

คู่มือปฏิบัติทางการแพทย์ สำหรับการดูแลสุขภาพเพื่อการแท้งที่ปลอดภัย

Clinical practice handbook for safe abortion care

สุขภาพดี
เริ่มต้นที่นี่ 

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือ

ปฏิบัติการทางคลินิกสำหรับการดูแลคุณภาพ
เพื่อการแท้งที่ปลอดภัย

Clinical practice handbook for
safe abortion care



กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือปฏิบัติการทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพเพื่อการแท้งที่ปลอดภัย
Clinical practice handbook for safe abortion care

ISBN : 987-616-11-2453-3

บรรณาธิการ : อรวรรณ ศิริวัฒน์
อรรรณพ ใจสำราญ
สัญญา ภัทรชัย
กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง
บุญฤทธิ์ สุขรัตน์
รัชฉันท พันตรา

พิมพ์ครั้งที่ 1 : จำนวน 2,000 เล่ม

จัดพิมพ์โดย : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข
โทร, 0-2590-4167, 0-2590-4168

พิมพ์ที่ : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม

คำนำ

การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เป็นปัญหาที่ซับซ้อนละเอียดอ่อน มีความเชื่อมโยงกับปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ ศาสนา จริยธรรม ความเชื่อค่านิยม วัฒนธรรมการเมือง กฎหมายและอื่น ๆ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและตายของมารดา องค์การอนามัยโลกประมาณว่าในแต่ละปีมีการทำแท้งทั่วโลกประมาณ 46 ล้านคน ประมาณ 20 ล้านคนเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและมีสตรีเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยปีละประมาณ 70,000 คน โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 95 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วย กรมอนามัยในฐานะที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือปฏิบัติการทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพเพื่อการแท้งที่ปลอดภัย (Clinical practice handbook for safe abortion care) ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล โดยได้รับความกรุณาจากอาจารย์แพทย์ ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ในการร่วมนิพนธ์และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา กรมอนามัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งมา ณ โอกาสนี้

กรมอนามัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลสุขภาพสตรีเกี่ยวกับการแท้ง และเพื่อให้สตรีสามารถเข้าถึงบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและตายของสตรีจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

คณะผู้จัดทำ

บทนำ

การแท้งและภาวะแทรกซ้อน จัดเป็นองค์ประกอบสำคัญ 1 ใน 10 งาน ในขอบเขตงานด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ของประเทศไทย จากการศึกษาและสถานการณ์ต่าง ๆ พบว่า จำนวนการแท้งในแต่ละปีสูงมาก และส่วนมากเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพอนามัยของสตรีเป็นจำนวนมาก สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยเพื่อลดอัตราการป่วย การตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และเล็งเห็นความสำคัญในด้านนี้ จึงจัดทำคู่มือปฏิบัติการทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพเพื่อการแท้งที่ปลอดภัย (Clinical practice handbook for safe abortion care) ขึ้น โดยคาดหวังว่า แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลสุขภาพสตรีเกี่ยวกับการแท้งนำไปใช้เป็นคู่มือแนวทางในการจัดบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและดูแลสตรีเกี่ยวกับการแท้ง ในคู่มือเล่มนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วน คือ

ส่วนแรกเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์การแท้ง ประกอบด้วยสถานการณ์การแท้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย ปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัย และประสบการณ์การผลักดันการแท้งที่ปลอดภัยในประเทศไทย

ส่วนที่ 2 เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับกฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ประกอบด้วยการให้คำปรึกษายุติการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา ประสบการณ์การให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ ประสบการณ์การให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์การตรวจติดตามและประสบการณ์การให้บริการยุติการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 4 เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการและระบบการส่งต่อ ประกอบด้วยนโยบาย มาตรฐาน และแนวทางปฏิบัติ

ส่วนที่ 5 เป็นบทสรุปของคู่มือปฏิบัติการทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพเพื่อการแท้งที่ปลอดภัย (Clinical practice handbook for safe abortion care)

สุดท้าย ในส่วนภาคผนวกเป็นร่างแบบฟอร์มรายงานการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยามิฟพริสโตนและไมโซโพรสโตลบรรจุในแผงเดียวกันสำหรับโรงพยาบาล แนวทางสำรวจสถานพยาบาลก่อนอนุมัติขึ้นทะเบียนสำหรับใช้ยามิฟพริสโตนและไมโซโพรสโตลบรรจุในแผงเดียวกัน และแบบฟอร์มรายงานการจัดซื้อและควบคุมกำกับปริมาณยามิฟพริสโตนและไมโซโพรสโตลบรรจุในแผงเดียวกันสำหรับสถานพยาบาล ซึ่งเอกสารนี้สามารถนำไปใช้และอ้างอิงในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพสตรีเกี่ยวกับการแท้ง ได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง

คู่มือฉบับนี้สำเร็จลงได้ ต้องขอขอบคุณผู้นิพนธ์และทีมงานที่จัดเตรียมต้นฉบับ คณะบรรณาธิการ หวังว่าคู่มือปฏิบัติการทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพเพื่อการแท้งที่ปลอดภัย (Clinical practice handbook for safe abortion care) จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการวางแผนนโยบายในการพัฒนาระบบบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลสุขภาพสตรีเกี่ยวกับการแท้ง เพื่อนำไปปฏิบัติเพื่อการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในอนาคต

อรรรรณ	ศิริวัฒน์
อรรณพ	ใจสำราญ
สัญญา	ภัทราชัย
กิตติพงศ์	แซ่เจ็ง
บุญฤทธิ์	สุขรัตน์
ฉันท	พันตรา

รายนามผู้นิพนธ์

กำแหง จาตุรจินดา

พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ-นรีเวช), ว.ว. (สูติ-นรีเวช)
ประธานมูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี
(แห่งประเทศไทย) สอส.

กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง

พ.บ., ส.ม., ว.ว. (ระบาดวิทยา)
M.P.H., Antwerp Belgium
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

ธนพันธ์ ชูบุญ

พ.บ., ว.ว. (สูติ-นรีเวช)
อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รัชณ์ท์ พันตรา

วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)
วท.ม. (โรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

สัญญา ภัทรราชัย

พ.บ., อ.ว. (สูติ-นรีเวช), M.P.H.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เรืองกิตติ์ ศิริกาญจนกุล

พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน(สาธารณสุข)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านสาธารณสุข)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กรมอนามัย

ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ

น.บ. (เกียรตินิยมอันดับสอง),
น.บ.ท.(สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา)
น.ม.(สาขากฎหมายอาญา)
LL.M. (Master of Law, University of Pennsylvania, U.S.A.)
Diplôme d'Etude Approfondies de sciences criminelles
ปริญญาเอก (เกียรตินิยม) Doctorat en droit pénal mention
très honorable, l'Université de Nancy II, France
ศาสตราจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<p>พิษณุ ชันติพงษ์</p>	<p>พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ-นรีเวช), ว.ว. (สูติ-นรีเวช), หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กเขต ๑ (๑๕-๑๖) ปี ๒๕๔๒-๒๕๕๔ ประธานกรรมการสหวิชาชีพศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี ที่ถูกกระทำรุนแรง จ.เชียงใหม่ ประธานองค์กรสาธารณสุขที่ไม่แสวงหาผลกำไร ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตวัยรุ่น”บ้านสกุล” ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน</p>
<p>บุญฤทธิ์ สุจริตน์</p>	<p>พ.บ., ว.ว. (สูติ-นรีเวช) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>นงลักษณ์ บุญไทย</p>	<p>พยาบาลศาสตร์ ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาอนามัยครอบครัว ผู้จัดการมูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี (แห่งประเทศไทย) สอส.</p>
<p>ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล</p>	<p>พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), ป. ชั้นสูง (สูติ-นรีเวช), ว.ว. (สูติ-นรีเวช), อ.ว. (เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์) รองศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น</p>
<p>อรรณพ ใจสำราญ</p>	<p>พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ-นรีเวช), ว.ว. (สูติ-นรีเวช) รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>
<p>อรรวรรณ ศิริวัฒน์</p>	<p>พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ-นรีเวช). ว.ว. (สูติ-นรีเวช) รองศาสตราจารย์ หัวหน้าสาขาวิชาวิจัยอนามัยการเจริญพันธุ์ และวางแผนครอบครัว ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รองประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชุด พ.ศ. 2547-2549</p>

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
บทนำ	ii
รายนามผู้นิพนธ์	iii
สารบัญ	
สารบัญตาราง	
สารบัญภาพ	
รายการคำย่อ	
ส่วนที่ 1 การแท้งที่ปลอดภัยในประเทศไทย	
บทที่ 1 สถานการณ์การแท้งในประเทศไทย	3-15
กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง	
บุญฤทธิ สุขรัตน์	
ธัชฌ์ท พันตรา	
อรรรรณ ศิริวัฒน์	
บทที่ 2 ปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัย และประสบการณ์การผลักดันการแท้งที่ปลอดภัยในประเทศไทย	17-26
กำแหง จาตุรจินดา	
นงลักษณ์ บุญไทย	
ส่วนที่ 2 กฎหมายและข้อบังคับต่างๆ	
บทที่ 3 กฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์	29-34
ทวิเกียรติ มีนะกนิษฐ	
ส่วนที่ 3 การให้บริการยุติการตั้งครรภ์	
บทที่ 4 การให้คำปรึกษายุติการตั้งครรภ์และการใช้ยาปฏิชีวนะ	37-46
ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล	
อรรรรณ ศิริวัฒน์	

	หน้า
บทที่ 5 การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา สัญญา ภัทรราชัย วรรณภา นาราเวช	47-63
บทที่ 6 ประสบการณ์การให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา อรรณพ ใจสำราญ	65-72
บทที่ 7 การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีทางสูติศาสตร์หัตถการ ชนพันธ์ ชูบุญ	73-82
บทที่ 8 ประสบการณ์การให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีทางสูติศาสตร์หัตถการ เรื่องกิตต์ ศิริกาญจนกุล	83-86
บทที่ 9 การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ และการตรวจติดตาม อรรณพ ใจสำราญ อรวรรณ ศีรีวัฒน์	87-94
บทที่ 10 ประสบการณ์การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ พิชญ์ ชันติพงษ์	95-100

ส่วนที่ 4 การบริหารจัดการ และระบบการส่งต่อ

บทที่ 11 การบริหารจัดการ และระบบการส่งต่อ เรื่องกิตต์ ศิริกาญจนกุล	103-118
---	---------

ส่วนที่ 5 บทสรุป

บทที่ 12 บทสรุป อรวรรณ ศีรีวัฒน์	121-126
-------------------------------------	---------

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มรายงานการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์	127-128
ภาคผนวก 2 แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยามิฟิพริสโตนและไม่ไฮโปรสตอลบรรจุในแผงเดียวกัน สำหรับสถานพยาบาล	129-130
ภาคผนวก 3 แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยามิฟิพริสโตนและไม่ไฮโปรสตอลบรรจุในแผงเดียวกัน สำหรับสถานพยาบาล	131-132
ภาคผนวก 4 แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยามิฟิพริสโตนและไม่ไฮโปรสตอลบรรจุในแผงเดียวกัน สำหรับสถานพยาบาล	133-134

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1-1	จำนวนและร้อยละผู้ป่วยแท้งทั้งหมด จำแนกตามประเภทการแท้งปี พ.ศ. 2556	8
ตารางที่ 1-2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทำแท้งจำแนกตามเหตุผลในการทำแท้งและข้อมูลทั่วไป ปี พ.ศ. 2556	9
ตารางที่ 1-3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทำแท้งจำแนกตามเหตุผลในการทำแท้ง ข้อมูลการตั้งครรภ์และการแท้ง ปี พ.ศ. 2556	11
ตารางที่ 1-4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทำแท้งจำแนกตามเหตุผลในการทำแท้ง และผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำแท้ง ปีพ.ศ. 2556	12
ตารางที่ 1-5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทำแท้งจำแนกตามเหตุผลในการทำแท้ง ผู้ให้บริการทำแท้งและวิธีการทำแท้ง ปี พ.ศ. 2556	13
ตารางที่ 5-1	การใช้ Mifepristone และ Misoprostol ในอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์	55
ตารางที่ 9-1	ภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์และการดูแลรักษา	91
ตารางที่ 9-2	สรุปเกณฑ์ในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว หลังแท้งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก	92
ตารางที่ 9-3	สรุปคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในการพิจารณาทำหมันในสตรีหลังแท้ง	94

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1-1 ร้อยละการกระจายของผู้หญิงอายุ 15-44 ปี, การเกิด, การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย และ การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย จำแนกตามภูมิภาค ปี 2551	7
รูปที่ 1-2 อัตราการเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยต่อจำนวนผู้ทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย 100,000 คน จำแนกตามภูมิภาคต่างๆ ปี 2551	7
รูปที่ 2-1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย	20
รูปที่ 2-2 ขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย	22
รูปที่ 5-1 เปรียบเทียบโครงสร้างของ progesterone, Mifepristone และ norethindrone	52
รูปที่ 6-1 mifepristone และ misoprostol ที่บรรจุในแผงเดียวกัน Medabon®	70
รูปที่ 7-1 แสดงลักษณะตัวอย่างของ MVA และปลอกหัวดูด	78
รูปที่ 7-2 แสดงตำแหน่งของวาล์ว ขณะกำลังดึงด้ามกระบอกเพื่อลดความดัน	79
รูปที่ 7-3 แสดงลักษณะของเนื้อเยื่อรกจากการดูดในโพรงมดลูก	80
รูปที่ 7-4 แสดงภาพ stone forceps	81
รูปที่ 11-1 แผนผังขั้นตอนการให้บริการบริการยุติการตั้งครรภ์	117

รายการคำย่อ

CPR	Contraceptive Prevalence Rate
TFR	Total Fertility Rate
UNDP	United Nations Development Programme
ICPD	International Conference on Population and Development
MDGs	Millennium Development Goals
CEDAW	Convention on the Elimination of All Form of Discrimination Against Women
HIV	Human Immunodeficiency Virus
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
MTOP	Medical Termination of Pregnancy
RU486	Mefepristone
STOP	Surgical Termination of Pregnancy
MVA	Manual Vacuum Aspiration
D&C	Dilatation and Curettage
D&E	dialtation and evacuation
EVA	Electric Vacuum Aspiration
NSAID	Non-steroidal anti-inflammatory drugs
FDA	Food and Drug Administration
FSH	Follicle Stimulating Hormone
LH	Luteinizing Hormone
ACTH	Andrenocorticotrophin หรือ Adrenocorticotrophic hormone
WHO	World Health Organization
FIGO	Federation International of Obstetricians and Gynecology

MTP	Medical Termination of Pregnancy
CIC	combined injectable contraceptive
COC	combined oral contraceptive
DMPA	depot medroxyprogesterone acetate
IUD	intrauterine device
LNG/ETG	progestogen-only implants
POP	progestogen-only pill

ส่วนที่ 1

* สถานการณ์การแก้งในประเทศไทย

* ปัญหาการแก้งที่ไม่ปลอดภัย

และประสบการณ์การผลักดันการแก้ง
ที่ปลอดภัยในประเทศไทย

บทที่ 1

สถานการณ์การแข่งในประเทศไทย

กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง
บุญฤทธิ์ สุขรัตน์
ธัชณัท พันตรา
อรวรรณ คีรีวัฒน์

คำนำ

สถานการณ์การแข่งในต่างประเทศ

สถานการณ์การแข่งในประเทศ

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 1

สถานการณ์การแท้งในประเทศไทย

กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง
บุญฤทธิ์ สุขรัตน์
ธัชณัท พันธตรา
อรวรรณ ศิริวัฒน์

คำนำ

ปัญหาการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย เกือบทั้งหมดจะมีสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน ทำให้ผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ต่อไปจนคลอด จนต้องหาทางยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการต่าง ๆ เมื่อไม่สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ก็จะเป็นสาเหตุที่นำหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ปัญหาการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยพบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่ปัญหามักจะพบมากเป็นพิเศษในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นมีความแตกต่างกับวัยผู้ใหญ่หลาย ๆ ด้าน ทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมักจะน้อยกว่าผู้ใหญ่ วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความอยากรู้อยากทดลองในสิ่งใหม่ ๆ มีความคิดในเรื่องความรักที่เพื่อน พยายามพิสูจน์ความสามารถให้เพศตรงข้ามพอใจ จากการศึกษาพฤติกรรมใน 20 ประเทศที่กำลังพัฒนาในทวีปแอฟริกา เอเชีย และลาตินอเมริกา ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นจะเริ่มมีพฤติกรรมทางเพศมากขึ้นแตกต่างกันไปแล้วแต่ตัวบุคคล และมักจะละเลยการคุมกำเนิดรวมถึงการใช้ถุงยางอนามัย⁽¹⁾ จากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชั้น ม.2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง เฉลี่ย 15 ปี และใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 61.2 ในเพศชาย และร้อยละ 64.1 ในเพศหญิง นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2 เพศชายมีอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 17 ปี และใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 59.3 เพศหญิงเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.5 ปี และใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 58.8⁽²⁾ จะเห็นได้ว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 60 ของนักเรียนทั้งเพศหญิงและเพศชายเท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้แล้วการสื่อสารในยุคปัจจุบันมีความรวดเร็วและเข้าถึงง่าย การหลงใหลของวัฒนธรรมตะวันตก การยอมรับโดยไม่ไตร่ตรอง ทำให้วัยรุ่นมีความคิดมีทัศนคติในเรื่องเพศที่เปลี่ยนไป คิดว่าการเสียตัวเป็นเรื่องไม่เสียหาย นำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการทำแท้งที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น⁽³⁾

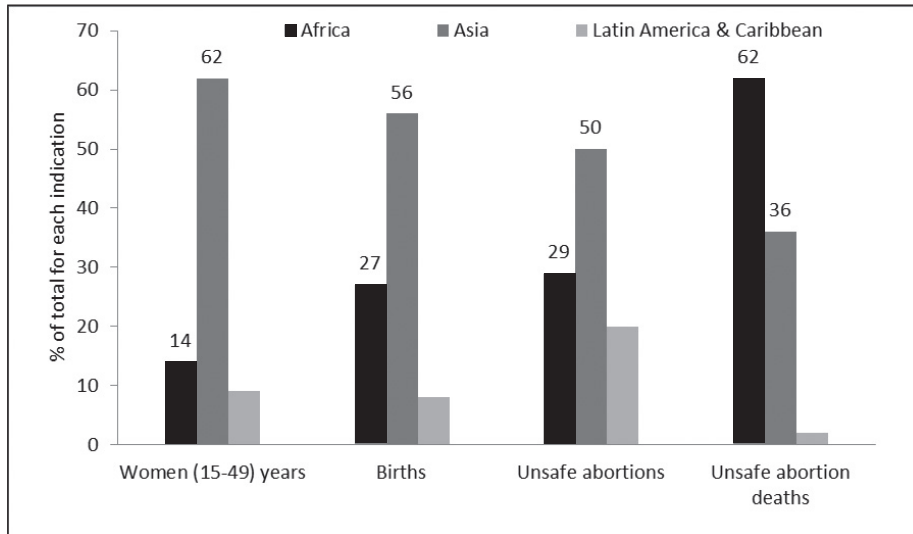
ปัจจุบันในแต่ละปี ประเมินการว่าประเทศไทยมีสตรีตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่า 1 ล้านคน แต่กลับคลอดออกมาเป็นทารกมีชีวิตเพียงประมาณ 8 แสนรายเท่านั้น อีกหลายแสนรายต้องยุติไปด้วยการทำแท้งหรือการแท้งเอง ในแต่ละปี มีการเกิดจากเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งน่าจะถือได้ว่าอยู่ในวัยที่ยังไม่พร้อมจะเป็นแม่ประมาณ 3,700 ราย และเกือบ 130,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 16 ของการคลอดทั้งหมดเกิดจากการตายอายุต่ำกว่า 20 ปี⁽³⁾ ในจำนวนนี้เป็นการคลอดจากสตรีที่ยังไม่ถึงว่าเป็นผู้ใหญ่ตามกฎหมายหรืออายุน้อยกว่า 18 ปี ประมาณ 84,000 ราย (ร้อยละ 10.4 ของการเกิดทั้งหมด)⁽⁴⁾

สถานการณ์การแท้งในต่างประเทศ

ในแต่ละปีมีผู้หญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกประมาณ 208 ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณ ร้อยละ 59 หรือ 123 ล้านคน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งใจตั้งครรภ์หรือมีการวางแผนมาก่อนว่าจะตั้งครรภ์ นำไปสู่การคลอด, การแท้งเอง (miscarriage) หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ (stillbirth) ที่เหลือร้อยละ 41 หรือ 85 ล้านคน เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ในปัจจุบันอัตราการตั้งครรภ์ทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงจาก 160 ต่อจำนวนผู้หญิงอายุ 15-44 ปี 1,000 คน ในปี 2538 เป็น 134 ต่อจำนวนผู้หญิงอายุ 15-44 ปี 1,000 คน ในปี 2551 อัตราการตั้งครรภ์ที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจลดลงจาก 91 และ 69 ต่อจำนวนผู้หญิงอายุ 15-44 ปี 1,000 คน ในปี 2538 เป็น 79 และ 55 ต่อจำนวนผู้หญิงอายุ 15-44 ปี 1,000 คน ในปี 2551 ตามลำดับ และที่สำคัญที่สุดคือ อัตราการทำแท้งลดลงจาก 35 ต่อจำนวนผู้หญิงอายุ 15-44 ปี 1,000 คน ในปี 2538 เป็น 26 ต่อจำนวนผู้หญิงอายุ 15-44 ปี 1,000 คน ในปี 2551 การลดลงส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการลดต่ำลงของอัตราการทำแท้งที่ปลอดภัยในขณะที่อัตราการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยยังคงค่อนข้างคงที่ คือ 14 ต่อจำนวนผู้หญิงอายุ 15-44 ปี 1,000 คน จำนวนการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 20 ล้านคนใน พ.ศ. 2546 เป็น 22 ล้านคนใน พ.ศ. 2551 ในขณะที่สัดส่วนของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 47 และร้อยละ 49 ในปี พ.ศ. 2546 และ 2551 ตามลำดับ⁽⁵⁾

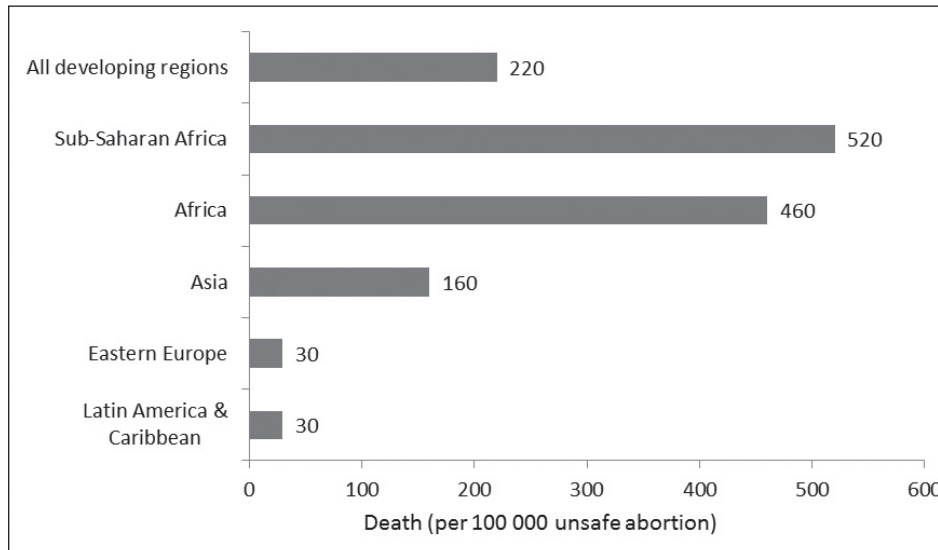
จากการประมาณการณโดยองค์การอนามัยโลกใน ปี พ.ศ. 2551 ทั่วโลกมีผู้หญิงทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย จำนวน 22 ล้านคน และประมาณ 47,000 คน เสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยโดยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) เกิดในประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายของมารดาสูงและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตามจำนวนการตายและทุพพลภาพที่มีสาเหตุมาจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยที่แท้จริงสามารถวัดได้ยาก เนื่องจากในหลายประเทศการตีตราและความกลัวที่จะถูกลงโทษตามกฎหมาย ทำให้รายงานเกี่ยวกับการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้การเสียชีวิตแล้วภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยอย่างอื่น ได้แก่ การตกเลือด มีการบาดเจ็บต่อช่องทางคลอด และการติดเชื้อ มีการประมาณว่าร้อยละ 20-30 ของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ และร้อยละ 20-40 ของการติดเชื้อเหล่านี้ เป็นการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ส่วนบน⁽⁵⁾

การเสียชีวิตของมารดาจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยของผู้หญิงในแอฟริกาสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ โดยในปี พ.ศ.2551 แอฟริกาซึ่งมีสัดส่วนประชากรหญิงอายุ 15-49 ปีคิดเป็นร้อยละ 14 ของทั่วโลก มีการคลอดทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 27 ของการคลอดทั้งหมด มีสัดส่วนของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยคิดเป็นร้อยละ 29 ของทั่วโลก แต่มีผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยสูงถึง ร้อยละ 62 ของผู้ที่เสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยทั่วโลก (รูปที่ 1-1) ความเสี่ยงของการเสียชีวิตที่เกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยมีความแตกต่างกันอย่างมากในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราการตายด้วยการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยสูงถึง 460, 520 และ 160 ต่อการทำแท้งไม่ปลอดภัย 100,000 ครั้ง ในแอฟริกา ประเทศแถบทะเลทรายซาฮารา และเอเชีย ตามลำดับ ขณะที่ประเทศในยุโรปตะวันออก และประเทศในแถบลาตินอเมริกาและแคริบเบียน มีอัตราการเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเพียง 30 ต่อการทำแท้งไม่ปลอดภัย 100,000 ครั้ง⁽⁵⁾ (รูปที่ 1-2)



รูปที่ 1-1 ร้อยละการกระจายของผู้หญิงอายุ 15-44 ปี, การเกิด, การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย จำแนกตามภูมิภาค ปี 2551

ที่มา : องค์การอนามัยโลก, 2555 ⁽⁵⁾



รูปที่ 1-2 อัตราการเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยต่อจำนวนผู้ทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย 100,000 คน จำแนกตามภูมิภาคต่างๆ ปี 2551

ที่มา : องค์การอนามัยโลก, 2555 ⁽⁵⁾

สถานการณ์การแท้งในประเทศไทย

กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ดำเนินงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์นั้นลงเนื่องจากการแท้งเอง ทำแท้ง หรือถูกทำให้แท้งทุกคน ทุกกลุ่มอายุ และทุกช่วงอายุครรภ์ ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 13 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สระบุรี ชลบุรี สมุทรปราการ นครปฐม นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี นครสวรรค์ พิษณุโลก เชียงราย นครศรีธรรมราช และจังหวัดสงขลา โดยเก็บข้อมูล 2 ช่วง คือ เดือนมิถุนายน (1-30 มิถุนายน) และเดือนธันวาคม (1-31 ธันวาคม) จากรายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า โรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จำนวน 85 แห่ง ใน 13 จังหวัด ผู้ป่วยที่ยินยอมตอบแบบสอบถามและสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 1,119 จำแนกเป็นผู้ป่วยแท้งเอง ร้อยละ 62.8 และผู้ป่วยทำแท้ง ร้อยละ 37.2 โดยในกลุ่มผู้ป่วยทำแท้ง สามารถจำแนกเป็นผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลด้านสุขภาพ ร้อยละ 15.4 และทำแท้งที่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว ร้อยละ 84.6 (ตารางที่ 1-1)

ตารางที่ 1-1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยแท้งทั้งหมด จำแนกตามประเภทการแท้งปี พ.ศ. 2556

ประเภทการแท้ง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยแท้งทั้งหมด	1,119	100.0
แท้งเอง	703	62.8
ทำแท้ง	416	37.2
ทำแท้งที่มีเหตุผลด้านสุขภาพ	64	15.4
ทำแท้งที่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว	352	84.6

ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2556⁽⁶⁾

ผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลด้านสุขภาพ จำนวน 64 ราย พบว่าเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี กลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 25 ปี ร้อยละ 14.1, 25.0 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ ผู้ป่วยทำแท้งกลุ่มนี้มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 91.9 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.6 (ตารางที่1-2)

ผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว จำนวน 352 ราย พบว่าเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 29.0 และร้อยละ 60.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 53.5 ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพและกำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 40.6 (ตารางที่ 1-2)

ตารางที่ 1-2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทำแท้งจำแนกตามเหตุผลในการทำแท้งและข้อมูลทั่วไป ปี พ.ศ. 2556

ข้อมูลทั่วไป	เหตุผลด้านสุขภาพ		เหตุผลด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	n = 64		n = 352	
< 15	1	1.6	3	0.9
15-19	8	12.5	99	28.1
20-24	7	10.9	111	31.5
25-29	17	26.6	44	12.5
30-34	13	20.3	56	15.9
35-39	8	12.5	23	6.5
40-44	8	12.5	16	4.5
≥ 45	2	3.1	0	0.0
$\bar{X} \pm S.D.$	29.6 ± 8.0		24.6 ± 7.2	
Min, Max	13, 45		13, 43	
สถานภาพสมรส	n = 64		n = 352	
โสด	5	8.1	185	53.5
คู่	57	91.9	142	41.0
หม้าย/ หย่า/ แยก	0	0.0	19	5.5
การศึกษา	n = 64		n = 341	
ไม่ได้เรียน	0	0.0	2	0.6
ประถมศึกษา	12	18.8	45	13.2
มัธยมศึกษา	30	46.9	167	49.0
อนุปริญญา	7	10.9	37	10.9
ปริญญาตรี	14	21.9	88	25.8
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.6	2	0.6

ตารางที่ 1-2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เหตุผลด้านสุขภาพ		เหตุผลด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	n = 64		n = 345	
กำลังศึกษา	4	6.3	140	40.6
แม่บ้าน	8	12.5	16	4.6
ค้าขาย หรือ ประกอบธุรกิจส่วนตัว	11	17.2	41	11.9
รับจ้าง	26	40.6	90	16.1
เกษตรกร	3	4.7	8	2.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	4.7	5	1.4
ลูกจ้างทั่วไป	5	7.8	24	7.0
ว่างงาน	4	6.3	21	6.1

หมายเหตุ ผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนตอบไม่ครบทุกหัวข้อ

ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2556 ⁽⁶⁾

ผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลด้านสุขภาพ ร้อยละ 60.3 ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ และร้อยละ 63.5 ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ ผู้ป่วยทำแท้งกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงร้อยละ 6.3 โดยภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือการตัดมดลูก ร้อยละ 25.0 (ตารางที่ 1-3)

ผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว ร้อยละ 67.5 ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 71.6 ไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ ผู้ป่วยทำแท้งกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงร้อยละ 6.0 โดยภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 23.8 (ตารางที่ 1-3)

ตารางที่ 1-3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทำแท้งจำแนกตามเหตุผลในการทำแท้ง ข้อมูลการตั้งครรภ์และการแท้ง ปี พ.ศ. 2556

การตั้งครรภ์และการแท้งครั้งนี้	เหตุผลด้านสุขภาพ		เหตุผลด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้	n = 63		n = 342	
ตั้งใจ	38	60.3	111	32.5
ไม่ตั้งใจ	25	39.7	231	67.5
การคุมกำเนิด (การตั้งครรภ์ครั้งนี้)	n = 63		n = 342	
ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดวิธีใด	40	63.5	245	71.6
ใช้การคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง	23	36.5	97	28.4
ภาวะแทรกซ้อน	n = 64		n = 350	
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	60	93.7	329	94.0
มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง*	4	6.3	21	6.0
ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด	3	75.0	14	66.7
ปากมดลูกฉีกขาด	0	0.0	0	0.0
อุ้งเชิงกรานอักเสบ	0	0.0	1	4.8
ติดเชื้อในกระแสเลือด	0	0.0	5	23.8
ช็อกจากการเสียเลือด	0	0.0	1	4.8
ช็อกจากการติดเชื้อ	0	0.0	1	4.8
ตัดมดลูก	1	25.0	0	0.0
มีเลือดออกมากในช่องคลอด	0	0.0	2	9.5

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

หมายเหตุ ผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนตอบไม่ครบทุกหัวข้อ

ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2556⁽⁶⁾

ผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลด้านสุขภาพ ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำแท้งครั้งนี้ คือตัวผู้ป่วยเอง ร้อยละ 100.0 รองลงมาคือ แพทย์/พยาบาล ร้อยละ 95.8 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำแท้งครั้งนี้ คือตัวผู้ป่วยเอง ร้อยละ 73.2 รองลงมาคือสามี/เพื่อนชาย ร้อยละ 20.8 (ตารางที่ 1-4)

ตารางที่ 1-4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทำแท้งจำแนกตามเหตุผลในการทำแท้ง และผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำแท้ง ปีพ.ศ. 2556

ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำแท้งครั้งนี้	เหตุผลทางการแพทย์		ไม่ใช่เหตุผลทางการแพทย์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำแท้งครั้งนี้*	n = 48		n = 351	
ผู้ป่วยเอง	48	100.0	257	73.2
สามี/ เพื่อนชาย	0	0.0	73	20.8
พ่อ/ แม่	0	0.0	21	0.6
พี่/ น้อง	0	0.0	7	2.0
ญาติ	0	0.0	5	1.4
เพื่อน/ เพื่อนบ้าน	0	0.0	4	1.1
ครู/ อาจารย์	0	0.0	0	0.0
แพทย์/ พยาบาล	46	95.8	2	0.6
อื่นๆ	0	0.0	1	0.3

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

หมายเหตุ ผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนตอบไม่ครบทุกหัวข้อ

ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2556 ⁽⁶⁾

ผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลด้านสุขภาพ ร้อยละ 100.0 ทำแท้งโดยแพทย์ โดยวิธีการทำแท้งที่ใช้มากที่สุดคือเหน็บยาเข้าทางช่องคลอด ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือใช้เครื่องมือขูดออกทางช่องคลอดร้อยละ 32.1 (ตารางที่ 1-5)

ผู้ป่วยทำแท้งที่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว ร้อยละ 90.8 ทำแท้งโดยผู้อื่น และทำแท้งโดยแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 83.6 วิธีการทำแท้งที่ใช้มากที่สุดคือใช้เครื่องสุญญากาศขูดออกทางช่องคลอด ร้อยละ 79.5 รองลงมาคือรับประทานยาเม็ด ร้อยละ 9.1 (ตารางที่ 1-5)

ตารางที่ 1-5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทำแท้งจำแนกตามเหตุผลในการทำแท้ง ผู้ให้บริการทำแท้งและวิธีการทำแท้ง ปี พ.ศ. 2556

ผู้ให้บริการทำแท้งและวิธีการทำแท้ง	เหตุผลด้านสุขภาพ		เหตุผลด้านเศรษฐกิจสังคม/ครอบครัว	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้บริการทำแท้ง	n = 56		n = 347	
ทำด้วยตัวเอง	0	0.0	32	9.2
ทำโดยผู้อื่น	56	100.0	315	90.8
แพทย์	56	100.0	290	83.6
พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0	0.0	2	0.6
ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์/ไม่ทราบ	0	0.0	23	6.6
วิธีการทำแท้ง*	n = 56		n = 347	
ใช้เครื่องสูญญากาศดูดออกทางช่องคลอด	12	21.4	280	80.7
ใช้เครื่องมือขูดออกทางช่องคลอด	18	32.1	3	0.9
รับประทานยาเม็ด	1	1.8	32	9.2
เหน็บยาเข้าทางช่องคลอด	42	75.0	31	8.9
ใส่สายยางและ/หรือฉีดสารใดๆ เข้าทางช่องคลอด	0	0.0	1	0.3
ใช้ของแข็งสอดและ/หรือกระทุ้งเข้าทาง ช่องคลอด	0	0.0	4	1.2
บีบ นวด เค้นบริเวณหน้าท้อง	0	0.0	3	0.9
จงใจให้เกิดอุบัติเหตุโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง	0	0.0	0	0.0
อื่นๆ...	2	3.6	2	0.6
ไม่ทราบ	0	0.0	1	0.3

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

หมายเหตุ ผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนตอบไม่ครบทุกหัวข้อ

ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2556 ⁽⁶⁾

การเฝ้าระวังครั้งนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2548-2554 พบผู้เสียชีวิตจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยเฉลี่ยปีละ 20 ราย และจากการเฝ้าระวังของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยแพทย์หญิงสุกัญญา ศรีนิล พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงคือไตวายเฉียบพลัน 44 ราย ใน 6 ปี เฉลี่ย 7 รายต่อปี ดังนั้นการเพิ่มพื้นที่เฝ้าระวังให้ครอบคลุมมากขึ้น จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนปัญหาที่ชัดเจนมากขึ้น⁽⁷⁾

การพัฒนาคุณภาพประชากรต้องเริ่มตั้งแต่การเกิด โดยมีการเตรียมพร้อมพ่อแม่ก่อนตั้งครรภ์ ดูแลครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดทั้งแม่และทารก การเกิดที่มีคุณภาพจะต้องเป็นผลจากการตั้งครรภ์ที่สตรีมีความพร้อมและตั้งใจ แต่ปัจจุบันในประเทศไทยมีสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อมละไม่ตั้งใจอยู่อีกเป็นจำนวนมาก ในแต่ละปีสตรีตั้งครรภ์หลายแสนรายต้องยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งหรือการแท้งเอง รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นเงินหลายร้อยล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าบริการทำแท้ง การสูญเสียอวัยวะสำคัญในรายที่ต้องถูกตัดมดลูก แม้ว่าการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยจะพัฒนาก้าวหน้าไปมาก แต่ยังมีแม่ที่ต้องเสียชีวิตเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดเฉลี่ยวันละคน ซึ่งการตายนี้รวมการตายจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยด้วย⁽⁴⁾

สรุป

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การเพิ่มขึ้นของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การแท้ง และปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ คณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๕๓ เห็นชอบให้มีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ และยุทธศาสตร์ที่ ๖ การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ เพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งการป้องกันแก้ไขปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัย และการพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์นี้เป็นกรอบแนวทางที่องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ทุกภาคส่วนร่วมกันจัดทำเพื่อให้เกิดการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มุ่งสู่เป้าหมาย “การเกิดทุกรายในประเทศไทยมีคุณภาพ และประชาชนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี” ต่อไป⁽⁴⁾

เอกสารอ้างอิง

1. สุภวรรณ เจริญวงศ์, จาริรัตน์ ชูตระกูล, ประกายดาว พรหมประพัฒน์, สมสุข โสภวานิตย์, จิตติมาโนทัย, รุจิรา วัฒนาอิงเจริญชัย. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน: สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑูฒิ, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บรรณาธิการ. การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ (สำนักงานกิจการโรงพิมพ์); 2555. หน้า 65.
2. สุเปีย จันทรมณี, นิรมล ปัญสุภรณ์. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2556. หน้า 11-26.
3. บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น; นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, สิริมน วิไลรัตน์, ชลิดา เกษประดิษฐ์, เรณู ชูนิล, จาริรัตน์ ชูตระกูล, สมสุข โสภวานิตย์, บรรณาธิการ: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2557.

