืดให้อุ้งเชิงกราน โดยไม่พบสิ่งผิดปกติอื่น ซึ่งจากการศึกษาของ Rapkin⁽⁵⁾ กล่าวว่า การมีพังผืดในอุ้งเชิงกรานไม่น่าเป็นสาเหตุของอาการปวดท้องน้อย

ดังนั้นเมื่อรวมกับผลการตรวจซึ่งได้ผลปกติอีกร้อยละ 38 อาจกล่าวได้ว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง และตรวจไม่พบความผิดปกติจากการตรวจตามปกติก็ตรวจไม่พบโรค (ซึ่งพอจะบ่งบอกถึงสาเหตุของอาการปวดท้องน้อยได้) จากการตรวจด้วยกล้องส่องตรวจดูภายในช่องท้อง

จากรายงานอื่นก็พบผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง แต่ตรวจด้วยกล้องส่องตรวจดูภายในช่องท้องแล้วพบว่าปกติ (ไม่รวมอุ้งเชิงกรานอักเสบเรื้อรัง และพังผืดในอุ้งเชิงกราน) ได้ประมาณร้อยละ 50^(4,6) และจากการตัดมดลูกออก (Hysterectomy) เพื่อรักษาอาการปวดท้องน้อยแล้วพบว่าปกติได้ร้อยละ 12⁽⁷⁾

Duncan และ Taylor⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษาสตรีกลุ่มใหญ่ ซึ่งมีอาการปวดท้องน้อยและตรวจไม่พบความผิดปกติใดๆ เขาแสดงให้เห็นว่า เมื่อสตรีมีอาการวิตกกังวล จะมีการเพิ่มของการไหลเวียนเลือดที่ช่องคลอด ซึ่งการมีภาวะดังกล่าวอยู่นานๆ ทำให้เกิดการค้างของเลือดภายในอุ้งเชิงกราน ซึ่งเป็นเหตุทำให้เกิดอาการปวดท้องน้อยได้ เขาจึงสรุปว่า อาการปวดท้องน้อยในสตรีอาจเกิดจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์และจิตใจได้ (Psychosomatic) ซึ่งในระยะต่อมาได้มีการวิจัยซึ่งสนับสนุนความเห็นของเขาอีกหลายรายงาน^(6,9)

ในทางปฏิบัติ ผู้เขียนมีความเห็นคล้ายคลึงกับของ Hyslop⁽¹⁰⁾ นั่นคือสตรีซึ่งมีอาการปวดท้องน้อย และตรวจไม่พบความผิดปกติ (โดยวินิจฉัยแยกโรคทางระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินอาหารออกไปแล้ว) ผู้เขียนจะให้การวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางอารมณ์หรือจิตใจ และให้ยาประเภทกล่อมประสาท เช่น ไดอาซีแพม ไปรับประทาน ร่วมกับยาระงับปวดรับประทานเมื่อมีอาการ

แต่ถ้าให้การรักษาดังวิธีนี้แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น คงมีอาการเหมือนเดิมอยู่ตลอดเป็นเวลา 6 เดือน ผู้เขียนก็มักจะแนะนำให้สตรีนั้นรับการตรวจด้วยกล้องส่องตรวจดูภายในช่องท้อง เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน

การใช้ระยะเวลา 6 เดือน เนื่องจากรายงานของ Kresch และคณะ⁽¹¹⁾ กล่าวว่าไว้ว่าอาการปวด

ท้องน้อยของผู้ป่วยบางราย อาจหายไปได้เองในช่วงระยะเวลาดังกล่าว โดยไม่ต้องให้การรักษาอะไร และผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดท้องน้อยในตำแหน่งเดียวกัน เป็นเวลานานเกิน 6 เดือน มักตรวจพบมีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งในอุ้งเชิงกรานด้วยกล้องส่องตรวจดูภายในช่องท้อง

สรุป

อาการปวดท้องน้อยในสตรีทางนรีเวช ถ้าเป็นชนิดเฉียบพลันมักมีสาเหตุจากโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบ (Acute PID) แต่ถ้าเป็นชนิดเรื้อรังมักมีสาเหตุมาจากสภาพความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ (Psychosomatic)

References

1. Editorial. Enigmatic pelvic pain. Br Med J 1978 ; 1644 : 1041.
2. Mills WG. The enigma of pelvic pain. J Royal Soc Med 1978 ; 71 : 257-260.
3. Goldstein DP, de Cholnoky C, Leventhal JM, et al. New insights into the old problem of chronic pelvic pain. J Pediatr Surg 1979 ; 14 : 675-679.
4. Lundberg WI, Wall JE, Mathers JE. Laparoscopy in evaluation of pelvic pain. Obstet Gynecol 1973 ; 42 : 872-876.
5. Rapkin AJ. Adhesions and pelvic pain : A retrospective study. Obstet Gynecol 1986 ; 68 : 13-15.
6. Beard RW, Belsey EM, Lieberman BA, et al. Pelvic pain in women. Am J Obstet Gynecol 1977 ; 128 : 566-570.
7. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The collaborative review of sterilization. Am J Obstet Gynecol 1982 ; 144 : 842.
8. Duncan CH, Taylor HC. A psychosomatic study of pelvic pain congestion. Am J Obstet Gynecol 1952 ; 64 : 1-12.
9. Reading AE. A critical analysis of psychological factors in the management and treatment of chronic pelvic pain. Int J Psychiatry Med 1982 ; 12 : 129-139.
10. Hyslop RS. Some thoughts on pelvic pain. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1972 ; 12 : 40-42.
11. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs Lb, et al. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 1984 ; 113 : 672-674.
12. Renaer M, Vertommen H, Higs P, et al. Psychological aspects of chronic pelvic pain in women. Am J Obstet Gynecol 1979 ; 134 : 75-80.