4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๗). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ (สำนักงานกิจการโรงพิมพ์); 2555. หน้า 5.
5. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Malta. World Health Organization; 2012.
6. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, ชลิดา เกษประดิษฐ์, เรณู ชูนิล, รัชฉันท พันตรา, อำพล มุ่งคิด. รายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ (สำนักงานกิจการโรงพิมพ์); 2557.
7. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, ชลิดา เกษประดิษฐ์, เรณู ชูนิล, รัชฉันท พันตรา, อำพล มุ่งคิด. รายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ (สำนักงานกิจการโรงพิมพ์); 2556.

บทที่ 2

ปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัย และประสบการณ์การพลัดถิ่นการแท้งที่ปลอดภัยในประเทศไทย

กำแหง จาตุรจินดา
นงลักษณ์ บุญไทย

คำนำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย

ประเทศไทยกับความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว

คนไทยทุกคนได้รับสิทธิด้านบริการสุขภาพถ้วนหน้า

จากการวางแผนครอบครัวสู่ออนามัยเจริญพันธุ์

- ขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย
- จุดเริ่มต้นและความพยายามในการแก้ไขปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย
- ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์
- การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา
- การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการโดยการดูดมดลูก
- เปลี่ยนจากการดูดมดลูกเป็นการดูดมดลูก
- การดูดมดลูกด้วยสุญญากาศ : เกณฑ์มาตรฐานใหม่แพทยสภา

การแก้ไขปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัย : เพียงก้าวข้ามกับดักทางความคิด

บทที่ 2

ปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัย และ ประสบการณ์การปลัดดันการแท้งที่ปลอดภัยในประเทศไทย

กำแพง จาตุรจินดา
นงลักษณ์ บุญไทย

บทนำ

การแท้งที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Abortion) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและตายของมารดา แม้ว่าในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาจะมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสาธารณสุขและมีการกล่าวถึงสิทธิมนุษยชนและสิทธิสตรีในการเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยอย่างกว้างขวาง แต่องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าทั่วโลกมีสตรีประสบกับปัญหาทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยปีละประมาณ 22 ล้านคน และเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยปีละ 47,000 คน และต้องพิการทุพพลภาพ ถึง 5 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 98 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้ง ๆ ที่การตายและการบาดเจ็บเหล่านี้สามารถป้องกันได้ง่าย ๆ โดยการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิดและบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยรวมทั้งการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย⁽¹⁻²⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย (3)



รูปที่ 2-1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย (3)

การแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัญหาที่ซับซ้อนละเอียดอ่อน และมีความเชื่อมโยงกับหลายปัจจัย ได้แก่ ปรักษา การเมือง สิทธิมนุษยชน สิทธิสตรี การศึกษา วัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคม ศีลธรรม จริยธรรม วัฒนธรรม ความเชื่อส่วนตัว ความเชื่อทางศาสนา ทศนคติและค่านิยม กฎหมาย สุขภาพของหญิง เทคโนโลยีทางการแพทย์ การสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ และผู้ให้บริการสุขภาพ⁽³⁾ การแท้งที่ไม่ปลอดภัยส่วนใหญ่เกิดจากการตั้งครร์กไม่พร้อมซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วผู้หญิงมักต้องเป็นฝ่ายต้องแก้ไขปัญหาดตามลำพัง และถ้าผู้หญิงเหล่านั้นไม่ได้รับคำปรึกษาและความช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันต่อเวลาผู้หญิงก็จะแก้ปัญหาดด้วยตัวเองอย่างไม่ปลอดภัย เป็นผลให้เกิดปัญหาสุขภาพกาย จิตใจ ครอบคร้วและสังคมตามมาอีกมากมาย ได้แก่ พยายามที่จะสิ้นสุดการตั้งครร์กด้วยวิธีต่าง ๆ จนเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย การคลอดก่อนกำหนดซึ่งเด็กที่คลอดมาจะมีน้ำหนักตัวน้อยเป็นภาวะครอบคร้วและของรัฐที่จะต้องดูแลและเลี้ยงดูและเมื่อเติบโตขึ้นจะเป็นเด็กที่มีสุขภาพมีร่างกายและสติปัญญาไม่สมบูรณ์เป็นเด็กที่พ่อแม่ไม่ต้องการและปัญหาสังคมตามมาในภายหลัง หรือหากการตั้งครร์กนั้นจำเป็นต้องดำเนินต่อไปจนคลอด ด้วยความไม่พร้อมของหญิงตั้งครร์กและครอบคร้วก็จะเกิดปัญหาการทอดทิ้งหรือทารุณกรรมเด็ก หรือแม้กระทั่งฆ่าทารกหลังคลอด

ประเทศไทยกับความสำเร็จในงานวางแผนครอบครัว

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในงานสาธารณสุขด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคโดยเฉพาะงานโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติและอนามัยแม่และเด็กจนเป็นตัวอย่างของโลก โดยสามารถเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (Contraceptive Prevalence Rate - CPR) จากร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2511 เป็นร้อยละ 75 ในปี พ.ศ. 2551 ทำให้อัตราการเจริญพันธุ์รวมยอด (Total Fertility Rate-TFR) ลดลงจาก 6.4 ในปี 2511 เหลือ 1.2 ในปี พ.ศ. 2551 (UNDP 2008) และประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติที่ได้เข้าร่วมการประชุมครั้งสำคัญ ๆ ของโลกและได้ร่วมลงนามในสัตยาบันของแผนปฏิบัติการในการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development- ICPD) ที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ ในปี พ.ศ. 2534 และการประชุมสตรีโลกที่กรุงปักกิ่ง ในปี พ.ศ. 2538 รวมทั้งร่วมรับรองเป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ซึ่ง MDG ข้อที่ 5 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์และลดการตายของมารดา (ระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด) ลงให้ได้ 3 ใน 4 ภายใน ปี พ.ศ. 2558 นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้ร่วมลงนามในอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Form of Discrimination Against Women-CEDAW) ซึ่งในทุก ๆ การประชุมและอนุสัญญาที่ประเทศไทยได้มีส่วนร่วมตั้งได้กล่าวมานั้น ต่างก็เน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีรวมทั้งสิทธิและการเท่าเทียมของสตรี โดยเฉพาะสิทธิในการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ ซึ่งหมายรวมถึง สิทธิในการมีชีวิตที่มีคุณภาพสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการศึกษา การได้รับการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน การได้รับความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ มีอิสระทางความคิด มีสิทธิในการรอดพ้นจากการถูกเลือกปฏิบัติ มีสิทธิในการที่จะเลือกแต่งงานหรือวางแผนครอบครัวอย่างมีอิสระ มีสิทธิในการที่จะตัดสินใจว่าจะมีบุตรหรือไม่เมื่อไหร่และมีเท่าใด รวมทั้งมีสิทธิที่จะได้รับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและถูกกฎหมาย เมื่อสตรีอยู่ในภาวะท้องไม่พร้อม⁽⁴⁻⁵⁾

แผนปฏิบัติการ (Plan of Action-POA) ข้อหนึ่งของการประชุม ICPD ได้กล่าวไว้ว่า “กรณีที่ทำแท้งไม่ผิดกฎหมาย ระบบบริการสาธารณสุขควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ รวมทั้งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการ และมีมาตรการที่มั่นใจได้ว่าการทำแท้งนั้นต้องปลอดภัยและเข้าถึงได้ รวมถึงการจัดให้มีมาตรการอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการที่จะคุ้มครองสุขภาพและชีวิตของสตรีด้วย”⁽⁶⁾

คนไทยทุกคนได้รับสิทธิด้านบริการสุขภาพถ้วนหน้า

ในขณะที่ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยรัฐบาลสนับสนุนและให้สิทธิคุ้มครองการรักษาโรค แต่ภาวะตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการสูญเสียจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยอย่างไม่ควรเกิดขึ้น ยังคงไม่ได้รับการดูแลและจัดบริการรองรับอย่างปลอดภัย รวมทั้งปรากฏการณ์ที่สะท้อนความรู้สึกของสังคมไทยและทั่วโลกเมื่อกลางเดือน พฤศจิกายน 2553 คือการพบซากของทารกที่ถูกทำแท้งจำนวน 2002 ซากในวัด 3 แห่งในกรุงเทพฯ รวมทั้งข่าววัยรุ่นและผู้หญิงท้องไม่พร้อมไปลักลอบทำแท้ง ซึ่งปรากฏให้เราเห็นอยู่เนือง ๆ เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้หญิงเหล่านั้นไม่สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และตกอัยว่าปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัญหาที่ถูกกละเลยมานานและปัจจุบันก็ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบและไม่มีเจ้าภาพรับผิดชอบปัญหานี้ การแท้งที่ไม่ปลอดภัยจึงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในอันดับต้น ๆ ที่จำเป็นจะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนการที่ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงานตามที่ได้ร่วมสัตยาบันกับภาคีโลกลงกล่าว จำเป็นจะต้องให้ความสำคัญของงานด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์

การวางแผนครอบครัว การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและแก้ไขปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยทั้งระบบ ตั้งแต่การพัฒนาระบบการเรียนการสอนด้านการแพทย์และสาธารณสุข การศึกษาวิจัย พัฒนาการความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหา พัฒนาคุณภาพบริการและสนับสนุนเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น รวมทั้งเพิ่มความครอบคลุม และการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัยและได้มาตรฐานในกรณีที่ต้องการช่วยเหลือผู้หญิงที่แท้งไม่สมบูรณ์หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยรวมทั้งผู้หญิงที่มีความจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์โดยปฏิบัติภายใต้ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ (2548) รวมทั้งสนับสนุนเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมเหมือน การบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อลดอัตราการป่วยและการตายของมารดาจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ลงด้วย

จากวางแผนครอบครัวสู่อนามัยการเจริญพันธุ์

กว่าทศวรรษที่ผ่านมา (ปี 2541-2557) ภาครัฐร่วมหลายองค์กร ได้แก่ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี (แห่งประเทศไทย) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน ได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยมาอย่างต่อเนื่อง โดยลำดับความเป็นมาดังต่อไปนี้

1. ขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย



รูปที่ 2-2 ขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2537 หลังจากประเทศไทยได้เข้าร่วมประชุม ICPD กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้ประกาศนโยบาย อนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีเป้าหมายให้ “คนไทยทุกคนมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี” และกำหนดขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ 10 ด้าน คือ งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก สุขภาพวัยรุ่น เพศศึกษา HIV/AIDS โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ภาวะมีบุตรยาก มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ ภาวะหลังเจริญพันธุ์และสูงอายุ ซึ่งงานแต่ละด้านที่กล่าวว่ามีหน่วยงานรับผิดชอบทุกงานยกเว้นงานป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งขณะนั้นยังเป็นเรื่องที่ยังไม่ค่อยมีคนสนใจและไม่มีการกล่าวถึงรวมทั้งไม่มีโครงการ/กิจกรรมใดที่จะแก้ไขปัญหา

2. จุดเริ่มต้นและความพยายามในการแก้ไขปัญหการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2541 กรมอนามัย โดยกองอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้จัดทำ “โครงการสำรวจสถานการณการแท้งในประเทศไทย” โดยเก็บข้อมูลการแท้งเองและทำแท้งโรงพยาบาลของรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวม 787 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาล 832 แห่งทั่วประเทศ (คิดเป็นร้อยละ 94.6) ในปี พ.ศ. 2542 เป็นเวลา 1 ปีเต็ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณการแท้งและการทำแท้ง จำนวนและประเภทของการแท้ง ลักษณะ พื้นฐานของผู้ป่วยทำแท้ง และ ผู้ให้บริการทำแท้ง การคุมกำเนิด สาเหตุที่ทำแท้ง ค่าใช้จ่ายในการทำแท้ง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำแท้ง ผลการสำรวจในตัวอย่างทั้งหมด 45,990 ราย ซึ่งเป็นผู้หญิงที่มาปรึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งในโรงพยาบาลทั้ง 787 แห่งในจำนวนนี้ร้อยละ 28.5 เกิดจากการทำแท้ง อัตราการทำแท้งเท่ากับ 19.54 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1000 ราย และในกลุ่มที่ทำแท้งร้อยละ 46.8 มีอายุต่ำกว่า 25 ปี และร้อยละ 30.0 เป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี อายุครรภ์เฉลี่ยขณะทำแท้งเท่ากับ 13.01 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่เสี่ยงต่ออันตราย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 ทำแท้งเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจและสังคม และร้อยละ 39.8 ทำแท้งเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติของทารกในครรภ์ ทารกในครรภ์เสียชีวิต มารดามีปัญหาทางสุขภาพ มารดาติดเชื้อ HIV ถูกข่มขืน และติดเชื้อหัดเยอรมัน (ร้อยละ 15.4, 13.5, 7.8, 2.2, 0.6 และ 0.3 ตามลำดับ) สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลพบว่าร้อยละ 28.8 ของผู้ที่ทำแท้งมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อ มดลูกทะลุ (ร้อยละ 21.6 และ 0.4) และพบว่าการทำแท้งมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าการแท้งเองถึง 11 เท่า โดยพบผู้เสียชีวิตจากการทำแท้ง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.11 ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำแท้ง⁽⁷⁾

จากนั้นระหว่างปี พ.ศ. 2543-2544 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ประชุมระดมความเห็น จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายครั้งเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญห และเสนอผลการสำรวจสถานการณการแท้งที่ได้ข้อมูลจากทั่วประเทศและข้อเสนอแนะแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ต่อกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา จึงนับว่าการผลสำรวจสถานการณการแท้งในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542 เป็นจุดเริ่มต้นและจุดประกายให้ทุกหน่วยงานให้ความสนใจแก้ไขปัญหานี้มาจนถึงทุกวันนี้⁽⁸⁾

3. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์

ปี พ.ศ. 2545 สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ในสมัยที่ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายแพทย์สภา และศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ประมวล วีรุตมเสน เป็นเลขาธิการได้กำหนดข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา และประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 15 ธันวาคม 2548 ซึ่งข้อบังคับนี้ได้เป็นแนวทางให้แพทย์ยึดถือปฏิบัติเมื่อต้องให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยได้กำหนดความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ในกฎหมายอาญา 305 ให้ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์

ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก และอนุญาตให้แพทย์ยุติการตั้งครรภ์ได้เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีปัญหาสุขภาพกายหรือจิตใจ หรือเมื่อสตรีตั้งครรภ์จากการถูกระงับความผิดทางเพศ รวมทั้งกรณีที่สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด เมื่อพบว่าทารกในครรภ์มีปัญหาสุขภาพ มีโรคพันธุกรรมหรือมีความพิการทางร่างกายหรือสติปัญญาด้วย ทั้งนี้ต้องได้รับการยินยอมจากสตรีตั้งครรภ์นั้น⁽⁹⁾

4. การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา (Medical Termination of Pregnancy-MTOP)

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยที่สุดจะต้องกระทำเร็วที่สุดและวิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับการตั้งครรภ์ระยะแรกคือการใช้ยา โดยใช้ยา Mefepristone (RU486) ร่วมกับยา Misoprostol (Cytotec) ซึ่งเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักขององค์การอนามัยโลกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 สำหรับในประเทศไทย ยา Mefepristone ยังไม่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และยา Misoprostol ขึ้นทะเบียนเป็นยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งจะมีรายละเอียดเรื่องการยุติการตั้งครรภ์โดยการใช้ยาในบทต่อไป

5. การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการโดยการดูดมดลูก (Surgical Termination of Pregnancy-STOP)

ในสถานการณ์หรือในประเทศที่ไม่มียาสองตัวนี้ใช้ หรือในกรณีที่ต้องใช้วิธีการยุติการตั้งครรภ์ทางศัลยกรรม องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้วิธีการดูดมดลูกด้วยเครื่องดูดสุญญากาศซึ่งสามารถทำได้โดยการใช้เครื่องดูดมดลูกมือถือ (Manual Vacuum Aspiration-MVA) หรือเครื่องดูดมดลูกไฟฟ้า (Electric Vacuum Aspiration-EVA)

6. เปลี่ยนจากการขูดมดลูกเป็นการดูดมดลูก (From D&C To MVA)

ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2557 ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มียายุติการตั้งครรภ์ใช้เหมือนประเทศที่พัฒนาแล้ว ราชวิทยาลัยสูติ นรีแพทย์แห่งประเทศไทยในสมัยที่ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา เป็นประธาน ได้ร่วมกับสำนักอนามัย การเจริญพันธุ์ กรมอนามัย จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพสตรีที่เกี่ยวกับการแท้งและหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลเรื่องการ ป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยและการใช้เครื่องดูดมดลูก (Manual Vacuum Aspiration-MVA) ตามแนวทางที่องค์การอนามัย โลกกำหนดไว้ในหนังสือ “Safe Abortion : Technical and Policy Guidance for Health System”⁽¹⁾ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีให้กับผู้ให้บริการและเพิ่มคุณภาพบริการด้านการรักษาดูแลสุขภาพหญิงที่มีความจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ หญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งหรือแท้งไม่ครบ ให้ได้รับบริการที่ปลอดภัยด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและ ปลอดภัยคือ Manual Vacuum Aspiration (MVA) หรือ Electric Vacuum Aspiration (EVA) แทนการ ขูดมดลูกด้วยเหล็กแหลมคม (Dilatation and Curettage-D&C) และได้รับการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการแท้งและการคุม กำเนิด ที่มีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยป้องกันการแท้งซ้ำลดการป่วยและตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์จากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยลงได้ และได้จัดอบรมแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลโดยได้รับความร่วมมือจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในการเป็นศูนย์ฝึกอบรมฯ

7. การควบคุมด้วยสุญญากาศ : เกณฑ์มาตรฐานใหม่แพทยสภา (Vacuum Aspiration: New Standard Technology for Uterine Evacuation) ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 แพทยสภาได้กำหนดให้การใช้เครื่องดูดมดลูกด้วยสุญญากาศ (MVA) เป็นเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมิน เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 (Medical Competency Assessment Criteria for National License, 2012) โดยกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุกคนจะต้องใช้ MVA ได้⁽¹⁰⁾ ในขณะที่สถาบันการศึกษาแพทยศาสตร์ส่วนใหญ่ยังไม่มีการสอนเรื่องการใช้ MVA อย่างเป็นระบบ แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในปี 2553 และ 2555 ที่เคยใช้ MVA มีเพียงร้อยละ 24.2 และ 34.1 เท่านั้น⁽¹¹⁾ และมูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี (แห่งประเทศไทย) ได้ร่วมกับสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จัดอบรมแพทย์และพยาบาลเรื่อง “การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยและการใช้ MVA” มาจนถึงปัจจุบัน และกำลังผลักดันให้สถาบันการศึกษาแพทยศาสตร์ พยาบาลและสาธารณสุข พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนให้ครอบคลุมเรื่องการดูแลวัยรุ่นและสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยและการใช้เทคโนโลยียุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทั้งวิธีการทางศัลยกรรม และวิธีใช้ยา

การแก้ไขปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัย : เพียงก้าวข้ามกับดักทางความคิด

เนื่องจากปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทยเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อน ซึ่งมีบริบทที่ซับซ้อนและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย อีกทั้งเป็นปัญหานี้ไม่เคยได้รับความสนใจในการแก้ไขอย่างจริงจังและเป็นระบบอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ทำให้การแพทย์และการสาธารณสุขของไทยขาดการพัฒนาวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและได้มาตรฐานสากล ผู้ให้บริการตลอดจนสังคมทั่วไปติดกักตักทางความคิดโดยมักจะมองปัญหาวัยรุ่นและสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้งว่าเป็นเรื่องบาป ผิดจริยธรรม เข้าใจผิดว่าการทำแท้งในประเทศไทยผิดกฎหมายอย่างสิ้นเชิง อีกทั้งขาดความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อปัญหา แม้จะมีผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนหนึ่งรวมทั้งผู้ที่ได้รับการอบรมฯ ไปแล้ว มีความเห็นใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาแต่ก็ขาดแรงสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และถูกบั่นทอนกำลังใจในการที่จะช่วยเหลือผู้หญิงมีปัญหา ผู้หญิงที่มีปัญหาเองก็ขาดการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมจึงต้องแก้ไขปัญหากับตนเองอย่างโดดเดี่ยวโดยไม่ได้รับสิทธิและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยเฉกเช่นการเข้าถึงบริการสุขภาพอื่นๆ⁽¹²⁾

รากเหง้าของปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย จึงวนเวียนอยู่เป็นวัฏจักร การแก้ไขปัญหานี้จึงต้องแก้ไขทั้งเชิงนโยบายและระบบสังคมจะต้องก้าวข้ามกับดักทางความคิดโดยมองปัญหานี้ให้เป็นปัญหาสุขภาพของสตรีในประเทศไทยอย่างหนึ่ง และเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่จะต้องให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเช่นเดียวกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ การขับเคลื่อนงานแก้ไขปัญหานี้ในระยะต่อไปจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจการมีส่วนร่วมและร่วมมือจากภาคีด้านสุขภาพและหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งฝ่ายการเมือง ผู้กำหนดนโยบาย ฝ่ายบริหารและระดับปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้มีบริการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม

การที่ประเทศไทยมีกฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ และเทคโนโลยีการแพทย์ที่เอื้อให้ผู้หญิงท้องไม่พร้อมได้รับบริการที่ปลอดภัย สังคมไทยจึงควรช่วยกันดูแลและให้โอกาสแก่สตรีท้องไม่พร้อม ให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนและมีทางเลือกที่สามารถตัดสินใจเองได้โดยปราศจากการขู่ขานหรืออคติจากผู้ให้บริการ และหากเธอเหล่านั้นเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ เธอก็ควรมีสิทธิที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ทันสมัย มีมาตรฐานและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพอื่น ๆ ด้วย

1. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health System. Second Edition 2012.
2. Whittaker A. Abortion Sin and State in Thailand. Publisher; Routledge Curzon. 2004.
3. กำแพง จาตุรจินดา: เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง “การป้องกันการตายจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย” พ.ศ. 2557.
4. United Nations Fund for Population Activities [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 23]. Available from: <http://www.unfpa.org/rights/women.htm>
5. Wikipedia. Sexual and reproductive health and rights [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 23]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Sexual_and_reproductive_health_and_rights
6. United Nations. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. 1999, paragraph 63.iii.
7. Suwanna Worakamin, Nonluk Boonthai, Viroj Tangchoroensathien. Induced Abortion in Thailand: Current Situation in Public Hospitals and Legal Perspectives. Reproductive Health Matters. 2004 ; 12 (24S) : 1-10.
8. Boonthai N, Tantivess S, Tangcharoensathien V, Chaturachinda K. Improving Access to Safe Termination of Pregnancy in Thailand : An Analysis of Policy Development from 1999 to 2006. In Abortion in Asia. Local Dilemmas, Global Politics. Ed Whittaker A. Publisher Berghahn Books 2010; 221-239.
9. สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา. ราชกิจจานุเบกษา วันที่ 15 ธันวาคม 2548.
10. สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินผลเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2554. ลำดับที่ 55 หน้า 6.
11. Rapeepong Suphanchaimat, Nongluk Boonthai, Sasikan Tangthasana, Weerasak Putthasri Viroj Tangcharoensathien and Kamheang Chaturachinda. A Survey of Manual Vacuum Aspiration’s Experiences Among the New Medical Graduates in Thailand. Reproductive Health Journal. 11 September 2013. Available from: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/49>
12. กำแพง จาตุรจินดา และ นางลักษณ บัญไทย. ปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย : บทสรุปเพื่อผู้บริหาร. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย. มูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี (แห่งประเทศไทย) 2557.

ส่วนที่ 2

* กฎหมายและข้อบังคับต่างๆ
เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์

บทที่ 3

กฎหมายและข้อบังคับต่างๆ เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์

ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ

คำนำ

กฎหมายและข้อบังคับต่างๆ เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์

บทที่ 3

กฎหมายและข้อบังคับต่างๆ เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์

ทวิเกียรติ มีนะกนิษฐ

คำนำ

หากถามคนทั่วไปว่า การยุติการตั้งครรภ์ผิดกฎหมายหรือไม่? เรามักจะได้คำตอบว่า ผิด! ยิ่งถ้าถามว่า ฆ่าคนตายผิดกฎหมายหรือไม่? ก็จะได้คำตอบอย่างมั่นใจว่า ผิด! ทั้งๆ ที่ไม่ทันคิดว่า ฆ่าคนตายโดยไม่ผิดกฎหมายก็มีได้

- ฆ่าคนเพื่อป้องกันชีวิตของตนเองหรือของผู้อื่น
- ฆ่านักโทษประหารตามกฎหมาย
- ฆ่าคนโดยไม่เจตนา หรือไม่ประมาท

กฎหมายและข้อบังคับต่างๆ เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์

การทำแท้งก็เช่นเดียวกัน มีกรณีที่สามารถทำอย่างถูกกฎหมายได้ง่ายกว่าการฆ่าคนเสียอีก โดยกฎหมายเปิดโอกาสให้แพทย์มีอำนาจทำได้ ตามเงื่อนไขเพื่อความปลอดภัยของสตรี แพทย์ก็จะไม่มีความผิดตามกฎหมาย⁽¹⁾ ดังจะได้อธิบายเป็นลำดับไป ดังนี้

1. ความหมาย
2. ฐานความผิด
3. อำนาจกระทำ
4. เหตุยกเว้นโทษ และ
5. วิธีดำเนินการตามกฎหมาย

*นิติศาสตร์บัณฑิต (เกียรตินิยม) และนิติศาสตร์มหาบัณฑิต (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์), เนติบัณฑิตไทย, Master of Law (LL.M. ,University of Pennsylvania), ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางกฎหมายอาญา (D.E.A. de sciences criminelles), ปริญญาเอกเกียรตินิยมทางกฎหมายอาญา (Doctorat en droit pénal, mention trèshonorables; L' Université de Nancy II)

⁽¹⁾ ดู ทวิเกียรติ มีนะกนิษฐ, แพทย์ทำแท้งได้โดยชอบด้วยกฎหมาย!!!, วารสารนิติศาสตร์, ปีที่ ๓๙ เล่มที่ ๔ (๒๕๕๓) น. ๘๙๒

1. **ความหมาย** คำว่า “แท้งลูก” หมายถึงการทำให้ลูกในครรภ์คลอดออกมาในลักษณะที่ไม่มีชีวิต หากเด็กคลอดออกมามีชีวิต แต่มาตายภายหลัง ก็ไม่เป็นการกระทำให้แท้งลูก⁽²⁾ ตามกฎหมาย ความหมายของ “เด็กในครรภ์” จึงเริ่มตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์ คืออสุจิผสมกับไข่ และเริ่มฝังตัวในผนังมดลูกแล้ว การกระทำให้แท้งลูก ก็คือ การ “ยุติการตั้งครรภ์” นั่นเอง ดังนั้น การทำให้อสุจิไม่ผสมกับไข่ก็ดี การผสมเทียมในหลอดทดลองนอกมดลูกก็ดี หรือการรบกวนไม่ให้ไข่ที่ผสมแล้วฝังตัวในมดลูก (การใช้ห่วงคุมกำเนิด) ก็ไม่ใช่การทำแท้งในความหมายนี้

2. **ฐานความผิด** มีด้วยกัน 4 ฐาน คือ

- 2.1 หญิงทำแท้งตนเอง หรือยอมให้ผู้อื่นทำแท้งให้ตน
- 2.2 ผู้ที่ทำแท้งให้หญิงโดยหญิงยินยอม
- 2.3 ผู้ที่ทำให้หญิงแท้งลูกโดยหญิงไม่ยินยอมและ
- 2.4 การพยายามทำให้หญิงแท้งลูก

2.1 **หญิงทำแท้งตนเอง หรือยอมให้ผู้อื่นทำแท้งให้สตรี⁽³⁾** เมื่อเป็นการกระทำกับตนเองโดยปกติย่อมไม่มีความผิด (เช่นการฆ่าตัวตาย หรือ การทำร้ายตนเอง ...) ดังนั้น หากสตรีทนายาคุมกำเนิด หรือทนายาสกัดการตั้งครรภ์ภายใน 72 ชั่วโมง ย่อมไม่มีความผิดตามกฎหมาย⁽⁴⁾

2.2 **ผู้ที่ทำให้สตรีโดยสตรียินยอม⁽⁵⁾** ตามเนื้อหาต้องหมายถึง ผู้ทำแท้งนี้มิใช่แพทย์ เพราะหากผู้ทำแท้งให้สตรีเป็นแพทย์ เขาอาจมีอำนาจกระทำได้ ผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ย่อมจะใช้วิธีที่ไม่ปลอดภัย เช่น ใช้มือทุบท้อง ใช้ของแหลม หรือกิ่งไม้ ทิ่มเข้าไปทางช่องคลอด ใช้แท็บท้ออย่างแรง เป็นเหตุให้สตรีตาย หรือรับอันตรายสาหัสได้⁽⁶⁾ ผู้กระทำที่ไม่ใช่แพทย์อาจผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๒๕๐ หรือหากหญิงไม่ตายหรือไม่ได้รับอันตรายอย่างใด ก็มีความผิดฐานทำแท้งได้⁽⁷⁾ แม้หญิงจะยินยอมให้ทำก็ตาม

2.3 **ผู้ที่ทำให้สตรีแท้งลูกโดยสตรีไม่ยินยอม⁽⁸⁾** ผู้กระทำความผิดไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือไม่ หากสตรีไม่ยินยอมให้ทำไม่ว่าเพราะถูกข่มขู่ หลอกลวง หรือสำคัญผิดไปประการใด ผู้กระทำต้องรับผิดชอบทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม ผู้กระทำต้องมีเจตนาทำแท้งหากการทำให้แท้งเกิดขึ้นโดยประมาท เช่น เจาะน้ำคร่ำเพื่อนำไปตรวจโดยประมาทไปทำให้เด็กในครรภ์แท้ง ดังนี้ ผู้กระทำย่อมไม่มีความผิดตามกฎหมาย หากผลของการแท้งเด็กทำให้หญิงถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส เช่น ต้องตัดมดลูกทิ้ง ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้น

อนึ่งเจตนาทำแท้ง กับเจตนาทำร้ายเป็นคนละเจตนา ถ้าเจตนาทำร้ายแต่ทำให้หญิงแท้งลูก ดังนี้ ไม่ใช่เรื่องการทำแท้งแต่เป็นความผิดฐานทำร้ายร่างกายจนเป็นเหตุให้หญิงแท้งลูก เป็นคนละฐานความผิดกัน

²คำพิพากษาศาลฎีกาที่ ๖๗๗/๒๕๑๐ น. ๑๐๑๒]

³ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๑

⁴ในเรื่องนี้ประเทศฝรั่งเศสให้หญิงมีโอกาเลือกว่าจะตั้งครรภ์ต่อไปหรือไม่ โดยให้ตัดสินใจภายใน ๑๐ สัปดาห์ ส่วนประเทศอังกฤษ ให้โอกาสถึง ๑๒ สัปดาห์ นับแต่ตั้งครรภ์

⁵ประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๒

⁶คำพิพากษาศาลฎีกาที่ ๓๕๗/๒๔๘๖ น. ๖๖๐

⁷คำพิพากษาศาลฎีกาที่ ๖๓๑๘/๒๕๔๑ ฎ.ส. ๙ น. ๑๓๓

⁸ประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๓

2.4 การพยายามทำให้หญิงแท้งลูก⁹⁾ โดยเนื้อหาของประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๔ ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดแต่เพียงแต่พยายามกระทำความผิด ตามมาตรา ๓๐๑ หรือมาตรา ๓๐๒ วรรคแรก ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษ” ทำให้เข้าใจไปว่าการพยายามทำแท้ง คือ “ลงมือ” ทำแท้งไปแล้ว แต่เด็กในครรภ์คลอดออกมาไม่ตาย อาจมาตายในภายหลัง ก็เรียกว่า ทำแท้งไม่สำเร็จ ผู้กระทำไม่ต้องรับโทษ

อย่างไรก็ตาม การพยายามทำแท้งไม่ใช่การยกเว้นโทษทั้งหมด กฎหมายยกเว้นให้เฉพาะการพยายามทำแท้งที่สตรียินยอมให้ทำ และการทำนั้นเด็กคลอดออกมาอย่างมีชีวิต (แม้เพียงระยะสั้นๆ)¹⁰⁾ โดยหญิงไม่ได้รับอันตรายสาหัส หรือถึงแก่ความตาย ผู้กระทำก็ต้องได้รับโทษ ยิ่งถ้าทำแท้งโดยหญิงไม่ยินยอม แม้เพียงการพยายามทำแท้ง ผู้กระทำก็ต้องรับโทษ

3. อำนาจกระทำ กฎหมายให้อำนาจแพทย์ในการทำแท้งให้สตรี ทั้งนี้ เพื่อให้การทำแท้งนั้นทำได้อย่างปลอดภัย แม้การห้ามทำแท้งเป็นเพราะกฎหมายต้องการคุ้มครองชีวิตในครรภ์ แต่ขณะเดียวกันกฎหมายก็ถือว่าชีวิตและความปลอดภัยในสุขภาพของสตรีที่ตั้งครรภ์นั้นสำคัญกว่า กฎหมายจึงบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ ให้มีการทำแท้งได้อย่างปลอดภัย และถูกกฎหมาย แต่ทั้งนี้สตรีต้องยินยอมให้แพทย์เป็นผู้ทำ

ดังนั้น หากผู้ที่ทำแท้งให้สตรีเป็นแพทย์ หรือผู้ประกอบการอาชีพเวชกรรม ต้องสันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้นั้น สามารถทำได้ แต่หากไม่ใช่แพทย์ทำแล้ว จึงจะถือได้ว่าเป็นผู้กระทำความผิด¹¹⁾

กล่าวคือ กฎหมายต้องการให้ลงโทษ แพทย์เถื่อนที่ทำแท้ง (คือคนที่ไม่ใช่แพทย์ทำแท้งให้) มากกว่าจะลงโทษแพทย์ที่ **ทำแท้งเถื่อน** (คือแพทย์จริงที่แอบทำแท้งให้) เพราะอย่างหลังหญิงปลอดภัยกว่านั่นเอง

แพทย์หรือผู้ประกอบการอาชีพเวชกรรม ทำแท้งได้อย่างไม่ต้องแอบ หากปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่แพทยสภาได้กำหนดไว้ อย่างดีแล้ว¹²⁾ กล่าวคือ

3.1 กรณีจำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตของสตรีมีครรภ์ซึ่งจะต้องได้รับการรับรองหรือเห็นชอบจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีใช้ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ อย่างน้อยหนึ่งคน

ในกรณีที่สตรีนั้นมีความเครียดอย่างรุนแรง เนื่องจากพบว่าทารกในครรภ์มีหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะมีความพิการอย่างรุนแรง หรือเป็นหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคพันธุกรรมอย่างรุนแรง เมื่อสตรีนั้นได้รับการตรวจวินิจฉัยและการปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ (genetic counseling) และมีการลงนามรับรองในเรื่องดังกล่าวข้างต้น โดยผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่มีใช้ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์อย่างน้อยหนึ่งคน ให้ถือว่าสตรีมีครรภ์นั้นมีปัญหาสุขภาพจิต

3.2 มีข้อเท็จจริงอันควรเชื่อได้ว่า หญิงมีครรภ์เนื่องจากถูกข่มขืนกระทำชำเรา แต่สำหรับเด็กหญิงอายุไม่เกินสิบห้าปีที่ตั้งครรภ์แม้จะไม่ได้ถูกข่มขืนกระทำชำเรา แพทย์ก็สามารถทำแท้งให้ได้โดยไม่ผิดกฎหมายหรือโสเภณีที่ถูกล่อลวงไปค้าประเวณี ไม่ว่าจะเธอจะสมัครใจหรือไม่ แพทย์ก็ทำแท้งให้พวกเธอเหล่านั้นได้ ไม่จำเป็นต้องถูกใครข่มขืนกระทำชำเรา

⁹⁾ประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๔

¹⁰⁾คำพิพากษาฎีกาที่ ๖๗๗/๒๕๑๐ น.๑๐๑๒

¹¹⁾ดู ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, License to Kill, วารสารนิติศาสตร์, ปีที่ ๓๓ เล่มที่ ๑ (๒๕๔๔) น.๑๕๕

¹²⁾ตาม “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘ (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๒ ตอนที่ ๑๑๘ง วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๔๘)

3.3 การยุติการตั้งครุฑดังกล่าว ต้องกระทำในโรงพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเวชกรรมที่มีเตียงผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

3.4 หากอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ให้ทำในคลินิกเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลได้ด้วย

3.5 เมื่อทำแล้วให้ทำรายงานเสนอต่อแพทย์สภาตามแบบที่กำหนด (ภาคผนวก 1)

4. เหตุยกเว้นโทษ การพยายามทำแท้งโดยสตรียินยอมและไม่เกิดอันตรายสาหัส หรือถึงแก่ความตาย ผู้กระทำไม่ต้องรับโทษรวมทั้งผู้ที่เป็นตัวการ ผู้ใช้ หรือผู้สนับสนุน (ถ้ามี) ก็ไม่ต้องรับโทษด้วย

การพยายามกระทำความผิด ได้แก่ การกระทำที่ถึงขั้นใกล้ชิดกับการทำแท้ง ดังนั้น เพียงแต่สตรีนึ่งรอแพทย์ทำแท้งให้ จึงยังถึงขั้นพยายาม ยังไม่มีความผิดใดๆ เกิดขึ้น ต้องถึงขั้น **“ขึ้นขาหยั่ง”** แล้ว จึงจะเข้าขั้นพยายามแล้ว ซึ่งก็ยังไม่ผิดตามกฎหมาย หรือทำแล้วแต่เด็กคลอดออกมาอย่างมีชีวิต แม้เพียงครู่เดียว ก็เป็นการทำแท้งที่ไม่สำเร็จ ผู้กระทำยังไม่ต้องรับโทษเช่นกัน

5. วิธีดำเนินการตามกฎหมาย

5.1 หมายจับ การจับโดยไม่มีหมายจับกระทำไม่ได้ เว้นแต่เป็นกรณีความผิดกระทำอยู่ตรงหน้า การจับในบ้านกระทำไม่ได้ เว้นแต่จะมีหมายค้นด้วย⁽¹³⁾ เมื่อถูกจับตำรวจต้องพาไปพบศาลภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อพิจารณาเรื่องประกันตัว

5.2 หมายค้น ต้องมีหมายเสมอ และต้องทำโดยแสดงหมาย และแสดงความบริสุทธิ์ก่อนเข้าค้น⁽¹⁴⁾ หากไม่แสดงหมายเป็นการกระทำให้เป็นภัยอันตราย ประทุษร้ายอันละเมิดต่อกฎหมาย เจ้าของสถานที่มิอาจป้องกันได้⁽¹⁵⁾

5.3 คำรับสารภาพ ในชั้นพนักงานสอบสวน ศาลจะไม่รับฟังเพื่อใช้ลงโทษจำเลย ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) คำรับสารภาพว่าตนได้กระทำความผิดขณะถูกจับกุม⁽¹⁶⁾

(2) คำให้การที่ให้โดยไม่มี การแจ้งสิทธิก่อน⁽¹⁷⁾ หรือ

(3) ถูกบังคับ หรือหลอกลวงขู่เชิญให้รับสารภาพ⁽¹⁸⁾

ตำรวจหรือพนักงานสอบสวนที่กระทำไม่ชอบ อาจมีความผิดฐานประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๕๗, ๒๐๐, ๓๑๐, ๓๖๔ หรือ ๓๖๕ ได้

ท้ายที่สุด กฎหมายจะลงโทษใคร ต้องอาศัยพยานหลักฐาน หากหลักฐานไม่มี หรือมีแต่ไม่ชัด มัดไม่ได้ ก็ลงโทษใครไม่ได้เช่นกัน

¹³ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา ๗๘-๘๑

¹⁴ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา ๗๘-๘๑

¹⁵ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา ๑๐๒

¹⁶ คำพิพากษาฎีกาที่ ๖๒๑/๒๕๓๓ น.๘๖๕, คำพิพากษาฎีกาที่ ๑๕๕/๒๕๒๒ น.๒๒๗

¹⁷ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา ๘๔ วรรคท้าย

¹⁸ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา ๑๓๔/๔

¹⁹ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา ๑๓๕ และ ๒๒๖

ส่วนที่ 3

- * การให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์
- * การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา
- * ประสิทธิภาพการให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา
- * การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ
- * ประสิทธิภาพการให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ
- * การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ และการตรวจติดตาม
- * ประสิทธิภาพการให้บริการยุติการตั้งครรภ์

บทที่ 4

การให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการใช้ยาปฏิชีวนะ

ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล
อรวรรณ คีรีวัฒน์

ประเภทของการให้คำปรึกษา

ความสำคัญ

หลักการให้คำปรึกษา

คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์

คุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ที่ดี

ระยะของการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์

การปฏิบัติของการให้คำปรึกษา

ทักษะการสื่อสารที่ใช้ในการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษา

ข้อมูลประกอบการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์

การใช้ยาปฏิชีวนะ

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 4

การให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการใช้ยาปฏิชีวนะ

ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล

อรวรรณ ศิริวัฒน์

ประเภทของการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การปรึกษาทั่วไป
2. การปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์

ความสำคัญ

การให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์หรือการทำแท้ง โดยทั่วไปส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ หรือสับสนด้านจิตใจจากปัญหาชีวิต คู่ครอง ครอบครัว สิ่งแวดล้อมและสังคม นำไปสู่การมีปัญหากการดูแลการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนที่ได้พบผู้ตั้งครรภ์กลุ่มนี้จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องต่อเรื่องนี้ เพื่อให้คำปรึกษาอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพเพื่อผู้รับคำปรึกษาได้ประโยชน์สูงสุด ใคร่ครวญปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้เข้าใจเพื่อแก้ไขปัญหาและได้แนวทางการตัดสินใจที่ถูกต้อง สามารถรับผลที่ตามมาภายหลังการตัดสินใจด้านใดด้านหนึ่ง

สำหรับผู้ให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคพันธุกรรม มีทักษะในการให้คำแนะนำด้วยภาษาง่าย ๆ และแน่ใจว่าผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงโรคทางพันธุกรรมนั้น ๆ ตลอดจนความเสี่ยงของการทกรกในครรภ์ ยอมรับการยุติการตั้งครรภ์หากผลการตรวจพบว่าทารกในครรภ์มีโรคทางพันธุกรรมรุนแรงดังกล่าว

หลักการให้คำปรึกษา

กระบวนการปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์มีองค์ประกอบสำคัญคือ ผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษา และรายละเอียดแนวทางต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลทางวิชาการในทางการแพทย์ที่ผู้ให้คำปรึกษาจะอธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจ ตามบริบทของเรื่องที่มาปรึกษา นอกจากนี้ยังรวมถึงการมีเครือข่ายการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา การส่งต่อผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับการช่วยเหลือ ความปลอดภัย ลดภัยอันตรายต่าง ๆ และปลอดภัยสูงสุด

คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์

1. มีความรู้ความเข้าใจปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เนื่องจากปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่ในทุกสังคม ชนชั้น เชื้อชาติมักเกิดจากการไม่ได้วางแผนชีวิตและคุมกำเนิดหรือเข้าไม่ถึงการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการลักลอบทำแท้งโดยเฉพาะการทำแท้งชนิดไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) ทั่วโลกจะเป็นสาเหตุการตายปีละ 47,000 ราย หรือ ร้อยละ 13 ของ อัตราตายของมารดาจากการตั้งครรภ์⁽¹⁾

2. มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อเรื่องการยุติการตั้งครรภ์หรือการทำแท้ง ผู้ให้คำปรึกษาคือผู้ที่รอบรู้ในเรื่องที่ให้คำปรึกษา ผู้มารับคำปรึกษาให้ความไว้วางใจ เล่าเรื่องหรือปัญหาที่ตนเองเดือดร้อนเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาช่วยแนะนำชี้แนวทางทางเลือกต่าง ๆ และแนวทางที่เลือกผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้เลือกเองตามความจำเป็น หรือความเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้เลือกในเวลาและสถานการณ์ขณะนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจึงเป็นผู้ที่ช่วยเหลือปัญหาความเดือนร้อนของผู้มารับคำปรึกษา

3. มีความรู้ความเข้าใจโรคทางพันธุกรรมดังกล่าว ความเสี่ยงของทารกในครรภ์ ในกรณีให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์มีทักษะในการแนะนำด้วยภาษาง่าย ๆ หากผู้รับคำปรึกษาตัดสินใจรับการตรวจวินิจฉัยทางพันธุศาสตร์ ก็สามารถแนะนำวิธีการตรวจที่เหมาะสมกับความต้องการ เพื่อวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมเกิดประโยชน์สูงสุด และตรวจสอบทัศนคติผู้รับคำปรึกษาที่ยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ เมื่อผลการตรวจพบว่าทารกในครรภ์มีโรคทางพันธุกรรมรุนแรง

4. มีทักษะในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยวิธีใช้ยาหรือวิธีทางสูติศาสตร์หัตถการตามความเหมาะสมในแต่ละราย หรือมีเครือข่ายให้ความช่วยเหลือเพื่อส่งต่อผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ได้ประโยชน์และความปลอดภัยสูงสุด

คุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ที่ดี⁽²⁾

1. รู้จักตนเอง ยอมรับและเชื่อในสิ่งที่ตนให้คำปรึกษา
2. มีความอดทน ใจเย็น
3. จริงใจ ตั้งใจช่วยเหลือผู้อื่นและสบายใจที่จะอยู่กับผู้อื่น
4. มีท่าทีที่เป็นมิตร และมองโลกในแง่ดี
5. ช่างสังเกต และไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น
6. ใช้คำพูดที่เหมาะสม
7. รู้จักใช้อารมณ์ขัน เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดของผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อม
8. เป็นผู้รับฟังที่ดี
9. ช่วยแก้ไข้ปัญหา
10. มีความรู้ความเข้าใจ ในขั้นตอนวิธีการยุติการตั้งครรภ์

ระยะของการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์

การให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 3 ระยะคือ⁽³⁾

1. ระยะก่อนการยุติการตั้งครรภ์
2. ระยะระหว่างการยุติการตั้งครรภ์
3. ระยะหลังการยุติการตั้งครรภ์

1. ระยะก่อนการยุติการตั้งครรภ์

1.1 กลุ่มที่มีปัญหาความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ อาจเกิดจากไม่ได้วางแผนครอบครัว ความล้มเหลวของวิธีคุมกำเนิดรวมทั้งกลุ่มที่ถูกกล่ลงและล่วงละเมิดทางเพศ อาจจะมีปฏิกิริยาดังนี้

- 1.1.1 วิตกกังวล
- 1.1.2 สับสน
- 1.1.3 ไม่ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น
- 1.1.4 เครียดมีอาการทางร่างกายต่าง ๆ ตามมา
- 1.1.5 กรณีวัยรุ่นประชาชนทั่วไปอาจแก้ปัญหาโดยวิธีต่าง ๆ กันไป
- 1.1.6 ผู้ที่รู้จักระบบสุขภาพ อาจมาปรึกษาแพทย์ หรือหน่วยวางแผนครอบครัว

1.2 กลุ่มที่ต้องการมีบุตรแต่มีปัญหาสุขภาพร้ายแรง หรือมีความผิดปกติรุนแรงของทารกในครรภ์ อาจมีปฏิกิริยาดังนี้

- 1.2.1 ผ่อนคลายที่มีทางออกของปัญหา
- 1.2.2 ปฏิเสธไม่ยอมรับสภาพ
- 1.2.3 ตระหนักว่าต้องยุติการตั้งครรภ์ และซอกในความรู้สึก
- 1.2.4 โกรธ หรือซึมเศร้า
- 1.2.5 ยอมรับสภาพและเข้าใจ
- 1.2.6 มีความหวังและสิ่งทดแทน

2. ระยะระหว่างการยุติการตั้งครรภ์

ผู้รับบริการการยุติการตั้งครรภ์ อาจมีปฏิกิริยาดังนี้

- 2.1 ความกลัว วิตกกังวล แก้ไขได้โดยแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลพูดคุยกับผู้รับบริการและบอกกล่าวขั้นตอนวิธีการต่าง ๆ ให้เข้าใจก่อน
- 2.2 ความเจ็บปวดระหว่างระยะยุติการตั้งครรภ์รวมทั้งการทำหัตถการ
- 2.3 ความร่วมมือในการทำ หรือมีผู้ใกล้ชิดคอยให้กำลังใจ
- 2.4 สถานที่ สภาพแวดล้อมบรรยากาศให้ความมั่นใจสบายใจ

3. ระยะเวลาหลังการยุติการตั้งครรภ์

ในบางรายอาจเกิดมีกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังการยุติการตั้งครรภ์ (post abortion syndrome) เช่น ซึมเศร้า อารมณ์เฉยเมยต่อสิ่งรอบข้าง วิตกกังวล กลัว ผันร่าย คิดฆ่าตัวตาย หลีกเลียงที่จะพูดถึงการแท้งหรือเรื่องทารก อารมณ์โกรธ ฉุนเฉียวง่าย มนุษยสัมพันธ์ผิดปกติ ติดสิ่งเสพติด มีภาวะการกินผิดปกติ ผิดปกติทางเพศ มีความเข้าใจในสภาพตนเองที่แย่ง จึงจำเป็นต้องมีการนัดตรวจและประเมินว่ามีปัญหาเหล่านี้หรือไม่

การปฏิบัติของการให้คำปรึกษา

1. ทักทายต้อนรับอย่างเป็นมิตร (greeting)
2. สนทนาทั่ว ๆ ไป สร้างความคุ้นเคย (small talk)
3. ใส่ใจในผู้รับคำปรึกษา และจัดที่นั่งให้เหมาะสมเป็นส่วนตัว
4. เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงปัญหาของตน

ทักษะการสื่อสารที่ใช้ในการให้คำปรึกษา⁽⁴⁾

ทักษะการสื่อสารที่ใช้ในการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย

1. การใส่ใจด้วยภาษากาย
2. การฟัง
3. การตั้งคำถาม
4. การเรียบ
5. การสังเกต
6. การทวนซ้ำ
7. การสะท้อนความรู้สึก
8. การสรุปความ
9. การให้ข้อมูลและคำแนะนำ

ขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษา⁽⁵⁾

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

อาศัยการใส่ใจเป็นมิตร รับฟัง สังเกต ยอมรับผู้รับคำปรึกษา ถามคำถามที่เอื้อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเล่าเรื่องของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจปัญหา

เก็บประเด็นสำคัญเพื่อได้สภาพปัญหาของผู้ต้องการยุติการตั้งครรภ์ ลักษณะเฉพาะตัว สังคม ของผู้มีความประสงค์ยุติการตั้งครรภ์ อาศัยการรับฟังและอดทน ยอมรับและไม่ตัดสิน ตั้งคำถามที่เหมาะสมและเลือกใช้ในเวลาเหมาะสม เน้นความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา วางตนเป็นกลาง มองสภาพความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 3 การเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการ

โดยสรุปสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาได้เล่ามา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจว่าการแก้ปัญหาที่ขึ้นกับการตัดสินใจของตัวเอง ให้กำลังใจในการเลือกของเขาเอง แม้ว่าอาจทำให้รู้สึกเจ็บปวดหรือเสียใจจากการต้องยุติการตั้งครรภ์ และช่วยผู้รับคำปรึกษาตั้งเป้าหมายภายหลังการรับคำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนแก้ปัญหา

โดยเสนอทางเลือกข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่าง ๆ ตัดแนวทางที่ไม่เหมาะสมออก ช่วยผู้รับคำปรึกษาให้คำตัดสินใจในวิธีที่ดีที่สุด สถานการณ์นั้น ๆ สิ่งที่ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาต้องบอกคือ ให้ข้อมูล เสนอแนวทาง สรุป และให้กำลังใจ เมื่อเลือกวิธีที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 5 การยุติการปรึกษา

โดยให้สัญญาณ สรุปความ มีการนัด การส่งต่อ และการลา

ข้อมูลประกอบการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์

1. ทางเลือกและทางออกของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม⁽²⁾

- 1.1 การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยาหรือวิธีทางสูติศาสตร์หัตถการ โดยหน่วยงาน หรือส่งต่อตามความเหมาะสม
- 1.2 ตั้งครรภ์ต่อจนคลอดแล้วเลี้ยงลูกเอง
- 1.3 ตั้งครรภ์ต่อจนคลอดแล้วทิ้ง ฆ่า ขายลูกหรือมอบให้ผู้อื่นไปเลี้ยง
- 1.4 ฆ่าตัวตายหรือฆ่าคู่เพศสัมพันธ์ จึงไม่ควรจะเกิดขึ้น เป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์และเป็นความรุนแรง

2. ทางเลือกและวิธีการวินิจฉัยทารกในครรภ์ทางพันธุศาสตร์

2.1 ขอบข่ายเพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ทางพันธุศาสตร์⁽²⁾

- 2.1.1 สตรีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปนับถึงวันกำหนดคลอด
- 2.1.2 มีบุตรหรือญาติใกล้ชิด (1st degree relationship) มีโครโมโซมผิดปกติ
- 2.1.3 สตรีตั้งครรภ์หรือสามีมีโครโมโซมผิดปกติชนิดสมดุล (balanced chromosome rearrangement)
- 2.1.4 ทารกในครรภ์มีอัตราเสี่ยงสูงจากโรคทางพันธุกรรมชนิด ที่วินิจฉัยก่อนคลอดได้
- 2.1.5 เพื่อทราบเพศอย่างถูกต้องของทารกในครรภ์ กรณีมีโรคถ่ายทอดแบบ X-linked ซึ่งมีอัตราเสี่ยงสูงในทารกเพศชาย
- 2.1.6 มีความผิดปกติของการตรวจคัดกรองได้แก่⁽⁶⁾

ก. serum alpha fetoprotein สูงในไตรมาส 2 บ่งถึง neural tube defect

ข. triple test ในระยะไตรมาสที่ 2 ซึ่งตรวจ α fetoprotein, hCG และ unconjugate estriol

ผิดปกติมีความเสี่ยงทารกในครรภ์เป็น Down's syndrome, trisomy 18 และ neural tube defect (ความเสี่ยงตั้งแต่ 1:270 ขึ้นไป)

ค. PAPP-A (pregnancy associated plasma protein A) ต่ำ และ free β -hCG สูง ในระยะไตรมาสแรก มีความเสี่ยงทารกในครรภ์เป็น Down's syndrome

2.2 ทางเลือกการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์

ก. ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสที่ 2 ดูความสมบูรณ์ของโครงสร้างหลัก เพศ ความผิดปกติแต่กำเนิด รก ปริมาณน้ำคร่ำ

ข. ตรวจเลือดคัดกรอง triple test, PAPP-A ร่วมกับ free β -hCG

ค. เจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis) ในไตรมาสที่ 2 เพื่อ ตรวจโครโมโซมของทารก วินิจฉัย เพศ และ autosomal trisomy รวมทั้งตรวจวิเคราะห์ DNA ว่ามีภาวะ thalassemia, hemophilia, spinal muscular atrophy (SMA) และ Duchenne muscular dystrophy ในรายที่มีความเสี่ยง

ง. การเก็บตัวอย่างเนื้อรก (chorionic villus sampling หรือ CVS) ในไตรมาสแรก เพื่อตรวจโครโมโซมของทารก

2.3 การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์

ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำความเสี่ยงโรคทางพันธุกรรมและข้อบ่งชี้การวินิจฉัย วิธีการตรวจต่าง ๆ ให้ผู้ตั้งครรภ์และสามีตัดสินใจเองเลือกวิธีการตรวจที่เหมาะสม สอบถามทัศนคติว่ายอมรับการยุติการตั้งครรภ์หากผลการตรวจวินิจฉัยพบว่ามีโรคทางพันธุกรรมรุนแรง

การให้ยาปฏิชีวนะในการยุติการตั้งครรภ์

ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้สรุปไว้สั้น ๆ ง่าย ๆ ว่า การให้ยาปฏิชีวนะกับทุกรายที่ยุติการตั้งครรภ์โดยใช้วิธีหัตถการ (Surgical abortion) จะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการทำหัตถการยุติการตั้งครรภ์ได้ ทั้งนี้บางรายงานพบว่าสามารถลดอัตราการติดเชื้อ ได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง สำหรับเชื้อที่เป็นที่กล่าวถึง รู้จักกันดีจะเป็นพวก Chlamydia Trachomatis Bacterial Vaginosis (BV) และ anaerobes อย่างไรก็ตาม การไม่มียาปฏิชีวนะให้ก่อนหรือให้ในวันที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ การดำเนินการดูแลรักษาให้ยุติการตั้งครรภ์ตามวิธีมาตรฐานก็สมควรต้องดำเนินต่อไปได้ (7-9, 10-11)

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้ให้ข้อคิดว่ากระบวนการยุติการตั้งครรภ์และการดูแลรักษานั้นเป็นการสัมผัสทั้งเลือดและของเหลวของร่างกายทั้งหมด ดังนั้นผู้ให้บริการด้านนี้จึงมีการป้องกันและการควบคุมดูแลการติดเชื้อให้กับทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการโดยใช้หลักมาตรฐานการป้องกันในระดับสากลทั่วโลก (Universal precaution) เสมออยู่แล้ว⁽¹²⁾

สำหรับ “WHO – Forthcoming Clinical Practice Handbook for Safe Abortion Care” แนะนำยาปฏิชีวนะจากการศึกษาหลายรายงาน^(9, 13, 14) หลาย ๆ แห่งพบว่า Nitroimidazoles (metronidazole และ tinidazole) และ tetracyclines ใช้ได้ผลดีมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม Penicilline และ derivatives ก็สามารถนำมาใช้ได้

สำหรับยาปฏิชีวนะที่ใช้ป้องกันเป็นที่นิยมได้แก่

- 200 – 500 mg. doxycycline “Single dose” รับประทานครั้งเดียว หรือ
- 400 mg. metronidazole รับประทาน 3 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง

โดยบางการศึกษาที่แนะนำให้รับประทาน doxycycline 100 mg. วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน เริ่มจากวันที่มารับบริการ และแนะนำให้ยาปฏิชีวนะกับผู้มายุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีใช้ยา (Medical abortion) ได้ด้วยและสามารถให้ยาปฏิชีวนะก่อนวันที่ จะมารับบริการยุติการตั้งครรภ์ หรือเริ่มวันที่ทำการยุติการตั้งครรภ์ก็ได้^(11,13)

สรุป

การให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีคุณสมบัติเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี เข้าใจปัญหาดังกล่าวซึ่งเป็นปัญหาสังคม สาธารณสุขและประเทศ ซึ่งองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานทางสุขภาพล้วนตระหนักถึงปัญหานี้และพยายามแก้ไขมาโดยตลอด เพื่อลดอันตรายจากการแท้งไม่ปลอดภัย และสนับสนุนให้เข้าถึงการวางแผนครอบครัว ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อไม่ให้มีปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ ต่อไป

การให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ในทางพันธุศาสตร์ จะมี 2 ระยะคือ

1. การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจวินิจฉัย เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางพันธุกรรม ให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงวิธีการตรวจ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการตรวจ ข้อจำกัดในการตรวจ ตอบปัญหาให้คำแนะนำบนพื้นฐานของความเห็นใจ เข้าใจในความวิตกกังวล ด้วยคำอธิบายที่เข้าใจง่ายให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกทางเลือกต่างๆ และ
2. ในรายที่ผลการตรวจวินิจฉัยผิดปกติรุนแรงจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ ผู้ให้คำปรึกษาต้องให้รายละเอียดผลตรวจ ให้ทราบ และเมื่อตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ก็ต้องให้ทราบถึงวิธีการ ขั้นตอนการยุติการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Safe abortion : technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. WHO. 2012; 1-14.
2. รณชัย คงสกนธ์, ชีระพงค์ เจริญวิทย์, และอรศรี รมะนันท์. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, อรวรรณ ศิริวัฒน์, ชีระพงค์ เจริญวิทย์, รณชัย คงสกนธ์, นงลักษณ์ บุญไทย, สุวิทนา วรคามิน, และเมธี พงษ์กิตติหล้า. การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง กรมอนามัยและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2548 : 55-82.
3. World Health Organization. Safe abortion : technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. WHO. 2012; 30-52.
4. Costa L, Altekruze M. Duty-to-warn guidelines for mental health counselors. J Counsel + Develop 1994; 72 : 346-50.

5. จีน แบร์รี่. คู่มือการฝึกทักษะในการปรึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2538
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics 23rd ed. New York: McGraw – Hill, 2010: 287-311.
7. World Health Organization Safe abortion : technical and policy guidance for health systems. Geneva, 2nd ed. WHO, 2012.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC,
9. Kulier R, Kapp N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004. 2010;8.
10. J Obstet Gynaecol Can 2012; 34(4) : 382-391
11. Contraception. 2011 Apr;83(4):295-309. doi: 10.1016/j.contraception.2010.11.006. Epub 2011 Feb 12.
12. WHO. Clinical practice handbook for safe abortion. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, World Health Organization 2014.
13. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, (1): CD003037 ([http:// www2.cochrane.org/reviews/en/ab003037.html](http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003037.html), accessed 5 September 2011).
14. Forthcoming WHO Clinical practice handbook for safe abortion care. Geneva, World Health Organization.

บทที่ 5

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา

สัญญา ภัทรราชัย
วรรณภา นาราเวช

คำนำ

คุณสมบัติและกลไกของยาที่จะใช้ยุติการตั้งครรภ์
จุดเปลี่ยนของการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา

การนำ Misoprostol มาใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ ร่วมกับ Mifepristone

Misoprostol

การนำ Misoprostol มาใช้ยุติการตั้งครรภ์

Mifepristone

การออกฤทธิ์ของยา Mifepristone ต่อร่างกาย

การนำ Mifepristone ใช้ยุติการตั้งครรภ์

สถานการณ์ของการใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทย

การใช้ยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol สำหรับยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 63 วันในประเทศไทย

การคัดกรองผู้รับบริการและข้อห้ามใช้

วิธีและขั้นตอนการใช้ยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol

คำแนะนำสำหรับผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา

ข้อควรระวังในการใช้ยา

อันตรกิริยากับยาอื่น

อาการไม่พึงประสงค์

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 5

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา (Medical Termination of Pregnancy)

สัญญา ภัทรราชย์
วรรณภา นาราเวช

คำนำ

เป็นเวลานานนับพันปีที่สตรีพยายามที่จะยุติการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาด้วยตนเอง มีการใช้วิธีต่าง ๆ มากมาย รวมทั้งการใช้ยาหรือสารเคมีเพื่อทำแท้ง ซึ่งส่วนใหญ่ล้มเหลว ในบางรายอาจประสบผลสำเร็จเนื่องจากในธรรมชาติมีการแท้งเองอยู่แล้วประมาณร้อยละ 10-25 แต่ความพยายามในการยุติการตั้งครรภ์จำนวนมากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจทำให้สตรีผู้นั้นเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกประมาณว่าในแต่ละปีมีการทำแท้งทั่วโลกประมาณ 46 ล้านรายประมาณ 20 ล้านรายเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและมีสตรีเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเกือบ 70,000 ราย⁽¹⁾

ปัจจุบันการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมี 2 วิธี คือ การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้วิธีใช้ยา และสูติศาสตร์หัตถการ โดยพบว่าวิธีใช้ยาเป็นวิธีที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการยุติการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ซึ่งได้ผล ร้อยละ 95 – 100% ดังนั้นในปี ค.ศ. 2005 องค์การอนามัยโลกได้บรรจุยา Mifepristone ใช้ร่วมกับ Misoprostol สำหรับยุติการตั้งครรภ์ไว้ในบัญชียาหลัก⁽²⁾ นอกจากนี้ยังได้แนะนำการใช้ยา 2 ชนิดนี้ ร่วมกันเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน โดยกินยา Mifepristone ขนาด 200 มิลลิกรัม จำนวน 1 เม็ด จากนั้น 24 – 48 ชั่วโมงให้ใช้ยา Misoprostol ขนาด 200 ไมโครกรัม จำนวน 4 เม็ด เหน็บทางช่องคลอด หรืออมใต้ลิ้น หรืออมข้างกระพุ้งแก้ม^(3, 4)

1. คุณสมบัติและกลไกของยาที่จะใช้ยุติการตั้งครรภ์

เป็นที่ทราบดีว่าฮอร์โมนคุมกำเนิดสามารถยับยั้งการตกไข่ ป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ แต่ในกรณีที่เกิดการตกไข่และเกิดการปฏิสนธิขึ้นแล้ว ฮอร์โมนคุมกำเนิดไม่มีผลใด ๆ ในการยับยั้งไม่ให้เจริญต่อไป แม้กระทั่งในยาคุมกำเนิดฉุกเฉินที่ใช้ฮอร์โมนระดับสูงก็ไม่สามารถทำได้ เป็นที่คาดหวังว่าหากจะมีตัวยาที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ จะต้องออกฤทธิ์ที่ดีกว่ายาคุมกำเนิดฉุกเฉิน โดยที่ยาควรมีคุณสมบัติต่อไปนี้

1.1 ในกรณีที่เกิดการตกไข่ แต่ยังไม่มีการปฏิสนธิ (fertilization) ยานี้สามารถยับยั้งไม่ให้เกิดการปฏิสนธิได้

1.2 หากเกิดการปฏิสนธิแล้ว ยานี้สามารถยับยั้งการฝังตัว (implantation) ของตัวอ่อน

1.3 หากเกิดการฝังตัวของตัวอ่อนในผนังมดลูกแล้ว ยานี้สามารถทำให้เกิดการตายของตัวอ่อนและรกรก ทำให้เกิดการหลุดลอกของถุงน้ำของการตั้งครรภ์ (gestational sac) ออกจากโพรงมดลูกได้ ซึ่งลักษณะคล้ายกับการมีประจำเดือนปกติ ในกรณีที่ตั้งครรภ์ในอายุครรภ์น้อย ๆ ในระยะไตรมาสแรก

1.4 ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์เจริญไปจนถึงระยะตัวอ่อนและเป็นทารก (fetal period) ยานี้สามารถกระตุ้นให้มดลูกบีบตัวรุนแรงจนกระทั่งเกิดการขับทารกและส่วนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์ออกจากโพรงมดลูก ในกรณีนี้หากตั้งครรภ์ไม่เกินระยะที่ทารกสามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง (viability period) ก็จัดเป็นการแท้ง แต่ถ้าเลยระยะ viability period ออกไปและทารกมีขนาดใหญ่ก็จะเป็นการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด (induction of labor) ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด

1.5 เวลาที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ (induction - abortion interval) ต้องไม่นานจนเกินไป โดยทั่วไปต้องเกิดการแท้งภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังให้ยา เพราะถ้านานกว่านั้นหรือเป็นเวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนการตั้งครรภ์ย่อมยุติด้วยตัวเองอยู่แล้ว

1.6 คุณสมบัติอื่น ๆ ที่สามารถนำไปใช้ทางคลินิกได้ เช่น

- มีประสิทธิภาพสูง อย่างน้อยควรมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการใช้เครื่องดูดสุญญากาศเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก
- ใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน ใ้ยาครั้งเดียว ไม่ต้องซ้ำหลายครั้ง
- ปลอดภัย มีผลข้างเคียงน้อย
- ราคาไม่แพงเกินไป
- มีใช้อย่างกว้างขวางทั่วไป

2. จุดเปลี่ยนของการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา

ในอดีต การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา (medical termination of pregnancy) ไม่มีกรกล่าวถึงมากนัก เนื่องจากไม่มีตัวยามีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้เกิดการแท้งได้ ยาที่สำคัญในทางสูติกรรมในยุคแรก ๆ คือ oxytocin และ ergot alkaloids มีความสามารถทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวรุนแรง oxytocin เป็นยาที่ถูกนำมาใช้ทางสูติกรรมมากที่สุดนับตั้งแต่มีการสังเคราะห์ได้ในปี ค.ศ.1955 แต่ก็ไม่อาจใช้ชักนำมดลูกในระยะไตรมาสแรกหรือไตรมาสที่สองให้บีบรัดตัวจนเกิดการแท้งได้ แม้กระทั่งนำมาใช้ชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ (induction of labor) ในไตรมาสที่สามก็ยังได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจนัก ทั้งนี้เนื่องจาก oxytocin receptor ในกล้ามเนื้อมดลูกจะเพิ่มปริมาณมากก็ต่อเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดเท่านั้น ในทางคลินิกจึงมีการใช้ oxytocin ในกรณีมดลูกหดตัวไม่เพียงพอในระยะเจ็บครรภ์ (hypotonic uterine contraction) และในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่แข็งตัว (uterine atony) นอกจากนี้ยาที่ได้จากสาร ergot alkaloids เช่น methylergonovine และ methylergometrine (methergin) สามารถกระตุ้นกล้ามเนื้อมดลูกให้หดตัวแบบ tetanic ได้แต่ก็ไม่เพียงพอในการทำให้เกิดการแท้ง ในทางคลินิกมีการนำมาใช้หลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดจากมดลูกไม่แข็งตัวเท่านั้น

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา อาจเรียกได้ว่าในปัจจุบันมีเทคนิคที่ใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัยในทุกอายุครรภ์ ปัจจัยที่สำคัญมีสองประการ คือ การค้นพบยาสำคัญในกลุ่มของ progesterone antagonist ได้แก่ Mifepristone (RU 486) และการนำเอา prostaglandin analogue ชื่อ Misoprostol (เช่น Cytotec®) ซึ่งเป็นยารักษาโรคกระเพาะอาหารมาใช้ทางสูติกรรม ปัจจัยอีกประการหนึ่งคือการเคลื่อนไหวทั้งในด้านสังคมและการเมืองของกลุ่มสิทธิสตรี ที่ต้องการให้การยุติการตั้งครรภ์อยู่ในการตัดสินใจของสตรีผู้ตั้งครรภ์ สามารถเลือกรับประทานยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยไม่ต้องพึ่งวิธีสูติศาสตร์หัตถการจากแพทย์หรือผู้ให้บริการ

การนำ Misoprostol มาใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ ร่วมกับ Mifepristone

1. Misoprostol

ยาตัวแรกที่พบทางสำคัญในการยุติการตั้งครรภ์คือ Misoprostol ซึ่งเป็นตัวยาสังเคราะห์ให้ออกฤทธิ์เหมือนสาร prostaglandin ในธรรมชาติ (prostaglandin analogues) Misoprostol มีจุดเด่นเหนือ prostaglandin analogue ตัวอื่นคือเป็นยาเม็ด (tablet) ใช้ง่าย ไม่ต้องแช่เย็น เก็บได้นาน ใช้ได้หลายวิธี คือกินทางปาก, อมใต้ลิ้น (sublingual), อมในกระพุ้งแก้ม (buccal), เหน็บช่องคลอด (vaginal suppository) หรือเหน็บทวารหนัก (rectal suppository) ได้ผลดีทั้งสิ้น ยาตัวนี้เดิมจดทะเบียนโดยบริษัท G.D. Searle ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้รักษาหรือป้องกันโรคแผลในกระเพาะอาหารอันเกิดจากการใช้ยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ใช้ชื่อการค้าจดทะเบียนว่า Cytotec® องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) จัดให้ยา Cytotec® อยู่ในกลุ่มยาอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์ (category X) เนื่องจากมีฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อมดลูกให้หดตัวรุนแรงและยังทำให้ปากมดลูกนิ่ม (cervical ripening) ต่อมาเริ่มมีรายงานเกี่ยวกับการนำ Misoprostol มาใช้ในทางสูติกรรมซึ่งเป็นการใช้นอกเหนือจากข้อบ่งชี้ในการจดทะเบียน (off-label use) เช่นการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด (induction of labor) และการรักษาการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่แข็งตัว (postpartum uterine atony) รวมทั้งการนำมาใช้ยุติการตั้งครรภ์ด้วย

Misoprostol เป็นสารสังเคราะห์ 15-deoxy-16-hydroxy-16-methyl analogue ของ prostaglandin E1 ละลายในน้ำได้สารละลายใส มีจำหน่ายเป็นเม็ดขนาด 100 และ 200 ไมโครกรัม เมื่อกินทางปากจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วและถูกเปลี่ยนให้เป็น Misoprostol acid ซึ่งเป็น active metabolite ระดับของ Misoprostol acid ในกระแสเลือดจะสูงสุดประมาณ 30 นาที หลังกินยาและจะลดระดับลงอย่างรวดเร็ว⁽⁵⁾ การดูดซึมของ Misoprostol ในกระเพาะอาหารถูกรบกวนจากอาหารอื่น ๆ หรือยาลดกรด (antacid) Misoprostol มี half-life 20-40 นาที ถูกเผาผลาญ ที่ตับเป็นส่วนใหญ่และถูกขับทางอุจจาระและปัสสาวะ ดังนั้นควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยโรคตับ แต่ในผู้ป่วยโรคไตถ้ายังไม่ต้องทำ renal dialysis ก็ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยา⁽⁶⁾ การไช่ยาโดยเหน็บทางช่องคลอดให้ผลดีกว่ากินทางปากและยังมีอาการข้างเคียงน้อยกว่า อาการข้างเคียงที่สำคัญของ Misoprostol คือคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ไข้หนาวสั่น การใช้ Misoprostol โดยการใช้วิธีอมใต้ลิ้น หรืออมในกระพุ้งแก้มให้ผลดีกว่ากินทางปากเนื่องจากไม่ต้องผ่านกระบวนการดูดซึมในกระเพาะอาหารและกระบวนการ first pass metabolism ในตับ

มีรายงานการเกิด Mobius's syndrome (congenital facial paralysis) ในทารกที่มารดาได้รับ Misoprostol เพื่อยุติการตั้งครรภ์แล้วล้มเหลว⁽⁷⁾ และจากการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มทารกที่เกิด Mobius's syndrome พบว่ามารดาได้รับ Misoprostol ในระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าในกลุ่มที่ทารกปกติ มีรายงานถึงการเกิดความผิดปกติของกระดูกโครงกระดูกของใบหน้าของทารกที่มารดาได้รับ Misoprostol ในไตรมาสแรก⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามความผิดปกติเหล่านี้พบได้น้อยมาก และเกิดขึ้นประปราย เป็นการยากที่จะสรุปว่าทั้งหมดเป็นผลจากการใช้ Misoprostol ในไตรมาสแรก เนื่องจาก Misoprostol เป็นยาที่จัดอยู่ใน category X คือห้ามใช้ในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นในกรณีที่มีผลจากการใช้ Misoprostol เพื่อยุติตั้งครรภ์ จึงไม่ควรจะตั้งครรภ์ต่อ ควรใช้วิธีทางศัลยกรรมเพื่อยุติการตั้งครรภ์ให้เด็ดขาด หากสตรีต้องการตั้งครรภ์ต่อ จำเป็นต้องให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความผิดปกติในทารกเหล่านี้

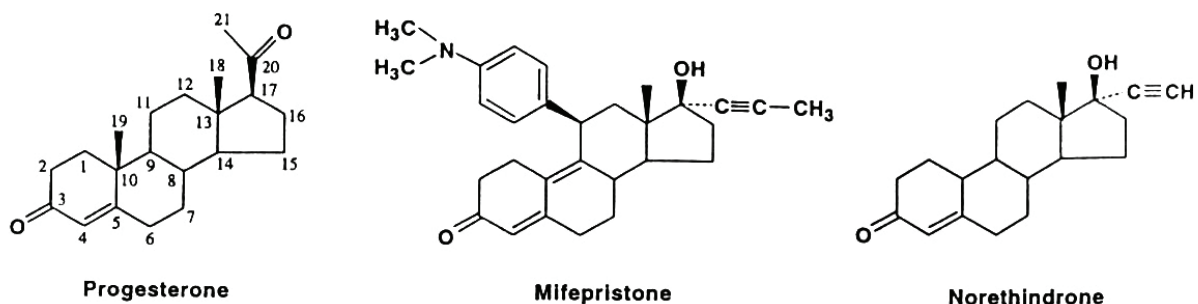
แม้ว่าการใช้ Misoprostol อย่างเดียว จะใช้ยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างน่าพอใจ แต่ก็ยังให้ผลไม่ดีเท่ากับการใช้ร่วมกับ Mifepristone (RU486) โดยพบว่าการใช้ RU486 ก่อนเพื่อทำให้เกิดการตายและการตายเฉพาะส่วนของเนื้อเยื่อชั้นนอกสุดของตัวอ่อน และตามด้วยการกระตุ้นมดลูกบีบตัวด้วย Misoprostol ทำให้ระยะเวลาของการแท้งลง เวลาตั้งแต่ให้ยาจนถึงการแท้ง (induction - abortion interval) สั้นกว่าการใช้ Misoprostol เพียงชนิดเดียว ดังนั้นในปี ค.ศ. 2005 องค์การอนามัยโลกได้เพิ่มรายการยา Mifepristone และ Misoprostol ใช้ร่วมกันในการยุติการตั้งครรภ์ ไว้ในบัญชียาหลัก (Essential Drug List)⁽²⁾

2. Mifepristone

ในปี ค.ศ. 1981 นักวิทยาศาสตร์ของบริษัท Roussel-Uclaf กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส สามารถสังเคราะห์สารต่อต้านโปรเจสเตอโรนได้เป็นครั้งแรก ให้ชื่อว่า RU 38486 ต่อมาเรียกสั้น ๆ ว่า RU 486 และตั้งชื่อทางเคมีว่า Mifepristone มีคุณสมบัติเด่นคือ สามารถแย่งจับกับ progesterone receptor และ glucocorticoid receptor ได้ดีมาก และยังมี half-life ที่ยาวถึง 20 ชั่วโมง ในทางคลินิกจึงนำมาให้เป็น สารที่มีหน้าที่ยับยั้งการทำงานของ progesterone และ glucocorticoid ได้ดี

Mifepristone มีโครงสร้างทางเคมีคล้ายคลึงกับ progesterone และ glucocorticoid ที่แตกต่างกันคือไม่มี methyl group ที่ตำแหน่ง C19 และไม่มี 2-carbon side chain ที่ตำแหน่ง C17 ที่มีเพิ่มขึ้นคือ มี double bond ที่ตำแหน่ง C9 และ C10 (รูปที่ 5-1) Mifepristone เป็น derivative ของ norethindrone (norethisterone) แต่เพิ่ม dimethylaminophenyl group ที่ตำแหน่ง 11 beta และ l-propynyl chain ที่ตำแหน่ง 17 alpha การเปลี่ยนโครงสร้างที่ตำแหน่งทั้งสองทำให้ Mifepristone มีความสามารถจับ receptor ได้ดีกว่า norethindrone และออกฤทธิ์เป็น progesterone antagonist⁽⁸⁾

Mifepristone เมื่อกินทางปากจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วและให้ระดับในกระแสเลือดสูงที่สุดใน 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นระดับที่วัดได้อยู่ในระดับ micromolar ต่อลิตรไปอีก 5-7 วัน พบว่าถ้าให้ขนาดมากกว่า 100 mg จะมี pharmacokinetic ที่ไม่แตกต่างกัน สันนิษฐานว่าเนื่องจากเกิดการอิมมูตวในการจับกับ alpha-1-protein ซึ่งเป็น binding protein ในกระแสเลือด Mifepristone จะถูก metabolised ผ่านกระบวนการ demethylation และ hydroxylation ที่ตับได้ active metabolites อีกหลายตัว ซึ่งร่วมกันออกฤทธิ์ biologic action ของ Mifepristone⁽⁹⁾



รูปที่ 5-1 เปรียบเทียบโครงสร้างของ progesterone, Mifepristone และ norethindrone⁽⁸⁾

2.1 การออกฤทธิ์ของยา Mifepristone ต่อร่างกาย

การออกฤทธิ์ของ Mifepristone ขึ้นกับระยะของรอบเดือนและขนาดยาที่ให้ มีการศึกษาให้ Mifepristone 3 มิลลิกรัม/กิโลกรัม แก่สตรีในวันที่ 1-3 ของรอบเดือน พบว่าไม่มีผลอะไร แต่ถ้าให้ขนาดเดียวกันในวันที่ 5-8 ของรอบเดือน พบว่า follicular phase ยาวขึ้นจากค่าเฉลี่ย 15.6 เป็น 28.6 วัน ทำให้อบประจำเดือนยาวขึ้นด้วย ในระหว่างที่ให้ยาพบว่าระดับ estradiol ในเลือดลดลงมาก ระดับ FSH และ LH ก็ลดลง แต่ไม่มากเท่า estrogen ระดับของ ACTH, cortisol และ progesterone เพิ่มขึ้นเล็กน้อย การศึกษาขนาด Mifepristone 100 มิลลิกรัม ต่อวัน ให้ติดต่อกันในวันที่ 10-17 ของรอบเดือนพบว่าได้ผลเช่นเดียวกัน การศึกษาขนาดยาที่ต่ำลงมาก คือ 25 มิลลิกรัม ต่อวัน ให้ติดต่อกันในวันที่ 1-21 ของรอบเดือนพบว่า รอบเดือนยาวขึ้นโดยเฉลี่ย 12.6 วัน โดยมี estradiol และ progesterone อยู่ในระดับต่ำ⁽⁸⁾

ถ้าให้ Mifepristone ในระยะ luteal phase พบว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับเยื่อบุมดลูก โดยจะมีการยับยั้งการเกิด secretory change ของ endometrial glands มีการเสื่อมสลายของระบบหลอดเลือด และมีการเพิ่มของ stroma รวมทั้ง estrogen receptors ตามมาด้วยการหลุดลอกของเยื่อบุมดลูก เป็นเลือดประจำเดือน⁽¹⁰⁾

มีการศึกษาให้ Mifepristone ขนาดต่าง ๆ ตั้งแต่ 600, 50 จนถึง 10 มิลลิกรัม ให้กินทางปากครั้งเดียวหลังร่วมเพศที่ไม่มีการป้องกัน ภายในเวลาไม่เกิน 120 ชั่วโมง พบว่าสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดี โดยมีอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ 1.2-1.3⁽¹¹⁾

สรุปได้ว่า Mifepristone สามารถยับยั้งการเจริญของ follicle สามารถยับยั้งการตกไข่ และน่าจะยับยั้งการฝังตัวของตัวอ่อนโดยที่ไปเปลี่ยนแปลงสภาพของเยื่อบุมดลูก ต่อมาจึงมีการนำมาใช้ในทางคลินิกเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดที่ปราศจาก estrogen รวมทั้งนำมาใช้เป็นยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน

2.2 การนำ Mifepristone ใช้ยุติการตั้งครรภ์

เป็นที่ทราบดีว่า โปรเจสเตอโรน เป็นฮอร์โมนที่จำเป็นสำหรับการตั้งครรภ์ โปรเจสเตอโรนจาก corpus luteum of pregnancy ช่วยเปลี่ยนแปลงเยื่อโพรงมดลูกให้เป็น decidua สำหรับให้ตัวอ่อนได้ฝังตัวและเจริญเติบโตต่อไป การให้ progesterone antagonist ย่อมไปขัดขวางกระบวนการดังกล่าว นำมาซึ่งการเสื่อมสลายของชั้น decidua และตามด้วยการหลุดลอกของตัวอ่อนทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง Mifepristone เป็นหนึ่งใน progesterone antagonist และเป็นตัวที่ได้ถูกนำมาศึกษาวิจัยมากที่สุด ในช่วงแรก ๆ การใช้ Mifepristone อย่างเดียว ในขนาดต่าง ๆ สามารถทำให้เกิดการแท้งครบได้ประมาณร้อยละ 50-80 และหากอายุครรภ์เกินไตรมาสแรกก็ได้ผลต่ำลง ซึ่งรายงานการวิจัยต่าง ๆ ให้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจนัก ต่อมาจึงมีผู้นำ prostaglandin analogue เข้ามาใช้ร่วมกับ Mifepristone พบว่าได้ผลดีมาก โดยมีอัตราแท้งครบร้อยละ 91-97 ซึ่งใกล้เคียงกับการใช้ vacuum aspiration⁽¹²⁾

ในปี ค.ศ.1998 ฝรั่งเศสเป็นประเทศแรกที่มีการขึ้นทะเบียนการใช้ Mifepristone ร่วมกับ prostaglandin analogue ในการยุติการตั้งครรภ์ (ในอายุครรภ์น้อย ๆ) และติดตามด้วยประเทศต่าง ๆ เช่น ออสเตรเลีย เบลเยียม จีน เดนมาร์ก สหราชอาณาจักร อิสราเอล นอร์เวย์ รัสเซีย อัฟริกาใต้ สวีเดน ไต้หวัน สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา องค์การอาหารและยา (FDA) ให้การรับรองการใช้ Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol เพื่อยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ไม่เกิน 49 วัน ในเดือนกันยายน ค.ศ.2000⁽¹³⁾ ข้อกำหนด ที่เป็นที่ยอมรับในระยะแรกคือ ใช้ Mifepristone 600 มิลลิกรัม รับประทาน แล้วตามด้วย Misoprostol 400 ไมโครกรัม รับประทาน ในเวลา 36-48 ชั่วโมงต่อมา ซึ่งมีรายงานอัตราแท้งครบสูงร้อยละ 92-98 ในปี ค.ศ.2003 องค์การอนามัยโลกแนะนำข้อกำหนดใหม่ โดยลดขนาดของ Mifepristone ให้เหลือเพียง 200 มิลลิกรัม และยืดอายุครรภ์จาก 49 วันออกไปเป็น 63 วัน⁽¹³⁾ โดยแนะนำว่าอายุครรภ์เกินกว่า 49 วันหลังประจำเดือนครั้งสุดท้าย ให้ใช้ Misoprostol เหน็บช่องคลอดจะได้ผลดีกว่าการรับประทาน ซึ่งแม้ในปัจจุบันยังมีการศึกษาที่กำลังดำเนินต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการใช้ Misoprostol

หลาย ๆ ครั้ง เพื่อลดจำนวนวันของการมีเลือดออกหลังแท้ง หรือการให้ Misoprostol แบบอมใต้ลิ้น เพื่อหลีกเลี่ยงการเหน็บช่องคลอดและลดอาการข้างเคียงทางกระเพาะลำไส้จากการรับประทาน ในระหว่างอายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์ การใช้ Mifepristone 200 มิลลิกรัม กินตามด้วย Misoprostol 800 ไมโครกรัม เหน็บทางช่องคลอด ได้ผลสำเร็จร้อยละ 92 – 97^(14, 15)

ในอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ หรือในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ มดลูกมีขนาดใหญ่ขึ้น การใช้ prostaglandin analogue ครั้งเดียวอาจได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ ต้องใช้ซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง มีการศึกษาการใช้ Mifepristone 200 มิลลิกรัม รับประทานตามด้วย Misoprostol 800 ไมโครกรัม เหน็บช่องคลอดภายใน 36-48 ชั่วโมง แล้วตามด้วย Misoprostol 400 ไมโครกรัม รับประทานหรือเหน็บทุก 3 ชั่วโมง ได้ผลสำเร็จถึงร้อยละ 97 ซึ่งอาจต้องใช้ Misoprostol ถึง 5 ครั้ง หรือใช้ gemeprost 1 มิลลิกรัม ทางช่องคลอดแล้วซ้ำทุก 6 ชั่วโมงอีก 4 ครั้ง และถ้าจำเป็นซ้ำได้อีกทุก 3 ชั่วโมงอีก 4 ครั้ง พบว่าร้อยละ 80 เกิดการแท้งภายใน 24 ชั่วโมงและร้อยละ เกิดการแท้งภายใน 48 ชั่วโมง⁽³⁾

สถานการณ์การใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ ในประเทศไทย

เนื่องจาก Mifepristone เป็นยาที่ยังไม่ได้รับการจดทะเบียนในประเทศไทย เช่นเดียวกับอีกหลายประเทศในโลกที่มีกฎหมายเข้มงวดจำกัดเงื่อนไขในการยุติการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์จึงใช้วิธีทางศัลยกรรมแทบทั้งหมด ได้แก่การทำ suction curettage ในไตรมาสแรกและการทำ intra-amniotic hypertonic saline instillation ในไตรมาสที่สอง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา เริ่มมีการใช้ Misoprostol มาใช้ยุติการตั้งครรภ์ Misoprostol เป็นยาที่จดทะเบียนในประเทศไทย ใช้รักษาและป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร มีราคาถูก การนำมาใช้ในทางสูติกรรมรวมทั้งนำมาใช้ยุติการตั้งครรภ์เป็นการใช้นอกเหนือวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในใบกำกับยา การยุติการตั้งครรภ์โดยการใช้ยาในประเทศไทยเป็นการใช้ Misoprostol อย่างเดียวจากการศึกษาของยงยุทธ เหวราษฎร์และคณะ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ พบว่าได้ผลดี แต่ก็เป็นการยุติการตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สอง ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นการตั้งครรภ์ที่ทารกถูกวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติจากการเจาะน้ำคร่ำตรวจโครโมโซมหรือมารดามีภาวะติดเชื้อ HIV

พัฒนาการของยาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีความก้าวหน้ามากขึ้นเป็นลำดับ การศึกษาที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก เป็นการศึกษาประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้ในหลายประเทศทั่วโลก และได้้นำข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าวมาเป็นข้อเสนอนะในการใช้ยา ขนาดยาในการศึกษาประกอบด้วยการใช้ยา 2 ชนิดร่วมกัน ได้แก่ การรับประทาน Mifepristone 200 มิลลิกรัม จำนวน 1 เม็ด และ 24-48 ชั่วโมงตามด้วย Misoprostol 200 ไมโครกรัม จำนวน 4 เม็ด สอดช่องคลอด พบว่ายามีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 95 มีความปลอดภัย และความพึงพอใจสูงในกลุ่มผู้ใช้ยา^(19, 20) ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 องค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาค่าการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ ในหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งที่โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยเปรียบเทียบขนาดและวิธีการใช้ยา Misoprostol พบว่าการยุติการตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน โดยใช้ยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol นั้น ขนาดยา Misoprostol 800 ไมโครกรัม ให้ผลดีกว่า 400 ไมโครกรัม ภายหลังจากกิน Mifepristone 200 ไมโครกรัม ไปแล้ว 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้ยา Misoprostol โดยสอดทางช่องคลอด และอมใต้ลิ้น ประสิทธิภาพการยุติการตั้งครรภ์ไม่ต่างกัน แต่ต่างกันที่อาการข้างเคียง โดยวิธีการอมใต้ลิ้น ทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้มากกว่าการสอดทางช่องคลอด⁽²¹⁾

ในปี พ.ศ. 2555-2556 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น โดยการสนับสนุนจากมูลนิธิคอนเซ็ปต์ ได้ทำการศึกษาการใช้ยา Mifepristone และ Misoprostol ร่วมกันในการยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน จำนวน 200 ราย โดยใช้ยาตามขนาดและวิธีการที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพการใช้ยาร้อยละ 95⁽²²⁾ อีกทั้งไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง และพบว่าผู้รับบริการร้อยละ 98 พอใจมากถึงพอใจมากที่สุด นอกจากนี้ผลที่ได้จากการศึกษาระบบบริการได้นำมาเป็นต้นแบบในการขยายโครงการสู่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค

พ.ศ. 2556 ได้มีการขยายการศึกษาดังกล่าวนี้สู่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคเพิ่มขึ้นอีก 5 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งโรงพยาบาลเชิงรายนครราชสีมา โรงพยาบาลแพร่ และโรงพยาบาลน่าน โดยการเก็บข้อมูลแต่ละ 50 ราย ซึ่งคาดว่าจะแล้วเสร็จประมาณเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 นี้

การใช้ยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol สำหรับยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน ในประเทศไทย

การศึกษากการใช้ยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol ในโครงการนำร่องและโครงการในส่วนขยายเพื่อศึกษากการใช้ยาในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ในผู้รับบริการที่อายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน ตามมาตรฐานการใช้ยาที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก (ตารางที่ 5-1)⁽⁴⁾ และ FIGO ซึ่งตำหรับยาดังกล่าวนี้ยังมีให้บริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษากและมีให้บริการต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน โดยมีขั้นตอนการใช้ยาดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5-1. การใช้ Mifepristone และ Misoprostol ในอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์⁽⁴⁾

การใช้ยา Mifepristone และ Misoprostol ร่วมกันในการยุติการตั้งครรภ์ (WHO, 2014) ⁽⁴⁾	
ข้อกำหนดขนาดยาในอายุครรภ์เท่ากับหรือน้อยกว่า 9 สัปดาห์ (< 63 วัน)	ข้อกำหนดขนาดยาในอายุครรภ์ เท่ากับ 9 - 12 สัปดาห์ (64-84 วัน)
Mifepristone 200 มิลลิกรัม จำนวน 1 เม็ด	
โดยการรับประทาน	
หลังรับประทาน Mifepristone 24-48 ชั่วโมง ให้ตามด้วย Misoprostol	
o Misoprostol 800 ไมโครกรัม (เม็ดละ 200 ไมโครกรัม) ครั้งเดียว	o Misoprostol 800 ไมโครกรัม ครั้งแรก ต่อจากนั้น 3 ชั่วโมงให้ 400 ไมโครกรัม (เม็ดละ 200 ไมโครกรัม) ทุก 3 ชั่วโมง จนเกิดการยุติการตั้งครรภ์ แต่ไม่เกิน 5 ครั้ง
o Vaginal หรือ sublingual	o Vaginal ครั้งแรก ครั้ง ถัดมาใช้ทาง sublingual

1. การคัดกรองผู้รับบริการและข้อห้ามใช้

1.1 การคัดกรองผู้รับบริการ

- (1) สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ตามกฎหมายและ/หรือข้อกำหนดของแพทยสภา
- (2) ไม่มีข้อห้ามใช้ทางการแพทย์*
- (3) อายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน ในวันที่ใช้ยาครั้งแรก
- (4) ไม่มีประวัติแพ้ยา Mifepristone, Misoprostol หรือ prostaglandin
- (5) ยืนยันว่าไม่ตั้งครรภ์นอกมดลูก
- (6) ไม่เป็นโรคเลือด หรืออยู่ในระหว่างการใช้ยาที่มีฤทธิ์ป้องกันการแข็งตัวของเลือด

1.2 ข้อห้ามใช้ในผู้รับบริการ*

- (1) การตั้งครรภ์นั้นไม่ได้รับการยืนยันด้วยการตรวจทางสูตินรีเวช หรือ การตรวจ อัลตราซาวด์ หรือมีอายุครรภ์มากกว่า 63 วัน
- (2) ต่อมหมวกไตวายเรื้อรัง (chronic adrenal failure)
- (3) มีประวัติแพ้หรือไวต่อยา Mifepristone หรือ Misoprostol
- (4) มีประวัติการแพ้ยาพอสตาแกลนดิน
- (5) เป็นโรคหอบหืดอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยา
- (6) มีประวัติเลือดออกง่าย หรืออยู่ในช่วงที่ใช้ยาเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด
- (7) มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์นอกมดลูก

2. วิธีและขั้นตอนการให้ยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol ในอายุครรภ์เท่ากับ หรือน้อยกว่า 9 สัปดาห์ (< 63 วัน)

การใช้และสั่งจ่ายยาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ (Medical Termination of Pregnancy – MTP) ต้องกระทำโดยแพทย์ ผู้ได้รับอนุญาต ผู้ซึ่งสามารถคำนวณอายุครรภ์และวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้แพทย์จะต้องสามารถทำการดูด หรือขูดมดลูก หรือส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการดูดหรือขูดมดลูกในสถานพยาบาลอื่นที่มีความพร้อมได้ในกรณีที่การยุติการตั้งครรภ์ไม่สมบูรณ์หรือหากผู้ป่วยมีเลือดออกมากเกินไป บางกรณีผู้รับบริการอาจมีความจำเป็นต้องได้รับการให้เลือดหรือรับการช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน แพทย์ผู้ให้ยา จะต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลที่ให้บริการฉุกเฉินดังกล่าวได้ในระหว่างที่อยู่ในกระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีให้ยา

แพทย์ผู้ให้ยาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ จะต้องอธิบายขั้นตอนและวิธีการให้ยาโดยละเอียดแก่ผู้รับบริการ ที่เลือกยุติการตั้งครรภ์โดยให้ยา และต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการมีความเข้าใจเป็นอย่างดี

ห้ามให้ยายุติการตั้งครรภ์แก่ผู้รับบริการที่อาจไม่เข้าใจขั้นตอนและวิธีการให้ยา หรือไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการให้ยาตามที่กำหนดได้

วันที่ 1: การพบแพทย์ครั้งที่ 1 เพื่อให้ยา Mifepristone

ผู้หญิงที่เลือกวิธียุติการตั้งครรภ์โดยให้ยา ให้รับประทานยาเม็ด Mifepristone 1 เม็ด (ขนาด 200 มิลลิกรัม) ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่ได้รับอนุญาตในสถานพยาบาล

สำหรับผู้รับบริการที่ตัดสินใจใช้ยา Misoprostol ที่บ้าน ผู้ให้บริการควรให้คำแนะนำดังนี้:

1. วิธีใช้ยา Misoprostol โดยล้างมือให้สะอาดและสอดยาในช่องคลอดให้ลึกที่สุด หรืออมใต้ลิ้น
2. อาการและอาการแสดงที่ต้องพบแพทย์ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน
3. วิธีการสังเกตและดูแลอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยา (ผู้รับบริการสามารถนำแผ่นพับ การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังใช้ยา กลับบ้านได้)
4. จัดยา Misoprostol ให้นำกลับบ้าน และให้ยาแก้ปวดกลับไปด้วย
5. กินยา Mifepristone ต่อหน้าผู้ให้บริการ
6. มาตรวจตามนัด

วันที่ 2-3: การพบแพทย์ครั้งที่ 2 เพื่อใช้ยา Misoprostol

ภายใน 1-2 วันหลังกิน Mifepristone (24-48 ชั่วโมง นับจากวันแรกที่ใช้ยา Mifepristone) หากผู้รับบริการต้องกลับมายังสถานพยาบาลเดิมอีกครั้งเพื่อรับยา Misoprostol จำนวน 4 เม็ด ๆ ละ 200 ไมโครกรัม (รวม 800 ไมโครกรัม) โดยการสอดช่องคลอดหรืออมใต้ลิ้น แนะนำให้ปฏิบัติดังนี้

1. หากเลือกใช้ยา Misoprostol โดยการสอดช่องคลอด ให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้สอดยาให้ โดยสอดยาผ่านช่องคลอดเข้าไปให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้ จากนั้นจึงพักอยู่ในท่านอนต่อไปอีกอย่างน้อย 30 นาที
2. หากเลือกใช้ยา Misoprostol โดยการอมใต้ลิ้น แนะนำให้ผู้รับบริการอมยา 2 เม็ดแรกไว้ใต้ลิ้นแล้วรอให้ละลายหมดก่อนหรืออย่างช้า 20-30 นาที หากยาละลายไม่หมด ให้เคี้ยวยาเม็ดที่เหลือและกลืน จากนั้นจึงอมที่เหลืออีก 2 เม็ด หรืออาจให้ออมพร้อมกัน 4 เม็ด โดยวางยาไว้ใต้ลิ้นข้างละ 2 เม็ด (2+2) ในระหว่างที่อมยาหากมีน้ำลายในปากมาก ให้กลืนน้ำลาย แต่ห้ามกลืนยา
3. หลังจากได้รับยา Misoprostol แล้ว แพทย์หรือผู้ให้บริการควรเตรียมยาเพื่อบรรเทาอาการปวดท้องน้อย หรืออาการข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหารอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น
4. ก่อนกลับบ้าน แพทย์ควรอธิบายโดยละเอียดถึงอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง และให้ยาแก่ผู้รับบริการตามความจำเป็น รวมทั้งวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อีกทั้งควรให้หมายเลขโทรศัพท์สำหรับการติดต่อกับแพทย์ ก่อนกลับบ้านเพื่อสอบถามเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้นอกจากนี้ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ หรือมายังสถานพยาบาลด้วยตัวเอง ตลอดเวลาที่อยู่ในระหว่างกระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา

วันที่ 10-14: การพบแพทย์ครั้งที่ 3 เพื่อตรวจติดตามผลหลังการใช้ยา

ผู้รับบริการต้องกลับมาที่สถานพยาบาลเดิมอีกครั้งภายใน 10-14 วัน (นับจากวันแรกที่ใช้ยา Mifepristone) เพื่อรับการตรวจประเมินผลหลังจากการใช้ยา โดยแพทย์จะตรวจร่างกายหรือตรวจอัลตราซาวด์ ตามความเหมาะสม การพบแพทย์ครั้งที่ 3 นี้จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมาก

หากพบผู้รับบริการที่ได้รับยาแล้วแต่ยังคงตั้งครรภ์อยู่ ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อความพิการของทารกอันอาจเกิดจากยา ในกรณีนี้แนะนำให้แพทย์ใช้วิธีการทางหัตถการ เช่น การใช้เครื่องมือดูดสุญญากาศเพื่อยุติการตั้งครรภ์ให้สมบูรณ์

3. คำแนะนำสำหรับผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา

3.1 โอกาสที่การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาล้มเหลว

ความล้มเหลวจากการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาเกิดขึ้นได้ ดังนั้นแพทย์ควรแนะนำผู้รับบริการทุกรายดังนี้

1. มาพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามผลการใช้ยาเพื่อดูว่าการยุติการตั้งครรภ์นั้นสมบูรณ์หรือไม่
2. อาจมีความจำเป็นต้องทำการดูหรือขูดมดลูก เพื่อยุติการตั้งครรภ์ให้สมบูรณ์ ในกรณีที่การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยาไม่ได้ผล

3.2 อาการเลือดออก

แพทย์หรือผู้ให้บริการควรแจ้งให้ผู้รับบริการทราบว่า หลังการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา อาจมีอาการเลือดออกทางช่องคลอดเป็นเวลานานได้ (โดยเฉลี่ยประมาณ 13 วันหลังจากได้รับยา Misoprostol) มีเพียงบางรายที่มีเลือดออกมากจนจำเป็นต้องทำการดูหรือขูดมดลูกเพื่อให้เลือดหยุด อย่างไรก็ตามอาการเลือดออกทางช่องคลอดมิได้เป็นเครื่องพิสูจน์ว่าการยุติการตั้งครรภ์นั้นสมบูรณ์ เนื่องจากในรายที่การยุติการตั้งครรภ์ล้มเหลวก็มีการเลือดออกด้วยเช่นกัน ดังนั้นแพทย์ควรให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้รับบริการดังนี้

- (1) ไม่ควรเดินทางไปอื่นที่ไกลจากสถานพยาบาลจนกว่าจะได้รับการยืนยันว่าการยุติการตั้งครรภ์นั้นสมบูรณ์แล้ว
- (2) สามารถติดต่อแพทย์คนไหนหรือไปพบแพทย์ ได้ที่ไหนหากเกิดปัญหาหรือเหตุฉุกเฉินในระหว่างกระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มียเลือดออกมากทางช่องคลอด
- (3) ให้กลับมาตรวจติดตามผลการรักษา ภายใน 10–14 วัน หลังใช้ยา Mifepristone และ Misoprostol ทั้งนี้เพื่อประเมินว่าการแท้งนั้นสมบูรณ์หรือไม่ และดูว่าเลือดได้หยุดแล้วหรือมีปริมาณลดลงอย่างมากหรือไม่ ซึ่งการตรวจสามารถทำได้โดยวิธีการตรวจร่างกาย หรือการตรวจอัลตราซาวด์
- (4) หากผู้รับบริการยังคงมีเลือดออกอยู่หลังการตรวจติดตามผลการรักษา (แม้ในปริมาณไม่มาก) แนะนำให้กลับมาตรวจติดตามผลต่อในอีก 2–3 สัปดาห์ถัดไป เพื่อดูว่าเลือดได้หยุดแล้วหรือไม่ หากสงสัยว่าผู้รับบริการยังคงตั้งครรภ์ต่ออยู่ แพทย์จะทำการตรวจอัลตราซาวด์อีกครั้งเพื่อดูว่าทารกยังมีชีวิตอยู่หรือไม่

3.3 การติดเชื้อ

ระบบสืบพันธุ์จะไวต่อการติดเชื้อเมื่อปากมดลูกขยายตัวหลังการแท้งหรือการคลอดบุตร แม้ว่าข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานภายหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยายังมีไม่มาก แต่ก็แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานพบได้น้อยและอัตราการเกิดน้อยกว่าที่เกิดกับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้เครื่องดูดเนื้อเยื่อจากโพรงมดลูก (vacuum aspiration) อาการหลาย ๆ อย่างของการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เช่น อาการปวด เป็นต้น เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับโรค จึงทำให้การวินิจฉัยทำได้ยาก อาการที่แนะนำให้ผู้รับบริการกลับมาพบแพทย์ เช่น

- มีอาการปวดอุ้งเชิงกราน กดเจ็บที่ท้องหรือปีกมดลูก มีช่องเหลวไหลออกทางช่องคลอด และมีไข้ ควรมาพบ

แพทย์ที่สถานพยาบาลเดิม

3.4 อาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการใช้ยา

อาการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อาจเพิ่มขึ้นหลังได้รับยา Mifepristone และเพิ่มมากยิ่งขึ้นหลังได้รับยา Misoprostol แต่อาการเหล่านี้จะค่อย ๆ หายไปหลังจากเกิดการแท้งแล้ว ดังนั้นให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาดังนี้

- (1) อาการปวดท้อง (เนื่องจากมดลูกบีบตัว) เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดซึ่งเป็นที่ทั้งอาการข้างเคียงของยา Misoprostol และอาการที่เกิดปกติเมื่อต้องยุติการตั้งครรภ์ หากหลังการแท้งสมบูรณ์แล้วยังมีอาการปวดท้องอยู่ ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทันที เพื่อตรวจหาสาเหตุให้แน่ชัด
- (2) อาการท้องเสียเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยและสัมพันธ์กับขนาดยา Misoprostol โดยมากมักไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา
- (3) บางรายอาจมีอาการหนาวสั่น หรือมีอุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้นหลังจากได้รับยา Misoprostol
- (4) ความเสี่ยงอื่น ๆ เช่นเดียวกันกับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการดูดมดลูก

3.5 ข้อควรระวังในการใช้ยา

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้รับบริการ แพทย์และพยาบาล ควรอธิบายสิ่งต่อไปนี้แก่ผู้รับบริการ

- (1) การยุติการตั้งครรภ์จำเป็นต้องใช้ยา 2 ตัวควบคู่กัน โดยผู้รับบริการต้องกินยา Mifepristone ก่อน จากนั้น 24-48 ชั่วโมงต่อมาจึงรับยา Misoprostol โดยการสอดช่องคลอดหรืออมใต้ลิ้น
- (2) การพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามผลการรักษาภายใน 10-14 วัน หลังจากรับประทานยา Mifepristone เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อรับการตรวจประเมินว่าการแท้งนั้นสมบูรณ์หรือไม่
- (3) มีความเป็นไปได้ที่การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยาอาจไม่ได้ผล ซึ่งแพทย์อาจต้องทำการยุติการตั้งครรภ์ให้สมบูรณ์ โดยใช้วิธีการทางหัตถการ เช่น การดูดหรือขูดมดลูก
- (4) ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจแสดงว่าการยุติการตั้งครรภ์นั้นไม่สมบูรณ์ ก่อนเนื้อเยื่อในครรภ์ยังขับออกไม่หมด หรือเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก แพทย์ควรทำการตรวจรักษาด้วยวิธีที่เหมาะสมต่อไป
- (5) หากผลการวินิจฉัยพบว่าผู้รับบริการยังคงตั้งครรภ์ต่อไป แพทย์ควรใช้วิธีดูดหรือขูดมดลูกในการยุติการตั้งครรภ์แก่ผู้รับบริการ
- (6) หากการตั้งครรภ์นั้นเกิดระหว่างที่ผู้รับบริการใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด แพทย์จะต้องเอาห่วงอนามัยคุมกำเนิดนั้นออกก่อนที่จะให้ยา Mifepristone แก่ผู้รับบริการ
- (7) แม้ว่าผู้รับบริการประมาณร้อยละ 1-2 อาจมีการขับก้อนเนื้อเยื่อในครรภ์ออกมาก่อนที่จะได้รับยา Misoprostol อย่างไรก็ตามต้องให้ผู้รับบริการทุกรายใช้ยา Misoprostol และมาพบแพทย์อีกครั้ง เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา ซึ่งมีความจำเป็นในการรับการตรวจประเมินว่าการยุติการตั้งครรภ์นั้นสมบูรณ์หรือไม่

3.6 ข้อควรระวังในการใช้ยา ที่แพทย์ควรคำนึงถึง มีดังนี้

- (1) ผู้รับบริการที่มีการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ควรได้รับการรักษาก่อนที่จะรับยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์
- (2) อาการเลือดออกมาก ซึ่งจำเป็นต้องทำการขูดมดลูกเพื่อให้เลือดหยุด เกิดได้ประมาณร้อยละ 0.2–1.8 ของผู้ใช้ยายุติการตั้งครรภ์ แพทย์ควรให้การดูแลเป็นพิเศษ ในผู้รับบริการที่เป็นโรคเลือดออกผิดปกติ มีการแข็งตัวของเลือดช้ากว่าปกติ หรือเป็นโรคโลหิตจาง การที่ผู้รับบริการกลุ่มนี้จะเลือกวิธียุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยาหรือใช้วิธีสูติศาสตร์หัตถการ แพทย์ผู้ให้บริการควรจะพิจารณาร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเลือด
- (3) ผู้รับบริการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา แนะนำให้ใช้มาตรฐานการรักษาแบบเดียวกับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีอื่น สำหรับการตรวจกลุ่มเลือด Rh และการป้องกันการเกิด rhesus allo-immunisation
- (4) กรณีที่แพทย์สงสัยว่าผู้รับบริการมีภาวะต่อมหมวกไตวายเฉียบพลัน (acute adrenal failure) แนะนำให้ใช้ยาเด็กซามาโซน ซึ่งยาเด็กซามาโซน 1 มิลลิกรัม สามารถต้านฤทธิ์ยา Mifepristone ขนาด 400 มิลลิกรัม ได้
- (5) เนื่องจาก Mifepristone มีฤทธิ์ต้านฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ จึงอาจทำให้ประสิทธิภาพการรักษาของยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่ใช้เป็นเวลานาน เช่น ยาพ่นกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้รับบริการโรคหอบหืด ลดลงในช่วง 3–4 วัน หลังได้รับยา Mifepristone จึงอาจจำเป็นต้องทำการปรับขนาดยา ดังกล่าว
- (6) โดยทฤษฎีแล้ว ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) รวมถึงยาแอสไพรินอาจทำให้ยายุติการตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพลดลงเนื่องจากมีฤทธิ์ต้านพรอสตาแกลนดิน อย่างไรก็ตามข้อมูลที่มีอยู่จำกัดแสดงให้เห็นว่า การให้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ร่วมกับยา Misoprostol ไม่มีผลกระทบต่อฤทธิ์ของยา Mifepristone และยา Misoprostol และไม่ทำให้ประสิทธิภาพในการยุติการตั้งครรภ์ลดลง
- (7) มีรายงานผลข้างเคียงร้ายแรงต่อระบบหัวใจหลอดเลือดหลังจากการได้รับยาในกลุ่มสารสังเคราะห์ที่มีโครงสร้างคล้ายพรอสตาแกลนดิน (prostaglandin analogue) โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แม้ว่าอาการดังกล่าวจะพบได้น้อย แต่ผู้รับบริการที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ ควรได้รับการดูแลอย่างระมัดระวัง
- (8) ผู้รับบริการควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม ในช่วงการให้ยา Misoprostol และระหว่าง 3 ชั่วโมงหลังจากให้ยาแล้ว หรือตามที่แพทย์เห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อดูการออกฤทธิ์และผลของยา Misoprostol

4. อันตรกิริยากับยาอื่นๆ (Drug interaction)

เนื่องจากยาที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์เป็นยาที่ใช้เพียงครั้งเดียว จึงไม่มีการศึกษาเรื่องอันตรกิริยากับยาอื่นๆ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเมแทบอลิซึมของยา Mifepristone เกี่ยวข้องกับ CYP3A4 จึงเป็นไปได้ว่ายาคีโตโคนาโซล ไอโทราโคนาโซล อิริโทรมัยซิน และน้ำเกรฟฟรุต อาจยับยั้งการเมแทบอลิซึมของ Mifepristone และทำให้ระดับยาในเลือดสูงขึ้นได้ และยาไรแฟมพิซิน เด็กซามาโซน เซนต์จอห์น เวิร์ธ และยากันชักบางชนิด เช่น ฟินัยโทอิน ฟิโนบาร์บิทอล คาร์บามาซีพีน อาจจะกระตุ้นการเมแทบอลิซึมของ Mifepristone และทำให้ระดับยาในเลือดลดลงได้

จากการศึกษาในหลอดทดลองพบว่ายา Mifepristone อาจทำให้ความเข้มข้นในเลือดของยาที่เป็นซับสเตรทของ CYP3A4 สูงขึ้น ซึ่งอันตรกิริยาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเป็นเวลานานหลังจากได้รับยา Mifepristone เนื่องจากการกำจัดยา Mifepristone ออกจากร่างกายเป็นไปอย่างช้า ๆ ดังนั้นจึงควรระมัดระวังเมื่อต้องให้ยา Mifepristone ร่วมกับยาที่เป็นซับสเตรทของ CYP3A4 ที่มีช่วงขนาดยาที่ให้ผลในการรักษาแคบรวมถึงสารบางชนิดที่ใช้ในการทำให้สลบ

5. อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction)

5.1 ระบบสืบพันธุ์

- (1) เลือดออกมาก พบได้มากถึงร้อยละ 5 และประมาณร้อยละ 1.8 อาจจำเป็นต้องทำการขูดมดลูกเพื่อให้เลือดหยุดหรือต้องให้เลือด
- (2) มดลูกบีบตัวหรือเกร็ง พบได้บ่อยมาก (มากถึง ร้อยละ 70–80) ภายหลังจากได้รับยา Misoprostol
- (3) ในการยุติการตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสที่ 2 หรือการกระตุ้นการคลอดของทารกที่เสียชีวิตในครรภ์ มีรายงานการเกิดมดลูกทะลุภายหลังผู้รับบริการได้รับยาพรอสตาแกลนดิน อาการนี้พบได้ไม่บ่อยและเกิดเฉพาะกับสตรีที่เคยมีบุตรมาแล้วหลายคนหรือเคยผ่านการผ่าท้องเพื่อคลอดบุตร
- (4) การติดเชื้อภายหลังการยุติการตั้งครรภ์ เช่น เยื่อปมดลูกอักเสบ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ทั้งที่สงสัยว่าจะเป็นและมีผลยืนยัน พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1

5.2 ระบบทางเดินอาหาร

- (1) อาการปวดเกร็งท้องเล็กน้อยถึงปานกลาง พบได้บ่อย
- (2) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการเหล่านี้สัมพันธ์กับยา Misoprostol และพบได้บ่อย

5.3 ความดันโลหิตต่ำ พบได้น้อย

5.4 การแพ้ยา และปฏิกิริยาทางผิวหนัง

- (1) อาการแพ้ยา ผื่นที่ผิวหนัง คัน พบได้ไม่บ่อย
- (2) ผื่นแดง ตุ่มแดงกดเจ็บใต้ผิวหนัง (erythema nodosum) ผื่นหนังอักเสบและลอก (epidermal necrolysis) พบได้ไม่บ่อย

5.5 ระบบอื่นๆ

- ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ร้อนวูบวาบ เวียนศีรษะ หนาวสั่น มีไข้ พบได้น้อย

สรุป

การยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีใช้ยา (Medical Termination of Pregnancy หรือ MTP) เป็นวิธีที่สะดวกและปลอดภัย และมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ เป็นวิธีที่ใช้แพร่หลายในหลายประเทศในโลกปัจจุบัน เป็นทางเลือกใหม่ในการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย เปิดโอกาสให้สตรีได้เลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนาได้ด้วยตนเอง เป็นที่น่าเสียดายที่ด้วยยาสำคัญคือ Mifepristone ถูกระบอบจากอิทธิพลทางเมืองจนกลายเป็นยาต้องห้ามสำหรับหลายประเทศ และแม้ว่า Misoprostol เองก็ถูกควบคุมอย่างเข้มงวดในหลายประเทศ เช่น ประเทศไทย ทำให้สตรีส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาได้อย่างไรก็ตาม トラบไคที่ยังมีการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา トラบนั้น medical termination of pregnancy ก็ยังเป็นที่ต้องการอยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion, 2nd ed. Geneva: WHO, 1993.
2. WHO. WHO Essential Drug List 2005 section 22.1 website accessed June 2008.
3. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. World Health Organization 2003. Geneva: 35-9.
4. World Health Organization. Clinical practice handbook for safe abortion. World Health Organization 2014. Geneva: 21-35.
5. Ziemann M, Fong SK, Benowitz NL, Banskter D, Darney PD. Absorption kinetics of Misoprostol with oral or vaginal administration. *Obstet Gynecol* 1997; 90:88-92.
6. Foote EF, Lee DR, Karim A, Keane WF, Halstenson CE. Disposition of Misoprostol and its active metabolite in patients with normal and impaired renal function. *J Clin Pharmacol* 1995;35:384-9.
7. Shannon CS, Winikoff B. Misoprostol. An emerging technology for woman's health: Report of a seminar. Population Council 2001, New York.
8. MahaJan DK, London SN. Mifepristone (RU 486) : a review. *Fertil Steril* 1997; 68: 967-76.
9. Heikinheimo O. Clinical pharmacokinetics of Mifepristone. *Clin Pharmacokinet* 1997 ;33: 7-17.
10. Robbins A, Spitz IM. Mifepristone: Clinical Pharmacology. *Clin Obstet Gynecol* 1996; 39: 436-50.
11. World Health Organization. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of three single doses of Mifepristone as emergency contraception : a randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 697-702.
12. Comparison of two doses of Mifepristone in combination with Misoprostol for early medical termination of pregnancy: a randomized trial. A World Health Organization Task Force. *Br J Obstet Gynaecol* 2002;107:524-30.
13. www.prochoice.org searched Jun 2008.
14. Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Termination of pregnancy at 9-13 weeks' amenorrhea with Mifepristone and Misoprostol. *Lancet* 1998; 352: 542-3.
15. Largeaud M, El Guindi W, Perotti F, Montoya Y, Carles G, Seve B. Medical termination of pregnancy at 9-14 weeks gestation. Prospective study of 105 cases in Saint-Laurent-du-Maroni (French Guyana). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004; 33:119-24.
16. Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Second trimester abortion using intravaginal Misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 60:161-5.

17. Herabutya Y, Chanrachakul B, Punyavachira P. Vaginal Misoprostol in termination of second trimester pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2000;26:121-5.
18. Herabutya Y, Chanrachakul B, Punyavachira P. Second trimester pregnancy termination: a comparison of 600 and 800 ug of intravaginal Misoprostol. *J Obstet Gynecol Res* 2001;27:125-8.
19. von Hertzen H, Helena H, Gilda P, Gyorgy B, Radnaabazar E, Kristina GD, et al. WHO multinational study of three Misoprostol regimens after Mifepristone for early medical termination of pregnancy. I: Efficacy. *BJOG* 2003; 110:808-818.
20. Helena H, Gilda P, Helena VH, Gyorgy B, Radnaabazar E, Kristina GD, et al. WHO multinational study of three Misoprostol regimens after Mifepristone for early medical termination of pregnancy. II: Side effects and women's perceptions. *BJOG* 2004; 111:715-25.
21. von Hertzen H, Hounq NT, Piaggio G, Bayalag M, Cabezas E, Fang AH, et al. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomized controlled noninferiority trial. Available at www.bjog.org, published on line 18 June, 2010.
22. เอกสารประชุมวิชาการ อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 4. โครงการนำร่องการศึกษาการให้บริการมิฟริสโตนและไมโซโปรสโตลที่บรรจุในแผงเดียวกัน เพื่อยุติการตั้งครรภ์ในระบบบริการสุขภาพ ประเทศไทย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 21-23 พฤษภาคม 2557, หน้า 14-26.

บทที่ 6

ประสบการณ์การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา

อรพรรณ ใจสำราญ

ความเป็นมาและข้อมูลพื้นฐาน

พัฒนาการของการศึกษาดำหรับยาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ช่วงระยะแรก

การออกฤทธิ์ยา

อาการและผลจากการใช้ยา

โครงการนำร่องการให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาในประเทศไทย

- ประสิทธิภาพ
- อาการข้างเคียง
- ความพึงพอใจ

การขยายโครงการออกสู่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 6

ประสบการณ์การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา

อรณพ ใจสำราญ

ความเป็นมาและข้อมูลพื้นฐาน

การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยภายใต้กฎหมายและข้อกำหนดของแพทยสภา มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การพัฒนาการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีใช้ยา (Medical Termination of Pregnancy - MTP) ได้เพิ่มทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ในระดับต่าง ๆ ของการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น การให้ทางเลือกแก่สตรีที่จะยุติการตั้งครรภ์เป็นการเพิ่มความพึงพอใจและขณะเดียวกันผู้ให้บริการบางส่วนก็พบว่าการใช้ยาในการยุติการตั้งครรภ์มีความสะดวกมากกว่าการใช้หัตถการ นอกจากนี้การใช้ MTP ยังช่วยให้เกิดการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจากสามารถอบรมผู้ให้บริการในระดับต่าง ๆ เพื่อให้บริการในด้านนี้ไม่เสียเวลาในการเตรียมเครื่องมือปลอดภัย เช่นการยุติการตั้งครรภ์ทางหัตถการ ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการศึกษาและพัฒนายาเพื่อใช้ในการยุติการตั้งครรภ์

พัฒนาการของการศึกษาตำรับยาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ช่วงระยะแรก

ในปี พ.ศ. 2547 องค์การอนามัยโลก ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและการยอมรับของผู้ใช้ในหลายประเทศทั่วโลก และได้นำข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าวมาเป็นข้อเสนอแนะในการใช้ยา และสูตรยาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยา 2 ชนิดร่วมกัน ได้แก่ mifepristone 200 มิลลิกรัม โดยการรับประทาน และ misoprostol 800 ไมโครกรัม โดยการสอดช่องคลอด ภายหลังรับประทานยาเม็ดแรกไปแล้ว 24 -48 ชั่วโมง⁽¹⁻²⁾

ในปี พ.ศ. 2548 คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้เสนอให้บรรจุยาทั้ง 2 ชนิด เพื่อใช้ยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ mifepristone และ misoprostol ไว้ในบัญชียาหลักที่มีความจำเป็น (WHO Model List of Essential Medicines, 2005)⁽³⁾ จากหลักฐานการวิจัยซึ่งพบว่าการใช้ยาทั้ง 2 ชนิดร่วมกันมีประสิทธิภาพ และความปลอดภัยสูงในการยุติการตั้งครรภ์

นอกจากนี้สมาพันธ์สูตินรีแพทย์นานาชาติ (Federation International of Obstetricians and Gynecologist - FIGO) ได้แนะนำให้ทั่วโลกใช้ยานี้ เนื่องจากมีความปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ รวมทั้งมีประสิทธิภาพสูงเป็นที่น่าพอใจ วิธีการนี้สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้สมบูรณ์ได้สูงถึงร้อยละ 95-98 หากใช้ให้ถูกต้องตามอายุครรภ์ และขนาดของยา ตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ

ในปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลกได้ตีพิมพ์ คำถาม คำตอบที่พบบ่อยในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีใช้ยา จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ศึกษามาแล้ว⁽⁴⁾ โดยได้แนะนำว่า การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยากับสตรีที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ เป็นวิธีที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากกว่าร้อยละ 96 เมื่อใช้ถูกต้องตามคำแนะนำ วิธีการใช้ยาสองชนิดนี้ ได้แก่ mifepristone 200 มิลลิกรัม โดยการรับประทาน และ misoprostol 800 ไมโครกรัม โดยการสอดช่องคลอด ภายหลังได้รับยา เม็ดแรกไปแล้ว 24-48 ชั่วโมง ซึ่งไม่นานมานี้ได้มีข้อมูลเพิ่มเติมว่า การใช้ misoprostol อมใต้ลิ้นมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยไม่แตกต่างจากการสอดทางช่องคลอด แต่การอมใต้ลิ้นอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้มากกว่า เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น⁽⁵⁾

Kulier R และคณะได้วิเคราะห์รายงานการศึกษาการใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในช่วงการตั้งครรภ์ระยะแรก ที่มีกรณีตีพิมพ์ เผยแพร่ในวารสารทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 58 รายงาน ได้สรุปผลการวิเคราะห์ว่าการใช้ยา mifepristone ร่วมกับ misoprostol มีประสิทธิภาพในการยุติการตั้งครรภ์ดีกว่าการใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงชนิดเดียว⁽⁶⁾

คำแนะนำล่าสุดในปี พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก⁽⁷⁾ ระบุว่าสำหรับยาที่ให้ผลดีที่สุดในการยุติการตั้งครรภ์ ในระยะแรกที่ไม่เกิน 9 สัปดาห์หรือไม่เกิน 63 วัน ประกอบด้วยการใช้ยา 2 ชนิดร่วมกัน ได้แก่ mifepristone 200 มิลลิกรัม ต่อมา 24-48 ชั่วโมงตามด้วย misoprostol 800 ไมโครกรัม โดยสอดช่องคลอด อมใต้ลิ้น หรืออมข้างกระพุ้งแก้ม

การออกฤทธิ์ของยา

mifepristone ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้ผนังมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่พร้อม สำหรับการฝังตัวของตัวอ่อน ทำให้ปากมดลูกนูนขึ้นและเปิดขยายออก อีกทั้งยังทำให้ผนังมดลูกไวต่อ prostaglandin (เช่น misoprostol) เพิ่มขึ้นด้วย⁽⁸⁾ misoprostol เป็น prostaglandin analog ที่นิยมใช้ร่วมกับ mifepristone เนื่องจากเป็นยาที่มี ประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย ราคาถูก และมีใช้แพร่หลายทั่วไป misoprostol ทำให้ปากมดลูกนูนขึ้น และเพิ่มการหดและการ บีบตัวของมดลูก ทำให้สามารถขับตัวอ่อนจากการตั้งครรภ์ออกมาได้⁽⁹⁾

อาการและผลจากการใช้ยา

การมีเลือดออกทางช่องคลอด และอาการปวดเกร็งในช่องท้อง เป็นอาการปกติที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้จากการใช้ยา สตรีจะรู้สึกเหมือนมีประจำเดือนมาก ๆ เป็นเวลายาวนานและอาจรู้สึกปวดเกร็งในช่องท้อง หรือรู้สึกคล้าย ๆ กับการแท้งเองที่เกิด ตามธรรมชาติ การมีเลือดออกทางช่องคลอด มักจะพบร่วมกับการมีเลือดออกเป็นลิ่ม ๆ ซึ่งมักจะมีมากกว่าการมีประจำเดือน บางครั้งการมีเลือดออกจะเริ่มขึ้นหลังจากรับประทานยา mifepristone แต่โดยส่วนใหญ่แล้ว เลือดจะเริ่มออกภายหลังจาก ใช้ยา misoprostol ประมาณ 1-3 ชั่วโมง ปริมาณและระยะเวลาของเลือดที่ออกนี้จะแตกต่างกัน โดยมีมากที่สุดในช่วงที่มี การแท้งจริง ๆ ประมาณ 2-3 และจะค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลา โดยเลือดจะออกอยู่ประมาณสองถึงสามสัปดาห์ การปวดเกร็ง ในช่องท้องจะมีอาการรุนแรงที่สุดภายหลังจากใช้ยา misoprostol ไปแล้วประมาณ 1-2 ชั่วโมง และจะบรรเทาหลังจากรับ ยาเนื่องจากมีการตั้งครรภ์ถูกขับออกมา⁽¹⁰⁾

ภายหลังจากที่เนื้อเยื่อจากการตั้งครรภ์ถูกขับออกมาโดยผู้หญิงอาจแยกไม่ออกว่าเนื้อเยื่อดังกล่าวแตกต่างจากเลือดและ/หรือลิ่มเลือดอื่นๆ อย่างไรสตรีจะรู้สึกว่าการเลือดที่ออกและอาการปวดเกร็งในช่องท้องค่อย ๆ ลดลงจนกระทั่งเลือดหยุดในที่สุด

การหดตัวของมดลูกอาจทำให้เกิดอาการปวดท้องน้อย และสตรีบางคนอาจมีอาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ปวดศีรษะ หนาวสั่น และตัวสั่น ในบางรายอาจมีไข้ในช่วงสั้น ๆ น้อยกว่าหนึ่งวัน ยาที่ใช้ยุติการตั้งครรภ์ทั้งสองชนิดไม่ส่งต่อสุขภาพในระยะยาวและไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในอนาคตของผู้หญิง⁽¹¹⁾

โครงการนำร่องการให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาในประเทศไทย

เนื่องจากประเด็นเรื่องการยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหวทางด้านสังคม วัฒนธรรม และศาสนา ดังนั้นการริเริ่มเผยแพร่ให้มี MTP ใช้จึงต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ และรอบคอบ ในบางประเทศต้องมีความมั่นใจว่าทั้งผู้ให้บริการและชุมชนมีความเข้าใจขอบเขตของการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมาย และข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่มีอยู่ในขณะนั้นด้วย โดยประเด็นที่มีความสำคัญคือ การให้ความมั่นใจว่าต้องมีผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมรวมทั้งผู้รับบริการสามารถเข้าถึงระบบการส่งต่อ ด้วยระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อให้เกิดปัจจัยดังกล่าว จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงมีความจำเป็นที่ประเทศไทย ต้องมีการศึกษา เรื่องระบบการให้บริการ MTP เพื่อประเมินถึงรูปแบบที่ดีที่สุดในการให้บริการในบริบทสำหรับสังคมไทย ภายใต้กฎหมายและข้อกำหนดของแพทยสภา

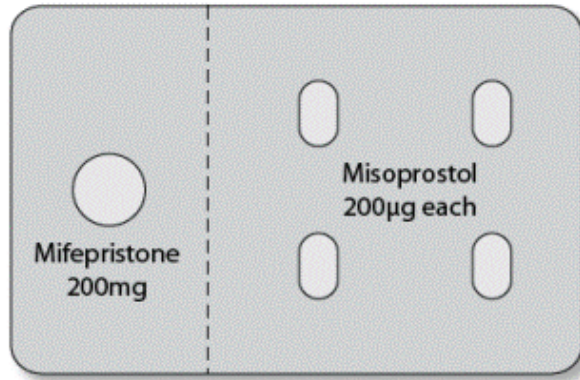
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิคอนเซ็ป ซึ่งเป็นมูลนิธิระหว่างประเทศ จึงได้จัดทำโครงการนำร่องดังกล่าวขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการ MTP ในระบบบริการปกติ ที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลที่ตั้งในส่วนภูมิภาค

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และการยอมรับของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในบริบทของสังคมไทย

ในปี พ.ศ. 2555-2556 ได้ดำเนินโครงการ การศึกษานำร่อง โดยเริ่มในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่ง ได้แก่ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อีก 1 แห่ง โดยคัดเลือกผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้และไม่มีการห้ามในการยุติการตั้งครรภ์ และมีอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ หรือ 63 วัน

ตำรับยาที่ใช้ในการศึกษา คือ Medabon® (combination package of mifepristone and misoprostol)⁽¹²⁾ ประกอบด้วยตัวยา 2 ชนิดในแผงเดียวกัน เพื่อให้สะดวกแก่การใช้ และป้องกันการใช้ในขนาดยาที่ผิดพลาดในช่วงอายุครรภ์ที่กำหนด โดยใน 1 แผงประกอบด้วย mifepristone 200 มิลลิกรัม จำนวน 1 เม็ด โดยใช้รับประทาน ต่อมา 24-48 ชั่วโมงตามด้วย misoprostol 800 ไมโครกรัม โดยสอดช่องคลอด หรืออมใต้ลิ้น ทั้งนี้การให้บริการดังกล่าวกระทำที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยไม่มีการรับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่อย่างใด หลังจากนั้นจะมีการนัดติดตามผลหลังการใช้ยาไปแล้ว 10-14 วัน



รูปที่ 6-1 : mifepristone และ misoprostol ที่บรรจุในแผงเดียวกัน (Medabon®)

จากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เริ่มโครงการในเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 ถึงเมษายน พ.ศ. 2556 มีสตรีที่เข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งสิ้น 203 ราย โดยสรุปผลได้ ดังนี้คือ

ประสิทธิภาพ

พบว่าจากจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 203 ราย มี 193 รายที่ได้ยุติการตั้งครรภ์โดยสมบูรณ์ด้วยการใช้ยา อีก 10 รายได้ยุติการตั้งครรภ์โดยสมบูรณ์ด้วยการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration, MVA) ซึ่งใน 10 รายนี้มี 4 รายที่ใช้ MVA ก่อนกำหนดนัดประเมินผลจากการใช้ยา มี 1 รายได้ยา mifepristone เพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ใช้ยา misoprostol ตามที่ระบุในการศึกษา โดยสรุป ประสิทธิภาพของ MTP ที่ศึกษาในโครงการนาร่องเท่ากับร้อยละ 95

อาการข้างเคียง

อาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่พบโดยส่วนใหญ่ไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ จากจำนวนทั้งสิ้น 203 ราย มี 3 รายที่มีอาการข้างเคียงจนต้องได้รับการรักษา ได้แก่ รายแรกมีผื่นขึ้นที่หน้าอก ท้องและที่แขนทั้งสองข้าง มีอาการคัน ภายหลังรับประทาน mifepristone ผู้ป่วยรายนี้กลับมาพบแพทย์ผู้วิจัยหลังมีอาการ และเมื่อได้รับยาแก้แพ้โดยการรับประทาน และใช้โลชั่นทาผิวลดอาการคัน ผื่นและอาการดังกล่าวก็หายไปภายใน 2-3 วัน รายที่สองได้รับการวินิจฉัยเป็นการอักเสบในอุ้งเชิงกรานเล็กน้อย เมื่อได้รับยาฉีดแล้วให้อนสังเกตอาการที่โรงพยาบาล 16 ชั่วโมง ผู้รับบริการอาการดีขึ้นและให้กลับบ้านได้ และรายสุดท้ายผู้รับบริการที่เลือดออกมากระหว่างรอดตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยรับเข้ามาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยดูดมดลูกและทำหมันถาวรให้

ความพึงพอใจ

ผู้รับบริการร้อยละ 98 รู้สึกพึงพอใจหรือพึงพอใจมากต่อการใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ นอกจากนี้พบว่าผู้รับบริการสามารถใช้ยา misoprostol ได้เองอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยที่บ้าน ภายหลังการได้รับคำแนะนำปรึกษาจาก ผู้วิจัยและทีมงาน นอกจากนี้ผู้ให้บริการในทีมงานการศึกษาคั้งนี้มีความพึงพอใจต่อการใช้ยา เนื่องจากไม่ต้องเสียเวลาในการล้างทำความสะอาดเครื่องมือ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลง อีกทั้งยังไม่ต้องใช้มือสัมผัสกับเครื่องมือที่ใช้ดูดเอาเศษชิ้นส่วนจากการปฏิสนธิออกจากมดลูกผู้หญิงโดยตรง ซึ่งทำให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ด้วยความสบายใจมากขึ้น

การขยายโครงการออกสู่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค

จากผลสำเร็จของโครงการนำร่องที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการเสนอให้มีการขยายการศึกษาไปในส่วนภูมิภาคซึ่งมีระบบบริการที่แตกต่างจากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งที่นำร่อง ดังนั้นทางสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และคณะทำงาน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจาก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี องค์การอนามัยโลก องค์การ PATH และ Concept Foundation ได้คัดเลือกโรงพยาบาลที่มีความพร้อม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นอกจากนี้โครงการยังได้คัดเลือกโรงพยาบาลระดับจังหวัด 2 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์อีก 1 แห่ง ในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเติมอีก ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลประจำจังหวัดแพร่และน่าน ซึ่งโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งนี้ได้รับการอบรมและได้เริ่มดำเนินโครงการแล้วตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา โดยวัตถุประสงค์การศึกษาในส่วนขยายนี้เพื่อศึกษาถึงระบบบริการที่จะเอื้อให้เกิดการเข้าถึงสำหรับผู้รับบริการที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในหญิงอายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน และสามารถยุติการตั้งครรภ์ตามเงื่อนไขของกฎหมายและข้อกำหนดของแพทยสภา⁽¹³⁻¹⁴⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Herten von H, Honkanen H, Piaggio G, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. BJOG. 2003; 110: 808-818.
2. Honkanen H, Piaggio G, Herten von H, et al. WHO. multinational study of three Misoprostol regimens after Mifepristone for early medical termination of pregnancy. II: Side effects and women's perceptions. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004; 111, 715-725.
3. World Health Organization. Model list of essential medicines, 14th edition, March 2005.
4. World Health Organization. Frequently asked clinical questions about medical termination of pregnancy. Conclusions of an International Consensus Conference on medical termination of pregnancy in Early First Trimester. World Health Organization, Geneva, 2006.
5. Herten von H, Huong NTM, Piaggio G et al. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomized controlled noninferiority trial. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2010; 1186-1196.
6. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane database of systemic review, 2011 (1): CD002855.
7. World Health Organization. Safe termination of pregnancy: Technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO, 2012.

8. Creinin M. Medical abortion regimens: historical context and overview. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2000; (2 Suppl): S3–S9.
9. Foster A. *Medication Abortion: A Guide for Health Professionals*. Cambridge: Ibis Reproductive Health; 2005.
10. Spitz IM, Bardin CW, Berton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1998; 338(18):1241-1247.
11. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2007; 357: 648-653.
12. Medabon®. Regimen for use of Medabon®. *Medabon® Bulletin*, 1(1), 3, 2008.
13. Thai medical council. Thai medical council’s regulation on performing therapeutic termination of pregnancy in accordance with section 305 of the criminal code of Thailand (B.E. 2548), 2005.
14. Thai Penal code section 301-305.

บทที่ 7

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ

ธนพันธ์ ชูบุญ

คำนำ

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการในช่วงอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการในช่วงอายุครรภ์หลัง 12 สัปดาห์

การใช้ manual vacuum aspiration (MVA)

การทำ dilatation and curettage (D&C)

การทำ dilatation and evacuation (D&E)

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 7

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ

ธนพันธ์ ชูบุญ

คำนำ

การยุติการตั้งครรภ์เป็นหัตถการที่ทำกันบ่อยมากทางนรีเวช เมื่อการตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องยุติลง ในระยะเวลาอายุครรภ์ช่วงต่าง ๆ จะส่งผลถึงการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการสามารถทำได้ด้วยความปลอดภัยและเหมาะสม หากการตั้งครรภ์นั้นยังดำเนินไปไม่มาก และแพทย์หรือผู้ให้บริการมีความรู้ความชำนาญในการทำหัตถการ ในบทความนี้จะกล่าวถึงสูติศาสตร์หัตถการเบื้องต้น ที่ผู้อ่านสามารถนำไปฝึกปฏิบัติในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือในช่วงการฝึกอบรม เมื่อมีความสามารถและความชำนาญในระดับหนึ่งแล้ว จึงนำไปให้บริการได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการในช่วงอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

การใช้ manual vacuum aspiration (MVA) ในการรักษาการแท้ง ทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การตั้งครรภ์ชนิด blighted ovum หรือการแท้งการแท้งไม่สมบูรณ์ (incomplete abortion) เป็นที่นิยมอย่างมากในต่างประเทศ เพราะทำได้ง่าย ใช้เวลาไม่มาก มีอาการเจ็บปวดน้อยกว่า มีความจำเป็นที่จะได้รับยาลดปวดน้อยกว่า และสามารถทำได้ในสถานประกอบการที่ไม่ต้องนอนค้างคืน มีหลายรายงานได้แสดงให้เห็นว่า ในช่วงอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์นั้น การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีนี้สามารถทำได้ด้วยความปลอดภัย อัตราการแท้งสมบูรณ์สูง พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงน้อยกว่า ซึ่งต่างจากการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีอื่นๆ ในวิธีต่าง ๆ จะพบว่า อัตราการแท้งไม่สมบูรณ์สูงกว่า ส่วนใหญ่มักจะลงเอยด้วยการดูดมดลูกซ้ำ และมีผลแทรกซ้อนจากการใช้ยามากกว่า⁽¹⁾ ในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการพบว่า ส่วนใหญ่เมื่อได้รับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธี vacuum aspiration มักจะบอกว่าหากต้องรับบริการอีกครั้งจะเลือกใช้วิธีเดิม⁽²⁾

นอกจากวิธีนี้แล้ว บางสถานที่จะใช้วิธีการดูดมดลูก (dilatation and curettage) วิธีนี้ทำได้ยากกว่า ต้องอาศัยความชำนาญมากกว่า ใช้เวลานานกว่า ต้องมีการถ่างขยายปากมดลูก มีความเจ็บปวดมากกว่า อาจจะต้องได้รับยาลดปวดหรือยาสลบในบางสถานที่

มีการเปรียบเทียบการใช้ MVA กับการดูดมดลูกด้วยเครื่องมือเหล็ก (sharp curettage) พบว่า การใช้อุปกรณ์ MVA ทำได้ง่าย รวดเร็ว (9 เทียบกับ 15 นาที ไม่รวมระยะเวลาการระงับความเจ็บปวด) ประหยัด (1,640 เทียบกับ 4,619 บาท) ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าการดูดมดลูกด้วยเครื่องมือเหล็ก (4 เทียบกับ 20 ชั่วโมง) จึงสรุปได้ว่าควร MVA แทนการใช้เครื่องมือเหล็ก⁽³⁾

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการในช่วงอายุครรภ์หลัง 12 สัปดาห์

บ่อยครั้งที่ผู้รับบริการมักจะมาขอรับคำปรึกษาหรือตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หลังจาก 12 สัปดาห์ไปแล้ว ทั้งนี้อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เป็นต้นว่า ไม่ทราบว่า จะรับบริการได้ที่ไหน หญิงตั้งครรภ์อายุน้อย ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ หรืออีกส่วนหนึ่งในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอดแล้วพบความผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะได้รับการการตรวจทารกในครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ประมาณ 15-17 สัปดาห์ ผู้ให้บริการจึงควรมีความตระหนักถึงศักยภาพของตนในการยุติการตั้งครรภ์ เพราะว่าในขณะที่มดลูกมีขนาดโตขึ้น จะมีผลแทรกซ้อนมากขึ้นตามมาด้วย สถานที่ให้บริการต้องมีขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างดี การยุติการตั้งครรภ์ในช่วงที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ไปแล้ว มักจะเลือกใช้วิธีการใช้ยาเป็นหลัก แต่ในบางสถานที่อาจจะเลือกใช้ vacuum aspiration ร่วมกับวิธี uterine evacuation ได้อยู่ หลายรายงานอาจจะทำได้จนถึง 13-15 สัปดาห์⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการต้องมีประสบการณ์เป็นอย่างมาก เนื่องจากทำได้ยาก เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า จำเป็นต้องได้รับการเตรียมปากมดลูกก่อนในระยะเวลาหนึ่ง และต้องใช้ยาระงับปวดมากกว่า

1. การเตรียมปากมดลูกก่อนการยุติการตั้งครรภ์

การเตรียมปากมดลูกก่อนหัตถการยุติการตั้งครรภ์มีความสำคัญ เพราะจะช่วยให้การยุติการตั้งครรภ์ง่ายขึ้น ใช้เวลาสั้นลง และลดการใช้ mechanical dilatation⁽⁴⁾ การเตรียมปากมดลูกยังมีความจำเป็นในผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของปากมดลูก อายุน้อย อายุครรภ์มากขึ้น ซึ่งคนเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่ว่าจะเป็นการบาดเจ็บต่อปากมดลูกหรือมดลูกทะลุ และมีการเสียเลือดมากกว่า⁽⁵⁾ แต่ข้อเสียของการใช้ยาเพื่อเตรียมปากมดลูกที่สำคัญก็คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา และต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง หรือบางชนิดอาจจะต้องใช้เวลอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ในประเทศไทยนิยมการเตรียมปากมดลูกโดยใช้ยาในกลุ่ม prostaglandin โดยเฉพาะ misoprostol ซึ่งรูปแบบการบริหารยาที่แนะนำได้แก่⁽⁵⁾

- misoprostol 400 ไมโครกรัม ใส่ในช่องคลอด ก่อนทำหัตถการ 3-4 ชั่วโมง
- misoprostol 400 ไมโครกรัม อมใต้ลิ้น ก่อนทำหัตถการ 2-3 ชั่วโมง
- ในอนาคต อาจจะมีการนำ RU486 เข้ามาใช้ ซึ่งได้ผลดีในขนาด 200 มิลลิกรัม โดยกินก่อนหัตถการ 36 ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่พบบ่อยมากในการใช้ยา misoprostol คือ ใช้ นานวสัน ปวดท้องน้อย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย⁽⁵⁾

2. การระงับอาการปวดระหว่างการยุติการตั้งครรภ์

ผู้รับบริการส่วนมากจะมีอาการปวดหรือรู้สึกไม่สบายในขณะที่ทำหัตถการ แพทย์หรือผู้ให้บริการควรมีความตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเจ็บปวดขณะทำหัตถการ ได้แก่ อายุของผู้รับบริการ อายุครรภ์ การขยายปากมดลูก ตลอดจนความกลัวของผู้รับบริการเอง Gomez และคณะได้รายงานในปี 2004 ว่าการให้ความมั่นใจหรือการดูแลด้านจิตใจอย่างดีสามารถช่วยลดอาการเจ็บปวดขณะทำหัตถการได้ดีพอ ๆ กับการฉีดยาระงับปวดที่ปากมดลูก (paracervical block)⁽⁶⁾ ดังนั้น จะเห็นว่าการแนะนำให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงวิธีการ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการยุติการตั้งครรภ์ ตลอดจนการบอกกล่าวพูดคุยในขณะที่ทำหัตถการสามารถช่วยลดอาการปวดและลดปริมาณการใช้ยาระงับปวดลงได้

3. ยาระงับอาการปวด⁽⁷⁾

ยาที่ใช้ในการช่วยระงับอาการปวดขณะทำหัตถการยุติการตั้งครรภ์ที่ช่วยมีอยู่ 3 ประเภท คือ

3.1 ยาแก้ปวด (analgesics) เป็นยาที่ช่วยลดอาการเจ็บปวดทั้งขณะและหลังการทำหัตถการ ยาในกลุ่มนี้เช่น acetaminophen, NSAIDs โดยเฉพาะยาในกลุ่ม NSAIDs นี้สามารถใช้ได้ผลดี และสามารถลดการเกิด uterine cramping ได้ดี

3.2 ยาลดความกังวล (tranquillizers) เป็นยาในกลุ่มที่ช่วยลดความกังวล ช่วยทำให้ผู้รับบริการรู้สึกผ่อนคลายลง บางครั้งอาจช่วยให้ลืมเหตุการณ์ในขณะทำหัตถการได้ด้วย ยาในกลุ่มนี้เช่น diazepam แต่ข้อเสียของยาในกลุ่มนี้คืออาการง่วง ซึ่งบางครั้งผู้รับบริการที่มีอาการง่วงมาก ๆ อาจส่งผลให้ควบคุมตัวเองลำบากและการทำหัตถการยากขึ้นได้

3.3 ยาระงับความปวด (anesthetics) เป็นยาที่ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวดขณะทำหัตถการ ยาในกลุ่มนี้เช่น lidocaine, ยาในกลุ่ม opioids เป็นต้น ข้อควรระวังในการใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้รับบริการคือ การแพ้ยา ผลจากการฉีดยาเข้าหลอดเลือด และการกดการหายใจ การฉีดยาระงับปวดที่ปากมดลูก (paracervical block) สามารถช่วยระงับความเจ็บปวดได้ดี โดยเฉพาะอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสแรก

การใช้ยาระงับปวดโดยวิธี general anesthesia ไม่นิยมและไม่แนะนำให้ใช้ ในกรณีที่สถานบริการนั้นไม่มีความพร้อม เพราะผู้รับบริการจะมีความเสี่ยงทั้งจากการให้การระงับปวดเอง เช่นการหยุดหายใจ หรือจากการทำหัตถการโดยเฉพาะการตกเลือด นอกจากนี้อาจจะต้องรับไว้ในโรงพยาบาลนานกว่า เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า แต่อย่างไรก็ตาม หากอายุครรภ์ที่จำเป็นต้องยุตินั้นดำเนินไปมากแล้ว การระงับปวดโดยวิธี general anesthesia ก็มีความจำเป็น เนื่องจากความยากในการทำหัตถการนั่นเอง

การฉีดยาระงับปวดที่ปากมดลูก (paracervical block)

ข้อพึงระวัง

1. ไม่แพ้ยาที่จะใช้
2. ไม่ฉีดยาเข้าหลอดเลือด
3. ภาวะแทรกซ้อนพบได้น้อย

การเตรียมยา

1. ใช้ lidocaine ความเข้มข้นร้อยละ 1 หรือ 2
2. ผสมสารน้ำ normal saline หรือ distilled water ในอัตราส่วน 1:1 หรือ 1:3 ตามลำดับ
3. หากคาดว่าต้องใช้ยาฉีดปริมาณมากกว่า 40 มิลลิลิตร ควรใช้ชนิดที่ผสม adrenaline เพราะ adrenaline จะช่วยทำให้เกิดการตีบตัวของหลอดเลือดในบริเวณที่ฉีดยา ทำให้ lidocaine ถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดได้น้อย อีกทั้งยังทำให้ยาออกฤทธิ์ได้นานขึ้นอีกด้วย

การฉีดยา

ฉีดยาในตำแหน่ง 3, 5, 7 และ 9 นาฬิกา ข้อพึงระวังคือ ไม่ควรแทงเข็มลงไปลึกกว่า 3 มิลลิเมตร และต้องทดสอบดูก่อนฉีดเสมอว่าปลายเข็มไม่ได้อยู่ในหลอดเลือด เพราะหากฉีดยาเข้าหลอดเลือด อาจจะทำให้เกิดการช็อกและเสียชีวิตได้

การใช้ manual vacuum aspiration (MVA)

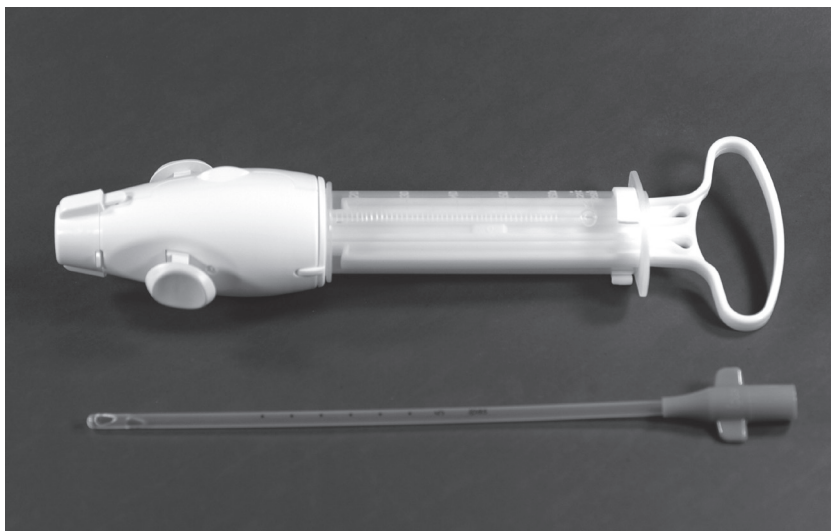
เป็นวิธีการที่แนะนำให้ใช้ ในกรณีที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ประสิทธิภาพของวิธีนี้ในการยุติการตั้งครรภ์สมบูรณ์ อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 95-100⁽⁸⁻⁹⁾

เมื่อเริ่มยุติการตั้งครรภ์โดย MVA แรงดูดซึ่งอยู่ในกระบอกสุญญากาศ จะดูดเอาสิ่งที่อยู่ในโพรงมดลูกออกผ่านทางปลอกหัวดูด (cannula) ซึ่งเป็นพลาสติก ปลอกหัวดูดนี้มีหลายขนาด ตั้งแต่เส้นผ่านศูนย์กลาง 3-12 มิลลิเมตร และสามารถนำไปทำความสะอาดและนำมาใช้ได้ใหม่ การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีนี้ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยนานประมาณ 3-10 นาที สามารถทำได้เลยภายใต้การระงับปวด ซึ่งอาจจะเป็น paracervical block ในรายที่อายุครรภ์น้อย ๆ อาจจะไม่ต้องถ่างขยายปากมดลูกก่อน แต่หากอายุครรภ์ดำเนินไปมากระดับหนึ่ง คงต้องอาศัยการใช้ยาเพื่อเตรียมปากมดลูกดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น หลังจากเสร็จสิ้นการยุติการตั้งครรภ์ ผู้รับบริการส่วนใหญ่อาจจะต้องพักประมาณ 30 นาที เพื่อสังเกตอาการแทรกซ้อนและพักผ่อนจากยาระงับปวดที่ใช้

การใช้ MVA เป็นหัตถการที่มีความปลอดภัยสูง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือ การแท้งไม่ครบ ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่พบได้คือ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ตกเลือด การบาดเจ็บที่ปากมดลูก มดลูกทะลุ การไม่แท้งและสามารถตั้งครรภ์ต่อไป

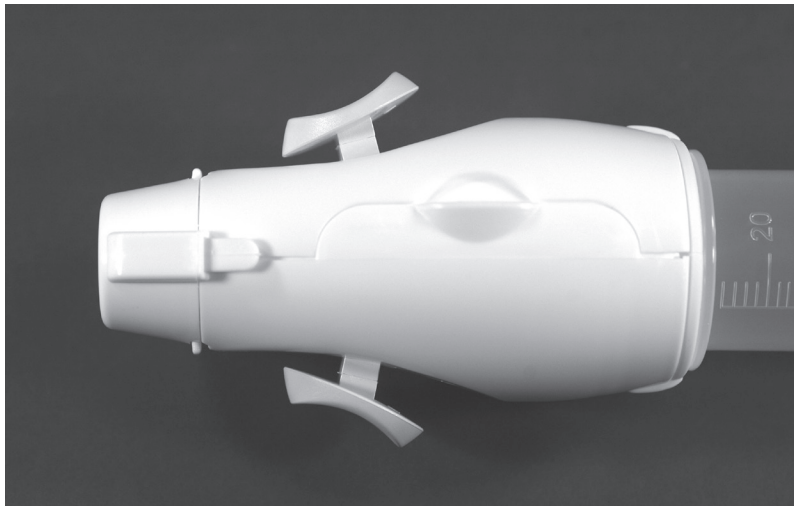
วิธีการใช้ manual vacuum aspiration

1. เตรียมอุปกรณ์ ซึ่งประกอบด้วย กระบอกสุญญากาศ วาล์วปิด-เปิดอากาศ และปลอกหัวดูด (ภาพที่ 7-1)



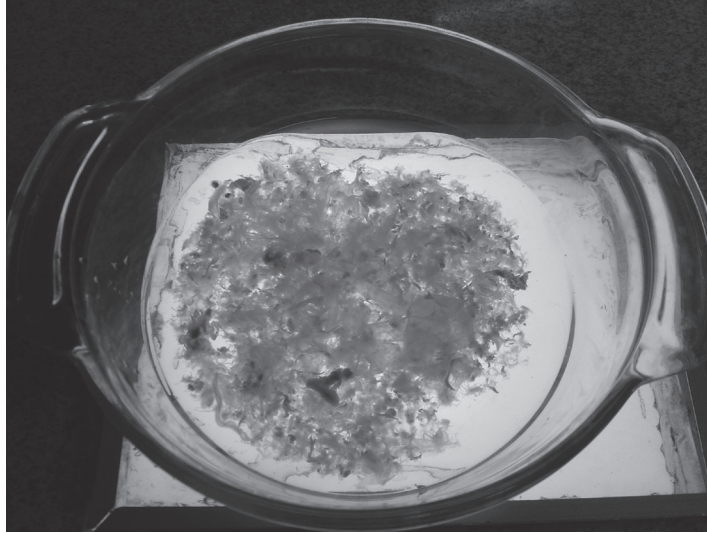
ภาพที่ 7-1 แสดงลักษณะตัวอย่างของ MVA และปลอกหัวดูด

2. ปิดวาล์วอากาศและดึงด้ามกระบอกสูญญากาศจนถึงที่ล็อก ตอนนี้อยู่ภายในกระบอกจะเป็นสภาวะเป็น negative pressure (ภาพที่ 7-2)



ภาพที่ 7-2 แสดงตำแหน่งของวาล์ว ขณะกำลังดึงด้ามกระบอกเพื่อลดความดัน

3. เตรียมพร้อมผู้ป่วยโดยการตรวจภายใน เพื่อประเมินลักษณะ ขนาดของมดลูก และปากมดลูก
4. ใส่ vaginal retractors จากนั้นทำความสะอาดช่องคลอดและปากมดลูกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ
5. หนีบจับปากมดลูกด้วย tenaculum หรือ sponge forceps และเริ่มทำ paracervical block หากการแทงนั้นเป็นการแทงไม่สมบูรณ์ ปากมดลูกเปิดอ้าแล้ว อาจจะไม่จำเป็นต้องทำ paracervical block
6. ค่อย ๆ สอดปลอกหัวดูดเข้าไปในโพรงมดลูก หากยังไม่สามารถใส่ปลอกหัวดูดได้ ควรทำการถ่างขยายปากมดลูกเสียก่อน โดยปกติแล้ว ควรถ่างขยายจนสามารถใส่ปลอกหัวดูดได้ถึงขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 10-12 มิลลิเมตร ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ พึงระวังการฉีกขาดของปากมดลูกหรือการทำให้เกิดช่องทางใหม่ภายในปากมดลูก (false tract) เมื่อปลายปลอกหัวดูดสัมผัสกับ fundus แล้วถอยออกมาเล็กน้อย
7. ประกอบกระบอกสูญญากาศเข้ากับปลอกหัวดูด พึงระวังการดันปลอกหัวดูดให้ลึกเข้าไปอีก ซึ่งจะทำให้มดลูกทะลุได้
8. ปิดวาล์วเพื่อเริ่มการดูด ให้หมุนหัวดูดไป-มา เข้า-ออก จะพบว่ามือน้ำคร่ำและเนื้อเยื่อในโพรงมดลูกถูกดูดเข้ามาอยู่ในกระบอกสูญญากาศ เมื่อเริ่มหมดจะพบว่า ไม่มีเศษชิ้นเนื้อออกมาเพิ่มอีก และจะมีลักษณะเป็นฟองออกมาแทนที่ จากนั้นก็ค่อย ๆ ดึงกระบอกสูญญากาศพร้อมกับปลอกหัวดูดออกมา
9. เมื่อเสร็จแล้วปลด tenaculum ออก ตรวจสอบว่ามีเลือดออกจากรอยหนีบหรือไม่ หากมีก็ให้กดไว้ระยะหนึ่งจนหยุด
10. รีบตรวจดูลักษณะชิ้นเนื้อที่ดูดออกมาจากโพรงมดลูก (ดังภาพที่ 7-3) เพื่อยืนยันว่าเป็นรก และส่งตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไป หากไม่พบลักษณะของรก อาจจะได้จาก มีการแท้งสมบูรณ์เกิดขึ้นมาก่อนแล้ว อาจจะสอดปลอกหัวดูดเข้าไปยังโพรงมดลูกที่ไม่ได้ตั้งครรภในกรณีที่เป็น bicornuate uterus หรือที่สำคัญคือการท้องนอกมดลูก



ภาพที่ 7-3 แสดงลักษณะของเนื้อเยื่อรกจากการดูดในโพรงมดลูก

การทำ dilatation and curettage (D&C)

เป็นการทำหัตถการที่ประกอบด้วย การถ่างขยายปากมดลูกด้วย mechanical dilators แล้วตามด้วยการขูดมดลูก วิธีนี้ให้ผลที่ไม่ดีเท่า MVA และมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า MVA ประมาณ 2-3 เท่า 10 สิ่งที่ต้องพึงตระหนักเสมอในการทำ D&C ก็คือการระวังอาการเจ็บปวดให้เพียงพอและผู้ที่ให้บริการควรมีความชำนาญอยู่ในระดับหนึ่ง

วิธีการทำ dilatation and curettage

การระงับปวดนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานบริการเป็นหลัก หากสามารถให้ยาสลบ (general anesthesia) ได้ก็ควรทำให้เสียให้เสร็จสิ้นก่อนจะเริ่มตรวจภายใน หรือบางสถานที่อาจจะใช้วิธี paracervical block

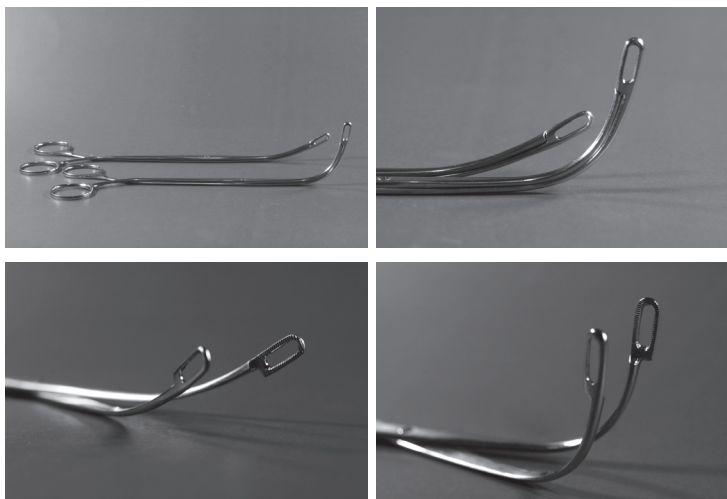
1. หลังจากตรวจภายในเป็นที่เรียบร้อย ใส่ vaginal retractor เพื่อทำความสะอาดภายในช่องคลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ
2. หนีบปากมดลูกด้วย tenaculum หรือ sponge forceps จากนั้นทำ paracervical block (ขึ้นอยู่กับความพร้อม)
3. เริ่มทำการถ่างขยายปากมดลูกด้วย Hegar dilators จนถึงขนาดเบอร์ 8-12 ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์

4. เริ่มขูดมดลูกโดยใช้ sharp curettage ให้ทั่วโพรงมดลูก ในช่วงนี้อาจจะให้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกได้ เช่น oxytocin หรือ methylergometrine ขูดจนกระทั่งรู้สึกถึงความサクของโพรงมดลูก หรือไม่มีชิ้นเนื้อออกมาเพิ่มแล้ว หรือมีฟองออกมาแทนที่ ข้อพึงระวังก็คือ พยายามขูดมดลูกจนมีน้ำคร่ำไหลออกมา เนื่องจากในบางครั้งถุงน้ำคร่ำซึ่งมีความนุ่มอย่าง มากนั้น ไม่ได้ถูกขูดออกมาเลย เนื้อเยื่อที่ออกมาเป็นแค่เพียงเยื่อบุโพรงมดลูก ทำให้การตั้งครภ์นั้นดำเนินต่อไปได้ เมื่อมีน้ำคร่ำไหลออกมาแล้วมักจะสามารขูดจนเกิดการแท้งสมบูรณ์ได้สูง

จะเห็นได้ว่าผู้เขียนไม่ได้แนะนำให้ใช้ uterine sound ในการวัดความลึกของโพรงมดลูก ทั้งนี้เป็นเพราะเครื่องมือ uterine sound จะทำให้มดลูกทะลุได้

การทำ dilatation and evacuation (D&E)

หัตถการชนิดนี้มักจะใช้ยุติการตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป หรือไม่ก็เป็นการรักษาภาวะการแท้งไม่สมบูรณ์ ซึ่งปากมดลูกมักจะเปิดขยายอยู่ระดับหนึ่งแล้ว การทำ D&E ควรจะต้องมีการเตรียมปากมดลูกมาก่อนเพื่อความสะดวกในการสอดใส่เครื่องมือเข้าไปหยิบจับชิ้นเนื้อในโพรงมดลูก ซึ่งโดยมากจะเป็น sponge forceps หรือ stone forceps จากประสบการณ์ของผู้เขียนเองพบว่า การหนีบจับชิ้นเนื้อโดยใช้ stone forceps นั้นสามารถทำได้โดยง่ายกว่าการใช้ sponge forceps เพราะที่ส่วนปลายของ stone forceps มีขนาดเล็กกว่า จึงสามารถสอดผ่านปากมดลูกเข้าไปโดยง่าย และด้วยความโค้งที่มีหลายมุมของ stone forceps นั้น ทำให้เมื่อเราหมุนข้อมือ การหนีบจับชิ้นเนื้อในโพรงมดลูกจะทำได้ทั่วโพรงมดลูกมากกว่า (ภาพที่ 7-4)



ภาพที่ 7-4 แสดงภาพ stone forceps

การทำ D&E นั้น ใช้วิธีการเดียวกันกับการทำ D&C เพียงแต่เราสามารถใช้เครื่องมือสอดเข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อหนีบจับชิ้นเนื้อออกมาได้โดยง่าย สิ่งที่จะต้องระวังก็เช่นเดียวกันคือ ต้องทำให้ถุงน้ำคร่ำแตกไหลออกมา จึงจะสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ง่ายและเกิดอย่างสมบูรณ์

บทสรุป

การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการเป็นวิธีการที่ปลอดภัยหากผู้ให้บริการได้รับการฝึกฝนและมีความชำนาญ สามารถให้บริการได้ทั้งการยุติการตั้งครรภ์จากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ผู้ให้บริการควรมีการศึกษาแนวทางปฏิบัติ ข้อบังคับโรงพยาบาล การจัดการสถานบริการ และที่สำคัญที่สุดคือการดูแลผู้รับบริการ ตามมาตรฐานทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Say L, Kulier R, Gulmezoqlu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1): CD003037.
2. Ashok PW, Kidd A, Flett GM, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. *Hum Reprod* 2002; 17: 92-8.
3. Choobun T, Khanuengkitkong S, Pinjaroen S. A comparative study of care and duration of management for first-trimester abortion with manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286: 1161-4.
4. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (2): CD 007207.
5. Grimes DA, Schulz KF, Cates W Jr. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 1984; 251: 2108-12.
6. Gomez PI, Gaitan H, Nova C, Paradas A. Paracervical block in incomplete abortion using manual vacuum aspiration: randomized clinical trial. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 943-51.
7. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Malta: World Health Organization, 2012.
8. Paul ME, Mitchell CM, Rogers AJ, Fox MC, Lackie EG. Early surgical abortion: efficacy and safety. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187: 407-11.
9. Ashok PW, Kidd A, Flett GM, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. *Hum Reprod* 2002; 17: 92-8.
10. Goldberg AB, Dean G, Kang MS, Youssouf S, Darney PD. Manual versus electric vacuum aspiration for early first-trimester abortion: a controlled study of complication rates. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 101-7.

บทที่ 8

ประสบการณ์การกำยุดการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ

เรื่องกิตต์ ศิริกาญจนกุล

การยุดการตั้งครรภ์ด้วยวิธีสูติศาสตร์หัตถการโดยการใช้ MVA จะทำได้ง่าย ใช้เวลาไม่มาก แต่สำหรับผู้ที่เริ่มฝึกปฏิบัติอาจจะรู้สึกว่ายาก ไม่มั่นใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากยังขาดทักษะ ขาดความชำนาญ ขาดประสบการณ์ ดังนั้นจึงขอถ่ายทอดประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ได้จากการสอนสาธิตแพทย์ที่ได้มาฝึกทำ MVA ประสบการณ์ตนเองร่วมกับที่ได้พบจากน้อง ๆ แพทย์ที่ทำ MVA เป็นเกร็ดเล็กเกร็ดน้อยจากการสังเกตสำหรับแพทย์ที่เริ่มปฏิบัติ MVA ซึ่ง Pitfall ในการทำ MVA มี ดังนี้

1. แพทย์สั่งยา Misoprostol 1 เม็ด (200 ไมโครกรัม) ให้คนไข้ดมใต้ลิ้นเพื่อเตรียมปากมดลูกในการยุดการตั้งครรภ์ โดยใช้ MVA อายุครรภ์ 9 สัปดาห์ เริ่มอมเวลา 8.00 น. และได้ดำเนินการทำ MVA เวลา 10.30 น. โดยตรวจที่ปากมดลูกไม่มีเลือดออก ปากมดลูกค่อนข้างแข็ง แพทย์ต้องยกเมื่อใส่ Canula เบอร์ 7 พบว่าใส่ไม่ผ่านเข้าช่องปากมดลูก ลองใส่ canula เบอร์ 4 ก็ไม่สามารถผ่านช่องปากมดลูกได้ จึงใช้ Misoprostol อมใต้ลิ้นใหม่อีก 2 เม็ด (400 ไมโครกรัม) เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ปากมดลูก จึงนุ่มและใส่ canula เข้าไปในโพรงมดลูกดูดีขึ้นเนื้อออกมาได้

2. แพทย์สั่งยา Misoprostol 2 เม็ด ให้คนไข้ดมใต้ลิ้น พยาบาลจัดการให้อมยาตามคำสั่ง เมื่อเวลาผ่านไป 2 ชั่วโมง 30 นาที นำคนไข้ซึ่งมีอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ครรภ์แรก มาทำ MVA ปรากฏว่าใส่ canula ไม่เข้า ปากมดลูกแข็ง จึงได้สอบถามคนไข้ ๆ บอกว่าไม่ได้อมและเอาทิ้งไป เปลี่ยนใจแล้ว คนไข้เป็นผู้ที่มีปัญหาถูกข่มขืน และ Mental retardation ญาติ ๆ ประสงค์จะให้ยุดการตั้งครรภ์ และคนไข้ก็ยืนยันตั้งแต่แรกว่าต้องการจะยุดการตั้งครรภ์ ภายหลังคนไข้ก็ไม่ยอมให้ทำการยุดการตั้งครรภ์อีกไม่ว่าจะวิธีการใด ๆ

3. คนไข้ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 6 สัปดาห์ แพทย์ตรวจมดลูกพบว่าเป็นท่า R/V ใส่ speculum พบว่าหาปากมดลูกไม่เจอ ต้องขยับ speculum ให้ลึกและถ่าง speculum ให้กว้างขึ้น พบว่าเห็นปากมดลูกบางส่วน ตำแหน่งข้อยูด้านบนชิดกับ Anterior vaginal wall แสดงว่ามดลูกคว่ำ เป็นท่า R/F จึงได้ให้คนไข้เบ่งปากมดลูกจึงเคลื่อนต่ำลงมาให้เห็นชัดเจน เมื่อให้แพทย์ใส่ canula พบว่าใส่เข้าไปไม่ได้ไม่ลึกพอ และรู้สึกชนกับผนังมดลูก แนะนำให้ดึง Tenaculum ลงมาให้แกนของมดลูกอยู่ในแนวเอียงน้อยลง แล้วดัน canula ให้มีทิศทางไปด้านล่าง พบว่าใส่เข้าไปในโพรงมดลูกจนถึง บริเวณ fundus ได้แล้วดูเนื้อเยื่อออกมาได้ดีจนให้ความรู้สึกว่าคุณหมดแล้ว

4. คนไข้ครรภ์แรก อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ การทำ MVA พบว่าเนื้อเยื่อออกมาไม่มากเท่าที่ควรจะได้ มีเพียงเลือดออกมามากในกระบอกดูทั้งที่ใช้ Canula เบอร์ 8 สามารถใส่ได้ลึก ขนตัวมดลูก จึงได้ใช้ USG ตรวจสอบพบว่าทิศทางของ canula ยังลงไปไม่ถึง fundus ดูได้เฉพาะส่วนกลาง ๆ ของ gestational sac เนื่องจากมดลูกคว่ำหลังมาก จึงพยายามดึง Tenaculum ลงมาด้านล่างเข้าหาตัวของแพทย์ แล้วดันให้ canula เข้าออกในทิศทางที่ลงไปด้านล่างมากขึ้น และต่อยด้วย canula เบอร์ 9 ก็ดูเนื้อเยื่อออกมาความรู้สึกว่าหมด คือ รู้สึกมีการบีบรัดของตัวมดลูก และความรู้สึกสากๆ ของ canula และไม่ได้เนื้อเยื่อออกมาอีก หลังมีฟองเลือดอยู่ใน canula

5. การใช้ Misoprostol เตรียมปากมดลูกก่อนยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ vacuum aspiration ประมาณ 2-3 ชั่วโมง มีผลดีอย่างมาก ทำให้การทำ MVA ในคนไข้ที่มีอายุครรภ์ 9-10 สัปดาห์ทำได้ง่าย โดยเฉพาะการให้ยา cytotoc 4 เม็ด อนุมัติลินจะได้ผลกว่า cytotoc 2 เม็ด และช่วงเวลาที่ทำ MVA ควรเป็น 3 ชั่วโมง ทำให้มีเลือดออกมาก และมีเนื้อเยื่อหลุดออกมาบางส่วน ปากมดลูกเปิดมากพอที่จะใส่ canula เบอร์ 8,9 ได้อย่างสะดวก ราบรื่น และ suction ในเวลา 5 นาทีก็เสร็จอย่างง่ายดาย

6. การทำ MVA ใน case Myoma uteri ขนาดโต 12 สัปดาห์แต่อายุครรภ์ 8 สัปดาห์และปากมดลูก เล็ก แข็ง พบว่าทำ MVA ไม่สำเร็จ ในช่วงนานมาแล้วที่ยังไม่ได้มีการใช้ Misoprostol มาเตรียมปากมดลูก ก็ต้องระวังไว้ว่า เหมาะสมหรือไม่ที่จะทำการยุติการตั้งครรภ์ ดังนั้นควรตรวจขนาดของมดลูก และวินิจฉัยอายุครรภ์ให้ถูกต้องก่อนจะทำ MVA ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ในเรื่องขนาดของมดลูกและอายุครรภ์

7. การทำ MVA อย่างเร่งรีบ ก่อนที่แพทย์ต้องรีบไป C/S พบว่าทำให้เกิด uterine perforated เป็น case Blighted ovum 7 สัปดาห์ตาม LMP และ ultrasound ไม่ได้เตรียมปากมดลูกด้วย Misoprostol มดลูกมีตำแหน่งคว่ำหลัง (Retroversion) cervix soft แพทย์ใส่ canula เบอร์ 6 ดันเข้าถอยออกอย่างรวดเร็ว และเมื่อดันเข้าไปอีกพบว่า canula เข้าไปลึกมากเกินขนาดของมดลูก แพทย์รู้ทันทีว่ามดลูกทะลุแล้ว ซึ่งแพทย์ได้ตัดสินใจทำการ explore laparotomy แม้ว่า vital signs, conscious จะปกติ หลังจากให้การปรึกษา และให้คนไข้มีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็นและตัดสินใจด้านการรักษา ผลการผ่าตัดพบว่ามีรอยทะลุ ขนาดเล็กที่ด้านหน้าของมดลูก ตรงตำแหน่งต่ำกว่า fundus 1.5 cm ไม่มีเลือดออก คนไข้มีอาการปกติและ ได้ D/C หลังผ่าตัด 2 วัน

8. ขั้นตอนการตรวจภายในก่อนทำ MVA มีความสำคัญที่ไม่ควรละเลย โดยจะช่วยให้รู้ตำแหน่งของมดลูกโดยเฉพาะ ทำคว่ำหน้าและคว่ำหลังมาก ๆ (A/F,R/F) มั่นใจได้มากกว่าการใส่ canula ถูกทิศ ถูกทาง และถึงที่บริเวณ fundus และอยู่ในบริเวณ Gestational sac ร่วมกับความจำเป็นที่ต้องดึง Tenaculum แบบธรรมดาแค่จับไว้หรือต้องดึงลงมามากขึ้น จะช่วยให้การดูดได้ content ภายในหรือต้องดึงลงมามากขึ้น จะช่วยให้การดูดได้ content ภายในเวลารวดเร็วหรือดูดไม่เกิน 3 ครั้ง ก็หมดสิ่งที่แฉใจคือการมีน้ำคร่ำออกมาตั้งแต่แรกแสดงว่าดูดถูกตำแหน่ง GS แล้ว

9. คนไข้อายุ 16 ปี อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ พยาบาลให้การปรึกษาส่งพบแพทย์คนที่ 1 วินิจฉัยว่า unintended pregnancy with adjustment disorder แพทย์คนที่ 2 ทำการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธี MVA ขณะจะทำ MVA คนไข้กลัว กลัวว่าจะปวดมาก และถามแพทย์หลายครั้งและคลื่นไส้ อาเจียน ขั้นตอนจะฉีดยา Lidocain ทำ Paracervical block คนไข้ก็ยิ่งกลัวมากขึ้น ไม่ให้ความร่วมมือ ขยับตัวไปมา ต้องให้คุณแม่เข้ามาปลอบ ให้นั่งอยู่ด้วยข้างเตียงและพยาบาลยืนข้างเตียงให้กำลังใจจับมือ ปลอบโยนด้วยคำพูดที่นุ่มนวล คนไข้ก็สงบมากขึ้น จนกระทั่งการทำ MVA ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ดังนั้นที่ห้องให้คำปรึกษาต้องให้ข้อมูลให้การปรึกษาก่อนจะทำ MVA ในเรื่องขั้นตอนของการทำ MVA ว่าจะมีอะไรบ้างให้คนไข้ได้ซักถามเตรียมตัว จิตใจให้พร้อมและเข้าใจขั้นตอนเป็นอย่างดีพร้อมทั้งให้กำลังใจ และเมื่อคนไข้เข้ามาในห้องที่จัดไว้สำหรับทำ MVA พยาบาลและแพทย์ก็ต้อง approach ด้วยกริยาท่าทางคำพูดที่เป็นมิตรและอธิบายซ้ำเกี่ยวกับขั้นตอนการดูด การฉีดยาชา และบอกว่าทำไม่นาน ก็จะเสร็จ เพื่อให้คนไข้สบายใจมั่นใจในตัวแพทย์และพยาบาล

10. ผู้เริ่มปฏิบัติการ MVA ระยะเวลาแรกพบว่าการให้ยาชาลดอาการปวดมักไม่ค่อยได้ผลจึงแนะนำเคล็ดลับในช่วงที่ทำ paracervical block ถ้าปากมดลูกค่อนข้างเล็ก โดยเฉพาะในครรภ์แรกอายุ 14 -15 ปี จะเห็น lateral fornix ชัดเจน ซึ่งเป็นบริเวณที่จะฉีดยา Lidocain การฉีดยาที่ตำแหน่งนาฬิกา 3,9 นาฬิกา และเพิ่มตำแหน่ง 2,10 นาฬิกา หรือตำแหน่ง 5,7 นาฬิกา จำนวน 4 ตำแหน่ง จำนวน 10 มิลลิเมตร จะทำให้ง่ายได้ผลดี กว่าปากมดลูกที่โตเต็ม fornix หรือเห็นซอก fornix ไม่ชัดเจน ซึ่งควรใช้เข็ม

spinal block แทงลึก ประมาณ 1-2 มม. ทำให้ลดการปวดได้ดีมาก การทำ MVA ก็จะทำราบรื่น ส่วนการมีปากมดลูกขนาดใหญ่เห็นชอก lateral fornix แคบ ให้ฉีด 1 % Lidocain with adrenaline ที่ปากมดลูกตำแหน่ง 12 นาฬิกา ประมาณ 1 มิลลิเมตร แล้วใช้ tenaculum หนีบที่ปากมดลูกและดึงปากมดลูกให้เอียงไปด้านข้างจนเห็นชอก fornix ชัดเจนแล้วค่อยฉีดยาชาตามตำแหน่งดังกล่าว ก็จะลดความเจ็บปวดได้ผล

11. เทคโนโลยีสมัยใหม่โดยใช้ Misoprostol เตรียมปากมดลูกก่อน MVA (400 -800 ไมโครกรัม) 2-3 ชั่วโมง ช่วยให้การใส่หลอด canula เข้าไปในโพรงมดลูกทำได้สะดวกยิ่งขึ้น แต่ก็ไม่ใช่ทุกราย มีบางรายที่ปากมดลูกแข็งและบิด ในรายที่อายุครรภ์ 6,7,8 สัปดาห์ พบว่า canula เบอร์ 6 ใส่ผ่าน cervical canal ได้ประมาณ 2-3 เซนติเมตร ก็ติดขัด วิธีแก้ไขคือ ใส่ sound เข้าไปก่อนตามตำแหน่ง/ท่าของมดลูก (คว่ำหน้า,หลัง) ซึ่งมักจะเข้าไปได้ถึงยอดมดลูก ต่อไปใช้ canula เบอร์ 4,5 ใส่ผ่านปากมดลูกในลักษณะค่อย ๆ หมุนเข้าไปและเอียง canula ให้มีทิศทางไปตามตำแหน่งของมดลูกแล้ว suction ให้ได้ tissue พอดี จากนั้นก็เปลี่ยน canula เบอร์ใหญ่ขึ้น ก็จะดูดได้จนหมด ควรใช้เบอร์ใหญ่ตามจำนวนสัปดาห์ของอายุครรภ์ (อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ ใช้ canula เบอร์ 7,8) เพื่อให้แน่ใจว่าจะดูดเนื้อเยื่อออกมาหมด

12. คนไข้ได้รับการทำ MVA อายุครรภ์ 6 สัปดาห์ ได้เนื้อเยื่อมากพอควรแพทย์ไม่ได้ตรวจดูเนื้อเยื่อตามมาตรฐานที่ควรตรวจเพราะมั่นใจว่าทำ MVA ได้ complete aspiration แล้ว 2 สัปดาห์ต่อมาเมื่อคนไข้มาตรวจติดตามผลตรวจภายในพบว่ามดลูกโตขึ้นเป็น 8 สัปดาห์ ultrasound พบว่ายังตั้งครรภ์ ซึ่งแน่ชัดว่าการทำ MVA ครั้งแรกนั้นล้มเหลว เนื้อเยื่อที่ดูดได้เป็นเยื่อผนังมดลูกซึ่งจะแตกต่างกับ Conceptive product ที่จะมีลักษณะกระจายออกเป็นเยื่อบาง ๆ ใส ๆ เหมือนวุ้นสีชมพูอ่อนเหมือนรากไม้ ปริมาณมากเทียบได้กับขนาดอายุครรภ์ ดังนั้นการทำ MVA ให้นำเนื้อเยื่อไปใส่ไว้ในตะแกรง stainless ที่มีผ้าขาวบางรองไว้ แล้วล้างน้ำจะทำให้เห็นชัดเจน ทำทุกครั้งได้ยิ่งดี หรือตรวจสอบถ้าไม่แน่ใจ เพราะแพทย์มีประสบการณ์ยังพลาดได้ไม่ควรประมาท

13. คนไข้ อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ได้รับการทำ MVA หลังทำปริมาณเลือดออกปกติและหลังจากกลับบ้านเลือดออกนาน 10 วัน ไม่ได้กลับมาตรวจตามนัด 1 เดือนต่อมา คนไข้มาตรวจ แพทย์ได้ตรวจ ultrasound พบว่ายังมีเนื้อเยื่อเหลืออยู่ไม่มาก คนไข้ต้องการให้แพทย์ทำ MVA ดูเอาชิ้นเนื้อออกให้หมด แพทย์จึง MVA อีกครั้งขณะทำพบว่ามีเลือดออกมากผิดปกติ ได้ฉีด Methergin ให้แล้วสังเกตการณ์เลือดยิ่งออกมาก ได้ให้ Misoprostol 2 เม็ดอมใต้ลิ้นพบว่าเลือดยิ่งออกมาก ระยะสังเกตอาการ 2 ชั่วโมงพบว่ามี active bleeding แต่ vital signs ปกติ จึงได้ส่งต่อมายังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แพทย์ ตรวจพบว่ามดลูกไม่ได้ทะลุและได้รับการ D&C หลังจากนั้นเลือดออกน้อยลงเป็นปกติ คนไข้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้น

14. คนไข้ อายุครรภ์ 6 สัปดาห์ ทำ MVA ได้ tissue น้อย รู้สึกดูดได้ไม่แรงพอและได้เลือดมากกว่าทั้ง ๆ ที่ canula เบอร์ 6 ก็ใส่เข้าไปถึงโพรงมดลูกได้ดี อย่างหนึ่งที่ต้องตรวจสอบคือเครื่องมือ MVA พบว่าแรงดูด สูญญากาศไม่ดีพอ (เครื่องมือชำรุด การดูแลรักษาเครื่องมือไม่ได้มาตรฐาน) เปลี่ยน Aspirator ใหม่ พบว่าดูด tissue ได้แรงดีขึ้น จนรู้สึกว่าหมดแล้ว แต่ถ้ายังดูดได้เนื้อเยื่อน้อย ก็แสดงว่า canula ใส่ไม่ถูกทิศทาง มดลูกคว่ำหน้าหรือหลังมาก อาจต้องขยับ canula เข้าออกเล็กน้อยให้ลึกขึ้นก็น่าจะดูดได้ดีขึ้น ดังนั้นต้องรู้ตำแหน่งของมดลูกให้ชัดเจน

15. แพทย์ได้ฉีดยาชาที่ปากมดลูกเป็นจุดแรก (ตำแหน่ง 12 นาฬิกา) โดยที่ยังไม่ได้ใช้ Tenaculum หนีบ (จะฉีดยาชาต่อที่ตำแหน่งอื่น) อาจมีเลือดพุ่งออกมาทำให้ขังอยู่เต็มและบดบังชอกของ lateral fornix ซึ่งจะฉีดยาชาบริเวณ 3,9 นาฬิกาไม่ได้ดีพอ เพราะมองไม่เห็นชัด ดังนั้นควรฉีดยาชาเป็นตำแหน่งสุดท้าย

16. คนไข้ทำ MVA เสร็จเรียบร้อยแล้ว หลังทำสัญญาณชีพปกติคนไข้ก็ปกติลุกขึ้นได้ให้ไปพักผ่อน พักพื้น 30 นาที ต่อมาพยาบาลรายงานว่าคนไข้ปวดท้องน้อยมากรู้สึกหิวจะเป็นลมและอาเจียนแม่คนไข้กังวลมาก ตรวจ BP PR ปกติ ไม่ซีดลงเลือดไม่ออกผิดปกติ ให้คนไข้กินยา Brufen (400 มิลลิกรัม) 1 เม็ด พักสังเกตอาการอีก 1 ชั่วโมงต่อมาก็กลับบ้านได้

17. ถ้ากรณีที่ทำ MVA ในคนไข้ตั้งครรภ์ 5+ สัปดาห์และได้ tissue น้อยแล้วสงสัยว่า complete abortion หรือไม่ ถ้าไม่ดู USG confirm วันนั้น ก็ควรนัดคนไข้มาดูอีก 1 สัปดาห์ เพื่อยืนยันอีกครั้งว่าแท้งครบหรือไม่ โดยมีเบอร์โทรศัพท์ของผู้ให้บริการให้คนไข้ไว้ด้วย เพื่อให้คนไข้ติดต่อเข้ามาบางที่คนไข้ไม่ได้มาตามนัด ควรโทรติดตามให้มาตรวจซึ่งจะได้ทราบว่ากรณียุติการตั้งครรภ์หรือไม่ หรือยังตั้งครรภ์ต่อ ซึ่งจะแก้ไขได้ ครรภ์ไม่โตจนถึง 13 -14 สัปดาห์

18. เรื่องการเตรียมเครื่องมือของทีมงานไม่ครบ ส่วนใหญ่จะขาด canula เบอร์ 5,6,7 เพราะที่ใช้บ่อยซึ่งต้องตกลงกับพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลให้ช่วยตรวจสอบการส่ง canula ออบแก๊สและมี canula ให้ครบทุกเบอร์ มี work flow การล้างทำความสะอาดเครื่องมือ aspirator และ canula และส่ง canula ออบแก๊สเป็นระยะ

19. ในเรื่องของจิตใจของคนไข้ ก่อนทำจะกังวลกลัวฉีดยาชา หลังทำกลัวเจ็บท้องจนไปทำงานไม่ได้กลัวพยาบาลดู ตาหนีกลัวคนรู้จักพบเห็น กลัวไม่เป็นความลับ ความรู้สึกของแพทย์ผู้ทำ คือ ในด้านคุณค่าที่ตนเองรู้สึกอย่างไร อะไรผลักดันหรือให้กำลังใจที่จะทำให้ตนเองทำเพื่อคนไข้ เรื่องบาป และเรื่องบุญ แพทย์ที่ช่วยยุติการตั้งครรภ์ให้คนไข้รู้สึกว่าเป็นเรื่องบุญ เรื่องให้ออกาสให้อภัยมากกว่า คิดว่าตนเองทำดี ความรู้สึกของทีมงานที่ช่วยแพทย์ มีเรื่องความศรัทธาต่อแพทย์ รู้สึกที่ดีเข้าใจ ให้กำลังใจ อยากช่วยทั้งแพทย์ผู้ทำและคนไข้

20. ความรู้สึกของคนไข้ที่มีต่อแพทย์และพยาบาลหลังรับบริการยุติการตั้งครรภ์ มีตัวอย่างจากมุมมองของเธอบางคนคือ เสียงสะท้อนจากวัยรุ่นที่มีมารับบริการยุติการตั้งครรภ์

“...ต่อจากนี้ หนูจะตั้งใจเรียน หนูจะเป็นเด็กดีของคุณพ่อคุณแม่หนูจะไม่ทำอย่างนี้อีกแล้ว เพราะว่ามันเป็นสิ่งที่ทำให้ทุกคนไม่ว่าพ่อ แม่เดือดร้อนไปหมด... หนูขอบคุณคุณหมอที่โรงพยาบาล...ทุกท่าน ถ้าหนูไม่ได้รับคำปรึกษาที่ดีจากคุณหมอ หนูคงไม่มีทางเลือกนอกจากหนูจะไปทำแท้งเถื่อน หนูคิดว่าโรงพยาบาลนี้ดีที่สุดที่ช่วยชีวิตหนู ไม่งั้นหนูคงไม่มีอนาคตที่ดีอย่างกับคนอื่น หนูขอขอบคุณ คุณหมอเป็นอย่างยิ่ง และขอบคุณพยาบาลที่อยู่คลินิกวัยรุ่นคือป้า..... ที่ให้คำปรึกษาหนู หนูจะไม่ลืมบุญคุณของคุณหมอและพยาบาลทุกท่านที่ให้ชีวิตใหม่กับหนู”

เสียงสะท้อนจากคุณแม่วัยรุ่น

“ได้มีโอกาสพาลูกมาใช้บริการกับทาง (คลินิกวัยรุ่น) ดิฉันขอชื่นชมกับทางคลินิกว่าทำดีที่สุด ถ้าคิดดูให้ดีแล้ว ไม่ใช่เป็นการทำบาปแต่อย่างใด มันเป็นการทำบุญด้วยซ้ำ ที่ได้ช่วยเหลือเด็ก ได้มีอนาคตที่ดีต่อไป ได้ช่วยพ่อกับแม่ของเด็กด้วย ที่ไม่ต้องมานั่งคิดมากกับสิ่งที่ลูกได้พลาดกับชีวิต ดิฉันขอให้กำลังใจกับทีมงานนี้ต่อไปขอให้บุญคุณในครั้งนี้อยู่คู่กับลูกหลานทุกคนทุกท่านพบแต่สิ่งดี ๆ ในวันข้างหน้าด้วยเทอญ สาธุ”

บทที่ 9

การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ และการตรวจติดตาม

อรรณพ ใจสำราญ
อรรรณ คีรีวัฒน์

คำนำ

การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ
คำแนะนำที่ผู้รับบริการควรได้รับก่อนกลับบ้าน
การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา
การตรวจติดตามหลังตั้งครรภ์
ภาวะแทรกซ้อนหลังการยุติการตั้งครรภ์และการดูแลรักษา

บทที่ 9

การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ และการตรวจติดตาม

อรรรณพ ใจสำราญ

อรรวรรณ ศิริวัฒน์

คำนำ

การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสม การดูแลสภาพจิตใจ รวมถึงการดูแลในด้านอื่นนอกเหนือจากด้านการแพทย์ เช่น สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ

ในห้องพักฟื้นหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ ให้ติดตามอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่อาจบอกถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากวิธีการยุติการตั้งครรภ์ หรือจากยาสลบหรือยาระงับปวดที่ให้ไป โดยทั่วไปผู้รับบริการสามารถกลับบ้านได้เมื่อไม่พบสิ่งผิดปกติใด ๆ

คำแนะนำที่ผู้รับบริการควรได้รับก่อนกลับบ้านมีดังนี้

1. อาการซึ่งอาจพบได้ตามปกติหลังการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อยซึ่งจะหยุดไปภายใน 1-2 สัปดาห์ อาการปวดท้อง มีไข้เล็กน้อยหรือคลื่นไส้ ซึ่งจะหายภายใน 24 ชั่วโมง หากมีอาการปวดท้อง อาจรับประทานยาแก้ปวดทั่วไปหรือยาในกลุ่ม NSA/DS
2. อาการซึ่งแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะต้องกลับมาพบแพทย์ ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอดมาก ปวดท้องมากขึ้นหรือมีไข้ยาวนานเกิน 24 ชั่วโมง
3. ผู้รับบริการสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ยกเว้นการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะถึงวันตรวจติดตาม
4. แนะนำให้กลับมาพบการตรวจติดตามภายใน 2 สัปดาห์ หลังการยุติการตั้งครรภ์

การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา

แนวทางการดูแลหลังการใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ มีความแตกต่างกันไป ตามอายุครรภ์ และชนิดของยาที่ใช้

1. ในกรณีที่อายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ หรือ 63 วัน การใช้ยา mifepristone ร่วมกับ misoprostal (Medabon®) พบว่ามีประสิทธิภาพสูงมากในการยุติการตั้งครรภ์ รวมทั้งมีข้อมูลยืนยันถึงความปลอดภัย หากเป็นการใช้ยาที่สถานบริการ สาธารณสุข สมควรให้ผู้รับบริการพักในห้องสังเกตอาการสักช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น หลังจากนั้นสามารถกลับบ้านได้ โดยไม่ต้องรอนจนเกิดการแท้งขึ้น หากเป็นการใช้ยาเองที่บ้าน จำเป็นต้องให้คำแนะนำวิธีการใช้อย่างถูกต้อง รวมถึงอาการที่จะเกิดขึ้น และสิ่งผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนด หลังการให้ยาแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ ควรนัดผู้รับบริการ กลับมาตรวจ เพื่อประเมินว่าเกิดการแท้งโดยสมบูรณ์หรือไม่ ซึ่งสามารถทราบได้โดยการตรวจภายใน หรือการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นเช่นการติดเชื้อ เป็นต้น

2. ในกรณีอายุครรภ์เกิน 9 สัปดาห์ หากใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปแนะนำให้กระทำในสถานพยาบาล โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งเกิดการแท้งโดยสมบูรณ์ ผู้รับบริการสามารถกลับบ้านได้เมื่อไม่พบสิ่งผิดปกติ และควรได้รับคำแนะนำ เช่นเดียวกับวิธีทางศัลยกรรมที่กล่าวมาแล้ว

การตรวจติดตามหลังการยุติการตั้งครรภ์

โดยทั่วไปหลังการยุติการตั้งครรภ์ ควรนัดผู้รับบริการมาตรวจติดตามในเวลา 1-2 สัปดาห์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อประเมินว่ามีอาการแท้งโดยสมบูรณ์หรือไม่ โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีการแท้งที่บ้าน ทั้งนี้สามารถทราบได้โดยการสอบถามอาการ การตรวจภายใน และการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในรายที่จำเป็น
2. เพื่อประเมินว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่
3. เพื่อให้คำปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. เพื่อการดูแลในด้านอื่น ๆ ได้แก่ สภาพจิตใจ อารมณ์ รวมถึงด้านสังคมสงเคราะห์

ภาวะแทรกซ้อนหลังการยุติการตั้งครรภ์และการดูแลรักษา

หากการยุติการตั้งครรภ์กระทำโดยแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมมาจะพบภาวะแทรกซ้อนน้อยมาก อย่างไรก็ตามสถานบริการจำเป็นต้องมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร และเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการยุติการตั้งครรภ์ได้

ตารางที่ 9-1 ภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์และการดูแลรักษา

ภาวะแทรกซ้อน	อาการ อาการแสดงและการวินิจฉัย	การดูแลรักษา	ข้อสังเกต
1. การตั้งครรภ์ต่อ	<ul style="list-style-type: none"> - ยังคงมีอาการของการตั้งครรภ์ - มดลูกมีขนาดโตขึ้น - ทดสอบการตั้งครรภ์โดยปัสสาวะหรือเลือดได้ผลบวก - ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงยังพบมีการตั้งครรภ์อยู่ 	ใช้วิธีสูติศาสตร์หัตถการเพื่อยุติการตั้งครรภ์ เช่น vacuum aspiration หรือการขูดมดลูก	พบได้บ่อยกว่าในการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ แต่ก็สามารถพบหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีทางศัลยกรรม
2. การแท้งไม่ครบ	<ul style="list-style-type: none"> - เลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้อง หรือมีอาการของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ - ตรวจพบปากมดลูกเปิด มดลูกมีขนาดโต - ควรสงสัยในรายที่ปริมาณชิ้นเนื้อที่ได้จากการยุติการตั้งครรภ์ น้อยกว่าที่ควรจะเป็นตามอายุครรภ์ 	ใช้วิธีสูติศาสตร์หัตถการเพื่อเอาเนื้อเยื่อออกให้หมด หรือใช้ยา misoprostol	พบได้บ่อยกว่าในการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ แต่ก็สามารถพบหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีทางศัลยกรรม
3. การตกเลือด	<ul style="list-style-type: none"> - มีเลือดออกมาก - มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดต่ำลง 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจหาสาเหตุและรักษาตามสาเหตุนั้น เช่น การนำเนื้อเยื่อออกให้หมด ในกรณีการแท้งไม่ครบ การให้ยาช่วยการหดตัวของมดลูกในกรณีมดลูกไม่บีบตัว - การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซม การฉีกขาดของช่องทางคลอดหรือมดลูกและการให้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (clotting factors) หากพบปัญหาเลือดไม่แข็งตัว - ให้สารน้ำ และเลือดทดแทนตามความจำเป็น 	

ตารางที่ 9-1 (ต่อ)

ภาวะแทรกซ้อน	อาการ อาการแสดงและการวินิจฉัย	การดูแลรักษา	ข้อสังเกต
4. การติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - มีไข้ หนาวสั่น ปวดท้องน้อย - มีตกขาวกลิ่นเหม็นหรือเลือดออกทางช่องคลอด - มีอาการกดเจ็บที่มดลูกหรือปีกมดลูก - ตรวจเลือดพบจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ใหยาปฏิชีวนะชนิด broad spectrum - รับไว้รักษาเป็นคนที่ใน หากอาการรุนแรง - ให้สารน้ำทดแทนตามความจำเป็น - ถ้าการติดเชื้อเกิดจากมีชิ้นส่วนของ การตั้งครรภ์ค้างอยู่ในมดลูก ต้องทำการขูดมดลูกซ้ำหลังให้ยาปฏิชีวนะแล้ว 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ยาปฏิชีวนะ ก่อนการยุติการตั้ง ครรภ์โดยวิธี สูติศาสตร์หัตถการ สามารถลดโอกาส ติดเชื้อลงได้
5. มดลูกทะลุ	<ul style="list-style-type: none"> - อาจไม่มีอาการในกรณีที่มีรอยทะลุมีขนาดเล็ก - บางรายอาจปวดท้องมาก มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือมีไข้ - ตรวจพบขณะใส่เครื่องมือในโพรงมดลูกได้ลึกกว่าที่ควร 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตอาการ และให้ยาปฏิชีวนะ ส่วนมากเป็นรอยทะลุขนาดเล็กซึ่งหายได้เอง - หากสงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บต่อ อวัยวะอื่นในช่องท้องเช่น ลำไส้หรือเส้นเลือด อาจจำเป็นต้องทำการ ผ่าตัด 	

การคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์

หลังการยุติการตั้งครรภ์ สตรีจะมีการเจริญพันธุ์กลับมาเป็นปกติในเวลาอันสั้น โดยอาจมีการตกไข่ได้ในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์เท่านั้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้รับบริการควรได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ก่อนกลับออกจากสถานบริการไป เพื่อให้สามารถวางแผนการตั้งครรภ์และมีบุตรในเวลาอันเหมาะสมต่อไป

วิธีการคุมกำเนิดในสตรีหลังการยุติการตั้งครรภ์หรือหลังแท้งมีหลักในการเลือกใช้เหมือนในสตรีทั่วไป โดยส่วนใหญ่สามารถเริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดต่าง ๆ เหล่านี้ได้ทันทีหลังการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งรวมถึงห่วงอนามัยด้วย โดยไม่จำเป็นต้องรอจนกระทั่งผู้รับบริการกลับมาตรวจติดตาม

ตารางที่ 9-2 สรุปลักษณะในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราววิธีต่าง ๆ หลังแท้งตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ภาวะของ การแท้ง	COC	CIC	Patch & vaginal ring	POP	DMPA	LNG-ETG implants	Copper -bearing IUD	LNG-releasing IUD	Condom
ไตรมาสแรก	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ไตรมาสที่สอง	1	1	1	1	1	1	2	2	1
หลังการแท้งติดเชื้อมันที่	1	1	1	1	1	1	4	4	1

CIC (combined injectable contraceptive) = ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

COC (combined oral contraceptive) = ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

DMPA (depot medroxyprogesterone acetate) = ยาฉีดคุมกำเนิดชนิด DMPA

IUD (intrauterine device) = ห่วงอนามัย

LNG/ETG (progestogen-only implants) = ยาฝังคุมกำเนิด

POP (progestogen-only pill) = ยาเม็ดคุมกำเนิดที่ประกอบด้วยโปรเจสโตเจนอย่างเดียว

คำจำกัดความ

- 1 = ไม่มีข้อห้ามในการใช้วิธีคุมกำเนิด
- 2 = โดยทั่วไป การใช้วิธีคุมกำเนิดมีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง
- 3 = การใช้วิธีคุมกำเนิดมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์
- 4 = การใช้วิธีคุมกำเนิดมีความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้

ตารางที่ 9-3 สรุปข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกในการพิจารณาทำหมันในสตรีหลังแท้ง

สภาพหลังแท้ง	ข้อแนะนำ
การแท้งที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	A
มีไข้หรือการติดเชื้อหลังแท้ง	D
มีการตกเลือดรุนแรงหลังแท้ง	D
มีอันตรายต่อช่องคลอดหรือปากมดลูก ขณะแท้ง	D
มดลูกทะลุ	S
มีเลือดคั่งในโพรงมดลูกเฉียบพลัน	D

คำจำกัดความ

A = accept สามารถทำหมันได้หลังแท้งโดยไม่มีข้อห้าม

D = delay ให้เลื่อนการทำหมันจนกว่าสภาพจะกลับสู่ปกติโดยการใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวไปก่อน

S = special การทำหมันควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญในสถานที่ซึ่งมีเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ พร้อม รวมถึงการให้ยาสลบด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Reproductive Health, World Health Organization, Combined hormonal contraceptives (CHCs) (Combined oral contraceptives, combined inject able contraceptives, patch, ring). Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fourth edition. [Interne]. 2009 [cited 2014 Dec 14]. Available from : http://www.who.int/reproductivehealth/publication/family_plannig/9789241563888/en/

บทที่ 10

ประสบการณ์การให้บริการยุติการตั้งครรภ์

พิชณุ ชันติพงษ์

ก่อนการยุติการตั้งครรภ์ (Pre-abortion)
ระหว่างการยุติการตั้งครรภ์ (Abortion)
หลังการยุติการตั้งครรภ์ (Post-abortion)
สรุป

บทที่ 10

ประสบการณ์การให้บริการยุติการตั้งครรภ์

พิษณุ ชันติพงษ์

ก่อนการยุติการตั้งครรภ์ (Pre-abortion)

ปัญหาในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์นั้นแบ่งใหญ่ ๆ ออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มที่เป็นการตั้งครรภ์พึงประสงค์ และกลุ่มที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กรณีที่มีเหตุต้องยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ในกลุ่มแรกนั้นมักประสบปัญหาน้อย เพราะสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมักจะเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อนและพอจะทราบคร่าวๆจากการให้การปรึกษาก่อนการวินิจฉัยทารกในครรภ์ แต่ผู้ให้บริการควรแสดงความเห็นใจและให้กำลังใจ ส่วนกรณีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นั้นมักจะประสบความยุ่งยากมากกว่า ความสำคัญของการให้คำแนะนำปรึกษาในกลุ่มนี้คือการสำรวจปัญหาของสตรีตั้งครรภ์และอาจจะรวมถึงคู่สมรสด้วย วิธีการที่จะให้ความช่วยแก้ปัญหาต่างๆโดยคำนึงถึงตัวหญิงตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลาง

ผู้ให้บริการหรือผู้ให้คำแนะนำจะต้องเข้าใจในบทบาทของตนเอง และสามารถที่จะควบคุมอารมณ์ได้ดี ต้องวางตัวเป็นกลาง ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาโดยไม่มีการชี้นำ ในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความจำเป็นต้องให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเสมอ บางครั้งอาจจะต้องเชิญฝ่ายชายเข้ามาร่วมให้คำปรึกษาแนะนำไปพร้อม ๆ กัน ตามแต่สถานการณ์ในขณะนั้น ๆ กรณีที่มีครอบครัวแล้วสามารถให้สามีและสมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมด้วยได้ แต่สิ่งที่ต้องคำนึงสูงสุดคือจิตใจของสตรีตั้งครรภ์เอง เนื่องจากจะมีความรู้สึกที่เป็นกังวลตลอดเวลา และกลัวที่จะต้องตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงควรให้เวลาหลังจากให้คำปรึกษาแล้วสักระยะหนึ่ง อาจนัดอีกครั้งวันรุ่งขึ้นเพื่อให้มีเวลาไตร่ตรองอย่างเต็มที่ ผู้ให้บริการต้องเคารพในการตัดสินใจนั้นและให้การบริการตามมาตรฐานที่ดี ทศนคติของผู้ให้บริการต้องไม่มองว่าการมาขอรับบริการยุติการตั้งครรภ์นั้นเป็นความผิดของสตรีตั้งครรภ์ ไม่แสดงการดูถูกเหยียดหยาม ทั้งด้วยวาจาหรือสายตา เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ (รวมไปถึงสามีหรือคู่นอน) จะมีความรู้สึกที่ทำผิดอยู่แล้ว บางครั้งหลังการยุติการตั้งครรภ์จะยังรู้สึกผิดตัวเองไร้คุณค่า เป็นคนบาปและขาดกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป

ระหว่างการทำยุติการตั้งครรภ์ (Abortion)

ผู้ให้บริการควรอธิบายถึงวิธีการและขั้นตอนการยุติการตั้งครรภ์อย่างละเอียด เพื่อให้ผู้รับบริการจะได้เข้าใจขั้นตอนต่าง ๆ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อจะได้ลดความกังวล และสามารถสังเกตอาการและดูแลตนเองหลังทำได้

กรณีที่ยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา 2 ชนิดร่วมกัน คือ Mifepristone และ Misoprostol (โดยในระยะแรกของการใช้ยาแบบนี้ อยู่ในช่วงของการศึกษาวิจัยในประเทศไทย) ผู้ให้บริการต้องมั่นใจว่าสตรีตั้งครรภ์เข้าใจคำแนะนำต่าง ๆ โดยเฉพาะการสังเกตอาการต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างใกล้ชิด และให้มาตรวจตามนัดหรือพบแพทย์ทันทีที่มีความผิดปกติ ยา Misoprostol ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย คือ ไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเสีย หากเป็นการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Misoprostol เพียงชนิดเดียว ซึ่งจะเป็นการตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่สองไปแล้ว มีความจำเป็นต้องรับไว้ดูแลในโรงพยาบาล เพราะมดลูกที่โตขึ้นนั้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์มากกว่า โดยเฉพาะการตกเลือด แท้งไม่ครบ และมดลูกแตก

กรณีที่ใช้อุปกรณ์ดูดสุญญากาศ (manual vacuum aspiration: MVA) สามารถให้บริการแบบผู้ป่วยนอกได้ ไม่มีความจำเป็นต้องทำหัตถการในห้องผ่าตัด ไม่มีความจำเป็นต้องเหนี่ยวนำให้สลบ อาจจะใช้ยา Misoprostol สอดช่องคลอดหรืออมใต้ลิ้นก่อนทำการดูดโพรงมดลูก เพราะจะช่วยให้อาการปวดก่อนเล็กน้อย ส่วนมากมักไม่จำเป็นต้องใช้การฉีดยาชาที่ปากมดลูกซึ่งอาจเกิดอันตรายหากมีการดูดซึมของยาชาเข้ากระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะใจสั่นจนถึงขั้นอันตรายได้ ส่วนใหญ่มีอาการเจ็บพอทนได้ ยาที่สามารถช่วยลดอาการเจ็บปวดได้ดีก็คือในกลุ่ม NSAIDs ไม่ควรให้ยานอนหลับ เนื่องจากจะไม่สามารถสื่อสารกับคนไข้ได้ ผู้เขียนสังเกตเห็นว่าลดความกังวลโดยการอธิบายอย่างละเอียด และท่าทีของการให้บริการอย่างเป็นมิตร การมีเจ้าหน้าที่อยู่ข้างๆ คอยจับมือ พูดจาสื่อสารขณะทำหัตถการ จะทำให้ผู้รับบริการควบคุมตนเองและควบคุมความเจ็บปวดได้ดีกว่า เมื่อทำการดูดขึ้นเนื้อรกจากโพรงมดลูกออกมาแล้ว มีความจำเป็นต้องตรวจดูสภาพของชิ้นเนื้อนั้น โดยการนำมาวางบนก๊อช หรือใส่ตะแกรง แล้วดูว่ามีลักษณะเป็นรกหรือไม่ ปริมาณเหมาะสมกับอายุครรภ์ขณะนั้นหรือไม่ และควรส่งตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไป

หลังจากเสร็จหัตถการแล้วควรให้นอนพักดูอาการทั่วไประยะหนึ่งจึงให้กลับบ้านได้โดย ต้องให้คำแนะนำในการสังเกตอาการคือ กลุ่มอาการของการตั้งครรภ์ควรหายไป เลือดออกน้อยลง อาจจะมึนศีรษะขึ้นเนื้อเพียงเล็กน้อยหลุดออกมาทางช่องคลอดได้บ้าง เน้นย้ำถึงความจำเป็นที่ต้องมาตรวจตามนัด และกรณีที่ต้องรับมาโรงพยาบาลโดยด่วน เช่น เลือดออกมากขึ้น ปวดท้องรุนแรงขึ้น หน้ามืดเป็นลม ปวดบริเวณหัวไหล่ ไข้ขึ้นมีหนองออกทางช่องคลอด เป็นต้น

หลังการยุติการตั้งครรภ์ (Post-abortion)

การตรวจติดตามหลังการยุติการตั้งครรภ์มีความจำเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพื่อตรวจดูว่า การตั้งครรภ์เกิดขึ้นโดยสมบูรณ์หรือไม่ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ และการวางแผนเรื่องการคุมกำเนิดต่อไป ประสบการณ์ผู้เขียนพบว่า หากผู้รับบริการไม่มาตามนัดแล้วก็จะไม่มีการคุมกำเนิดอีกเลย นอกจากนี้ควรประเมินสภาพจิตใจ ความสามารถในการกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว และสังคมเหมือนปกติ ในกรณีที่มีปัญหาครอบครัวอยู่ก่อนหรือเป็นปัญหาที่ซับซ้อนอาจจะต้องส่งปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป

สรุป

ก่อนยุติการตั้งครรภ์ (Pre-abortion)

1. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงอาจมีความจำเป็นในการยืนยันการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกและการตรวจหาอายุครรภ์ที่แน่นอน
2. ควรมีการซักประวัติเรื่องโรคประจำตัวเช่นโรคหัวใจ ยาที่ต้องทานเป็นประจำ
3. กรณีเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จำเป็นต้องมีผู้ปกครองลงนามแสดงความยินยอมด้วย
4. ผู้ให้บริการทุกคนจะต้องมีทัศนคติในเชิงบวกกับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม
5. ต้องเคารพในการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว
6. ต้องให้เวลาในการตัดสินใจหลังให้ข้อมูลจนเข้าใจดีแล้ว
7. การรักษาความลับถือเป็นเรื่องสำคัญ
8. ควรทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพโดยถือเอาหญิงตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลาง

ระหว่างการยุติการตั้งครรภ์ (Abortion)

1. เลือกวิธีที่เหมาะสมตามอายุครรภ์โดยยึดหลักเอาความปลอดภัย
2. ควรเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจโดยอธิบายขั้นตอนอย่างละเอียด
3. ควรให้เจ้าหน้าที่คนหนึ่งอยู่ด้านหัวเตียงเพื่อพูดคุยด้วยเป็นลดความกังวล
4. ให้การระงับปวดอย่างเหมาะสม
5. ปฏิบัติตามขั้นตอนหัตถการอย่างเคร่งครัด
6. ประเมินลักษณะของชิ้นเนื้อที่ตูดออกมาโดยละเอียด
7. หลังสิ้นสุดหัตถการแล้วจะต้องไม่มีเลือดออกมาจากปากมดลูกมากหรือรู้สึกปวดท้องมาก
8. ควรให้นอนพักจนมั่นใจจึงอนุญาตให้กลับบ้านหรือห้องพักได้
9. ต้องเน้นให้มาตรวจติดตามการรักษาตามนัด
10. ควรให้คำแนะนำอย่างละเอียดว่าเมื่อใดจึงต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและให้เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา

หลังยุติการตั้งครรภ์ (Post-abortion)

1. ต้องให้มาตรวจตามนัดถ้าไม่มาควรมีวิธีติดตามได้
2. ต้องสามารถตรวจยืนยันได้ว่าแท้งครบและไม่มีภาวะแทรกซ้อน
3. แนะนำให้ใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
4. ต้องให้ความมั่นใจในการดำรงชีวิตต่อไปตามปกติสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้
5. เขียนรายงานส่งแพทย์สภาตามข้อตกลง

ส่วนที่ 4

* การบริหารจัดการเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์
และการส่งต่อ

บทที่ 11

การบริหารจัดการเกี่ยวกับการแก้งและการส่งต่อ

เรื่องกิตติ ศิริกาญจนกุล

นโยบาย

มาตรฐาน

แนวทางปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง



บทที่ 11

การบริหารจัดการเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์และการส่งต่อ

เรื่องกิตติ์ ศิริกาญจนกุล

นโยบาย

ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับทั้งภาครัฐและเอกชนต้องกำหนดนโยบายการปกป้องสิทธิและสุขภาพของสตรี โดยให้มีการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการดูแลสตรีเพื่อการแท้งที่ปลอดภัย เพื่อให้แน่ใจว่าระบบสุขภาพ มีความพร้อมสำหรับสตรีที่ประสบปัญหาท้องไม่พร้อมทุกคนเข้าถึงบริการปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ การส่งต่อและได้รับการบริการตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนดตามบริบทของแต่ละสถานบริการ ครอบคลุมระยะก่อนยุติการตั้งครรภ์ ขณะยุติการตั้งครรภ์ หลังยุติการตั้งครรภ์ตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจะลดการบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของแท้งที่ไม่ปลอดภัย

มาตรฐาน

1. มีนโยบายที่กำหนดให้มีการบริการดูแลสตรีเพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยซึ่งได้รับการยอมรับและปฏิบัติตามบุคลากรสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม
2. มีการจัดตั้งคลินิก ทีมงานผู้รับผิดชอบเฉพาะและเกี่ยวข้องให้บริการเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์
3. มีแผนงาน/โครงการ การดูแลสตรีเพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย

แนวทางปฏิบัติ

1. จัดให้มีการดำเนินงานป้องกันการท้องไม่พร้อมเชิงรุกในสถานศึกษาและชุมชน ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในและนอกสถานศึกษา กลุ่มที่ไม่ใช่วัยรุ่นที่มีการป้องกันเชิงรับ ณ สถานบริการกิจกรรมได้แก่
 - การให้ความรู้กลุ่มวัยรุ่นเพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการวางแผนการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างถูกต้อง
 - กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มอื่น ๆ สามารถป้องกันและลดปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ การท้องไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเข้าถึงการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ ได้อย่างดี
2. ความครอบคลุมในด้านบริการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่
 - ชนิดของการบริการยุติการตั้งครรภ์

- ผู้ให้บริการ
 - อุปกรณ์/เครื่องมือ
 - เวชภัณฑ์, supplies
 - ศักยภาพการให้บริการตามมาตรฐาน
 - มีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นรูปธรรมและปลอดภัยกับผู้หญิง
 - ลักษณะการให้การบริการกับผู้หญิง
 - การให้เกียรติ
 - การเคารพการตัดสินใจ
 - ความเป็นอิสระของผู้หญิงในการตัดสินใจ
 - ความเป็นส่วนตัว
 - การปกป้องความลับ
 - การป้องกันการถูกตีตรา แบ่งแยก, เลือกปฏิบัติ
 - การตอบสนองกับกลุ่มที่มีความจำเป็นพิเศษ
3. ผู้ให้บริการได้รับการพัฒนาเพิ่มพูนทักษะและมีตัวชี้วัดผลงาน
- การฝึกอบรม
 - เน้นสมรรถนะที่ให้บริการได้อย่างปลอดภัย
 - ให้มีทัศนคติ และมุมมองที่มีการยอมรับสิทธิการยุติการตั้งครรภ์ การมีคุณค่าในตัวเองและสตรีที่มีปัญหา (value clarification)
 - มีการกำกับติดตามประเมินผลตรวจเยี่ยมสนับสนุนผลการให้บริการ
 - สถิติข้อมูลการบริการ/ ตัวชี้วัดผลลัพธ์
 - ตรวจสอบการใช้บริการ การยอมรับและประสิทธิภาพจากทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ
 - มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - มีการศึกษาวิจัยการให้บริการ
4. มีระบบการเงินที่จัดให้มีความพร้อมในด้าน
- ต้นทุน
 - เงินเดือนเจ้าหน้าที่
 - ค่าใช้จ่ายโครงการ
 - ค่าใช้จ่ายเวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์ supplies อื่นๆ
 - การเก็บเงินค่าบริการ
 - พอประมาณ ราคาไม่แพง
 - ค่าใช้จ่ายที่มีกลไกที่ดีที่ให้สตรีจ่ายได้จะสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัย จากการเข้าถึงและใช้บริการได้
 - มีกลไกการเงินที่ช่วยเหลือกรณีที่มีปัญหาไม่มีเงินจ่าย เช่น ได้ค่าใช้จ่ายจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. มีการพัฒนานโยบายต่อเนื่อง
 - นโยบายที่บรรลุผลลัพธ์ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมสิทธิของสตรี
 - มีมาตรการตรวจสอบ การใช้บริการว่ามีความเป็นไปได้ การยอมรับ ประสิทธิภาพ
6. มีการจัดตั้งคลินิกปรึกษาและบริการยุติการตั้งครรภ์
7. มีการเพิ่มความเข้มแข็งการดูแลการแท้งให้ปลอดภัย
8. มีความมั่นใจว่า บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เป็นบริการที่มีความพร้อมด้าน
 - การเข้าถึงการบริการ
 - มีและให้บริการที่เป็นไปได้ ตามเงื่อนไขของกฎหมาย
 - ผู้รับบริการทุกคนสามารถเข้ารับบริการได้
 - ลดข้อจำกัดจากสาเหตุต่าง ๆ ที่สตรีจะไม่ได้รับการบริการ, ลดความล่าช้าในการให้บริการ
 - กฎหมายและการบริการต้องปกป้องสิทธิและสุขภาพของสตรีทุกคน ทุกกลุ่ม
9. องค์ประกอบการบริการ ได้แก่
 - บูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพทั่วไป ทั้งภาครัฐ เอกชน มูลนิธิ
 - การให้ข้อมูลทางการแพทย์
 - ผู้รับบริการรับรู้ เข้าใจ ได้ข้อมูลรอบด้าน จนตัดสินใจด้วยตนเองโดยไม่ฝืนใจ
 - ผู้ให้บริการไม่บีบบังคับ ไม่ชี้นำ
 - เวลาของการบริการ
 - ลดขั้นตอน
 - ไม่ถ่วงเวลา
 - ระยะเวลาว่างเรื่องการส่งคนไขกลับไปที่คลินิกมาระหว่างหน่วยงานบริการ โรงพยาบาล
 - การรักษาภาวะแทรกซ้อน
 - ทำได้ทันเวลา เหมาะสม ช่วยชีวิตได้ ลด บรรเทาอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - การวางแผนครอบครัว
 - เพื่อป้องกันการท้องซ้ำ ทำแท้งซ้ำ
 - ให้บริการคุมกำเนิดทุกราย หรือให้มากที่สุด
 - คุมกำเนิดในขณะที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ทันทีหลังบริการ เมื่อนัดตรวจ 1 -2 สัปดาห์
 - ลักษณะการให้บริการ เพื่อให้เข้าถึงบริการ ดังกล่าวมาแล้ว
 - มาตรฐานการดูแล กระทำ ภายใต้หลักฐานการวิจัยที่อ้างอิงได้และตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก
 - ผู้ให้บริการ มีแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรผู้ช่วยทีมงานอื่น ๆ
 - มีการอบรมพื้นฐาน อนามัยการเจริญพันธุ์ ทักษะจิตของผู้ให้บริการ สิทธิผู้ป่วย กฎหมายการทำแท้งเป็นต้น
 - อบรมเทคนิคการให้บริการยุติการตั้งครรภ์

10. การบริการตามระดับของสถานบริการ

1. สถานบริการระดับปฐมภูมิ และชุมชน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานเอกชนมูลนิธิ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้านขายยา อสม หน่วยงานมหาดไทย พัฒนาสังคม

บทบาท : ช่วยลดการท้องที่ไม่ตั้งใจ ไม่คาดคิด

- ให้การปรึกษา ให้ความรู้ ทักษะชีวิต วิธีการคุมกำเนิด ความจำเป็นที่ต้องคุมกำเนิดและแนะนำการบริการ
- บริการคุมกำเนิดวิธีที่เหมาะสม ทุกวิธียกเว้นทำหมัน ตามบริบท ของบุคคลและหน่วยงาน
- ให้ความรู้ ข้อมูลความเสี่ยงของการทำยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
 - การแท้งที่ปลอดภัย ถูกกฎหมาย
 - ข้อมูลสถานบริการที่ให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องตามกฎหมาย
 - การตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ สถานที่ที่จะซื้อและตรวจปัสสาวะ
- มีการฝึกอบรมบุคลากรในหัวข้อ
 - การให้การปรึกษาท้องไม่พร้อม
 - ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการแท้ง ทำแท้งไม่ปลอดภัย
 - การล่วงละเมิดทางเพศ การถูกข่มขืน
 - ระบบการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาท้องไม่พร้อม แท้งไม่ปลอดภัย
- ให้บริการส่งต่อผู้ที่มีภาวะฉุกเฉิน หรือโรคแทรกซ้อนจากการทำแท้งไม่ปลอดภัยได้ทันเวลา
- มีเครือข่ายผู้ให้บริการระดับชุมชน ที่ประกอบด้วย พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำวัยรุ่น ครู เภสัช ตำรวจ พัฒนาสังคม ซึ่งมีบทบาท ช่วยผู้หญิงให้หลีกเลี่ยงการท้องที่ไม่ตั้งใจ ดังนี้
 - ให้ความรู้ เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด
 - ให้ความรู้และกระตุ้นเกี่ยวกับการเลือกที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์ และถ้าเลือกมี เพศสัมพันธ์ต้องมีการเตรียมความพร้อมที่จะคุมกำเนิด
 - ให้การตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์
 - แนะนำหรือส่งต่อผู้ที่มีปัญหาท้องไม่พร้อมไปยังสถานบริการแท้งที่ปลอดภัย

2. สถานบริการระดับทุติยภูมิ: โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลรัฐอื่น ๆ และเอกชนหน่วยงานเอกชน มูลนิธิ

บทบาท :

- มีการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนทักษะบุคลากรในเรื่องต่างๆ ดังนี้
- การปรับเปลี่ยนทัศนคติ มุมมอง value clarification
- การให้การปรึกษาการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ การคุมกำเนิด
- ทักษะการตรวจภายใน การประเมินอายุครรภ์ การใส่ห่วงอนามัย การฝังยาคุมกำเนิด
- เทคโนโลยีการยุติการตั้งครรภ์

- มีแพทย์ให้บริการตรวจ Ultrasound ประเมินอายุครรภ์ การแท้งไม่ครบ
 - มีแพทย์ที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ทั้ง 2 วิธี
 - วิธีการดูด (Manual vacuum aspiration : MVA) ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์
 - วิธีการใช้ยา (Medical abortion)
 - ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์
 - รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่ออายุครรภ์เกิน 9 สัปดาห์
 - บริการคุมกำเนิดวิธีชั่วคราวและทำหมัน
 - วิธีชั่วคราว แนะนำวิธีที่ออกฤทธิ์ยาว ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด 3 และ 5 ปี
 - การรักษาภาวะแท้งไม่ครบโดยการใช้วิธี MVA หรือ Misoprostol
 - การให้ยาปฏิชีวนะ รักษาโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่รุนแรง
 - เป็นสถานที่รับบริการส่งต่อปรึกษาท้องไม่พร้อม และยุติการตั้งครรภ์จากสถานบริการระดับชุมชน ปฐมภูมิ ในช่วงอายุครรภ์ไม่เกิน 14 6/7 สัปดาห์
 - มีการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิในกรณีนี้
 - ปรึกษาท้องไม่พร้อมอายุครรภ์เกิน 14 6/7 สัปดาห์
 - ท้องไม่พร้อมที่มีโรคทางอายุกรรม สูติกรรม ศัลยกรรม ร่วมด้วย เช่น โรคความผิดปกติของระบบเลือด Myoma uteri โรคหัวใจ โรคลมชัก
 - มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากจากการแท้งไม่ปลอดภัยเช่น มดลูกทะลุ septicemia hypovolemic shock
3. สถานบริการระดับตติยภูมิ : โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

บทบาท

- ฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะ บุคลากรด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างมีคุณภาพและปรับเปลี่ยนทัศนคติ value clarification
- ให้บริการคุมกำเนิดทุกวิธีหลังแท้ง
- สามารถให้การยุติการตั้งครรภ์ 2 วิธี วิธี Manual vacuum aspiration และ Medical abortion
- รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อรับการปรึกษาและให้บริการการยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมาย ขอบบังคับแพทย์สภา และรักษาโรคแทรกซ้อนจากการแท้ง
- เป็นโรงพยาบาลรับบริการส่งต่อที่มีขีดความสามารถในการเตรียมทีมงานให้บริการยุติการตั้งครรภ์ทั้ง 2 วิธี เมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ ในทุกข้อบ่งชี้ที่กฎหมายอนุญาต
 - สามารถจัดการกับทุกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ได้
 - มีบริการเชิงรุกและรับเพื่อป้องกันปัญหาท้องไม่พร้อมและแท้งไม่ปลอดภัยผ่านทางหน่วยงานอื่น เช่น OSCC และเครือข่าย

11. มีการรับรองมาตรฐานการบริการทั้งในระดับบุคคล และสถานบริการ
 1. ผู้ให้บริการ
 - การให้บริการทำตามมาตรฐานและแนวทางของ National guideline
 - มีทัศนคติและพฤติกรรมการบริการที่ไม่สร้างอุปสรรคขัดขวางการบริการ
 2. สถานบริการ
 - มีมาตรฐานการดูแลการแท้งตามระดับการบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
 - มีระบบการส่งต่อตามแนวทางที่กำหนด
 - มีการกระตุ้นให้เกิดการบริการมากกว่า จำกัดบริการ ส่งเสริมการเข้าถึงการบริการของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม
 3. ระบบการส่งต่อ
 - ส่งต่อได้เหมาะสม ทันเวลา
 - ลดความล่าช้าของการค้นหาสถานบริการ
 - ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งได้
 - คนไข้ปลอดภัยและพึงพอใจ
12. การเซ็นยินยอม การให้บุคคลที่ 3 อนุญาต การปกป้องบุคคลที่จำเป็นพิเศษ การรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัว การปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ของผู้ให้บริการมีแนวทางดังนี้
 1. การเซ็นยินยอม
 - ด้านผู้ให้บริการ : ต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อช่วยให้ผู้หญิงตัดสินใจเซ็นยินยอมด้วยความสมัครใจ
 - ดูแลด้วยการให้เกียรติ เข้าใจ โดยให้ข้อมูลรอบด้าน
 - หลีกเลี่ยงประเด็นที่จะบีบบังคับให้ผู้หญิงต้องทำแท้งโดยไม่ตรงกับความต้องการของเธอ เช่น การติดเชื้อ HIV
 - ยืนยันและมั่นใจว่าเธอได้ตัดสินใจด้วยตนเอง
 - ด้านผู้รับบริการ :
 - รับรู้ข้อมูล อย่างรอบด้านเข้าใจ ไตร่ตรอง ก่อนตัดสินใจ
 - ตัดสินใจด้วยตนเอง
 - ยืนยันการยุติการตั้งครรภ์ แล้วเซ็นยินยอมโดยไม่ถูกชี้แนะ บังคับ ผืนใจ แยกแยะหรือเลือกปฏิบัติ
 2. การขออนุญาตบุคคลที่ 3
ผู้ให้บริการต้องไม่บีบบังคับให้ผู้หญิงที่มีปัญหาท้องไม่พร้อมไปขออนุญาตจากบุคคลที่ 3 เมื่อผู้หญิงคนนั้นมีสถานะจิตใจที่สมบูรณ์ และมีวุฒิภาวะเพียงพอ ยกเว้นว่าเป็นข้อกำหนดทางกฎหมาย
 3. การปกป้องบุคคลที่มีความจำเป็นพิเศษ : ให้ความยุติธรรมกับผู้หญิงที่มีความจำเป็นพิเศษและดูแลเธอทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ได้แก่ บุคคลเหล่านี้

- ผู้หญิงที่ยังไม่ได้แต่งงาน
 - กลุ่มวัยรุ่น
 - ฐานะยากจน
 - ชนกลุ่มน้อย อพยพ พลัดถิ่น ผู้หญิงชายขอบ
 - ผู้พิการ
 - ผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง ถูกข่มขืน
4. การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว
- ความเป็นส่วนตัว
 - ไม่ควรที่จะให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องได้เห็นได้ยิน อยู่ในห้องด้วยในระหว่างการให้การปรึกษา ตรวจร่างกาย และยุติการตั้งครรภ์
 - มีห้องน้ำ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ที่มีความมิดชิดและเป็นส่วนตัว
 - มีผ้าคลุมปกปิด ส่วนของร่างกาย ใบหน้า
 - อยู่ในสถานที่เหมาะสม รโหฐาน ไม่พลุกพล่านมีการแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาท้องไม่พร้อม
 - การเก็บเป็นความลับ
 - ด้านข้อมูลเวชระเบียน ต้องมีการปกป้อง ไม่ให้ใครล่วงรู้หรือนำออกไปได้
 - มีการปกปิดความลับของผู้หญิงในเรื่องการยุติการตั้งครรภ์โดยการปกปิดข้อมูลส่วนตัวทั้งวาจา และ เอกสาร
5. การปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ของผู้ให้บริการ (conscientious objection)
- ผู้ให้บริการมีสิทธิที่จะปฏิเสธการบริการได้โดยมีเหตุผลด้านความเชื่อส่วนตัว ความไม่สบายใจความกลัวบาป ความรู้สึกผิด การไม่เห็นด้วย แต่ต้องส่งต่อผู้หญิงที่มีเกณฑ์การยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายเช่น การถูกข่มขืน ไปให้ผู้ให้บริการที่ยินดีช่วยเหลือ
 - ผู้คัดค้านและไม่ได้ส่งต่อ ต้องจัดการบริการที่ปลอดภัยเพื่อรักษาชีวิตของคนไข้ และเพื่อป้องกันการบาดเจ็บพิการหรือเสียชีวิต
13. มีการจัดการด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ supplies และการ maintenance ให้พร้อมบริการอยู่เสมอ
- จัดการฝึกอบรมบุคลากรที่มีหน้าที่ให้การดูแลเครื่องมือ การจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อบริการยุติ การตั้งครรภ์
 - มีการจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อทำ surgical abortion (MVA) ให้พร้อมใช้และมีระบบการดูแลเครื่องมือโดยมีผู้รับผิดชอบเฉพาะทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อ (Cleaning and sterilization) การล้างและประกอบเครื่องมือดูด (Aspirator) การทำให้ caulae ปราศจากเชื้อโดยการอบแก๊ส (อายุนาน 1 ปี) หรือแช่น้ำยา cidex 10 ชั่วโมง ฆ่าสปอร์กรณีเร่งด่วน แค่ 30 นาที

- การจัดซื้อและสำรองเครื่องมือเพื่อทดแทนอุปกรณ์ที่ชำรุด
- เตรียมยาแก้ปวด 1% Lidocaine with adrenaline, Misoprostol , Oxytocin, ergometrine, ยาแก้แพ้ยาแก้ปวด, iv fluid (RLS, NSS) ยา Mifepristone
- Antiseptic solution เช่น Povidine สำหรับทาลูเข้าที่ cervix
- silicone สำหรับหล่อลื่น Aspirator
- อุปกรณ์อื่นๆ : เครื่องวัดความดันโลหิต, stethoscope, speculumn, Tenaculum, Uterine evacuation forceps, curette ขนาดใหญ่ sponage forceps เข็ม spinal block เบอร์ 22 เพื่อทำ paracervicae block syringe 10 ml , oxygen , Ambubag, uterine packing ถาด ชั้น ตะแกรง stainless เพื่อดูชิ้นเนื้อเยื่อ เครื่อง ultrasound
- ห้องพักฟื้น, ผ้าอนามัย
- การให้ข้อมูลดูแลตนเองหลังแท้ง

14. การตรวจติดตาม ประเมินผลการปรับปรุงคุณภาพ

1. การตรวจติดตามกำกับงานบริการ

- การรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้ใช้บริการ
- การวิเคราะห์สถิติการบริการ เช่น
 - จำนวนผู้ป่วย ที่ยุติการตั้งครรภ์ทั้ง 2 วิธี
 - อายุผู้รับบริการ
 - อายุครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์
- การทบทวนผู้ป่วย
- การทบทวน log book
- การสังเกต
- การทำ check list
- การประเมินศักยภาพผู้ใช้บริการ
- near miss audit
- การเสียชีวิตของผู้รับบริการ
- การรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ

2. ตัวชี้วัด ที่แสดงว่าผู้รับบริการมีการเข้าถึงบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย 4 ด้าน

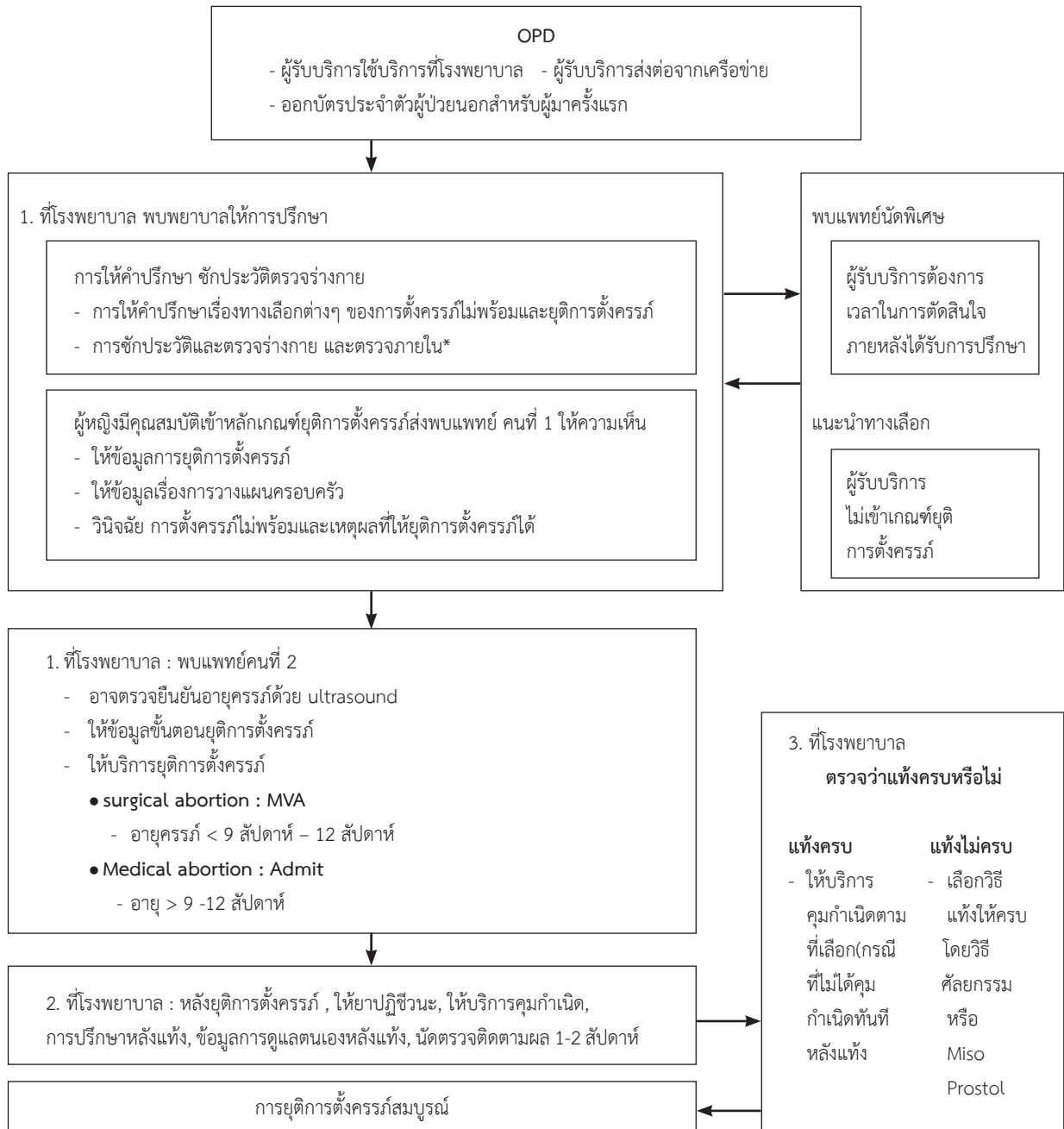
- การเข้าถึงด้านการให้บริการ
 - จำนวนสถานที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์
 - บุคลากรที่ได้รับการอบรมเพื่อให้บริการ
 - ระยะเวลาเดินทางมาถึงสถานบริการไม่เกิน 2 ชั่วโมง

- การเข้าถึงด้านข้อมูล
 - ผู้รับบริการมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายที่อนุญาตให้ทำแท้งได้
 - บุคลากรการแพทย์มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายการทำแท้ง
 - การเข้าถึงด้านคุณภาพ
 - วิถียุติการตั้งครรภ์ปฏิบัติตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก
 - การบริการที่แสดงว่ามีการรักษาภาวะแทรกซ้อนของการแท้งตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก
 - การเข้าถึงด้านผลลัพธ์
 - ผู้ป่วยแท้งที่รับไว้รักษาในแผนกสูติรีเวช
 - มีการรับคนไข้แท้งไม่ปลอดภัยไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - จำนวนแท้ง ต่อ 1000 เด็กเกิดมีชีพ
 - มารดาเสียชีวิตจากการแท้ง
3. การประเมินผล บริการยุติการตั้งครรภ์
- การเข้าถึงการบริการ
 - เกณฑ์ที่ยินยอมให้มีการยุติการตั้งครรภ์มีอะไรบ้าง
 - ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ ที่คนไข้จ่ายไปทั้งหมดรวมทั้งค่าเดินทางค่าเสียโอกาสการทำงาน
 - การขออนุญาตจากบุคคลที่ 3
 - มีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์
 - ความเพียงพอของสถานบริการที่ผู้หญิงต้องการ
 - จำนวนสถานบริการที่เสนอบริการยุติการตั้งครรภ์/จำนวนประชากร 500,000 คน
 - การคิดค่าใช้จ่ายของสถานบริการมีต้นทุนอะไรบ้าง
 - ข้อมูลการแท้ง
 - จำนวนคนไข้ที่ทำแท้ง
 - จำนวนคนไข้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง
 - ร้อยละของคนไข้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - วิธีที่ยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ อายุครรภ์ 12 – 14 สัปดาห์ และอายุครรภ์มากกว่า 12-14 สัปดาห์
 - คุณภาพการดูแล
 - ผู้ให้บริการมีสมรรถนะที่เพียงพอด้านความปลอดภัยหรือไม่
 - ยืนยันการตั้งครรภ์ อายุครรภ์

- ทักษะการใช้วิธีการยุติการตั้งครรภ์ทางศัลยกรรมได้เหมาะสม
- การจัดการความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม
- ให้ยา Medical abortion ได้ถูกต้องตามแนวทางการดูแล
- การตรวจติดตามมีความเหมาะสม
- การติดตามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ดี
 - ติดตาม standard precaution
 - ใช้เทคนิค No touch สำหรับวิธีสูติศาสตร์หัตถการ
 - การดูดน้ำ/แช่เครื่องมือกระบอกดูด (Aspirator) ที่ใช้แล้ว
 - การล้างเครื่องมือ (Cleaning)
 - การทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) ด้วยวิธีการที่เหมาะสม
 - การให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อจากวิธีการศัลยกรรม
- วิธีการลดความเจ็บปวด
 - Verbal relaxation technique
 - ยาแก้ปวด
 - ยา Sedative
 - การดมยาสลบ (General anesthesia)
- วิธีการคุมกำเนิดอะไรที่ให้บริการและการคุมกำเนิดที่ได้ให้บริการ
 - barrier method – ถุงยาง, cervical barrier
 - Fertility base awareness method
 - วิธีคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน
 - ยาเม็ดคุมกำเนิด
 - vaginal ring
 - แผ่นแปะผิวหนัง
 - ยาฉีดคุมกำเนิด
 - ยาฝังคุมกำเนิด
 - ห่วงอนามัย (IUD)
 - ทำหมัน
 - ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน

- ข้อมูล การให้ความรู้ การสื่อสารอะไรบ้างที่ให้ทุกครั้ง
 - ข้อมูลกระบวนการทำแท้ง
 - ข้อมูลสำหรับการดูแลตนเองและนัดติดตามผล
 - ข้อมูลการคุมกำเนิด
 - ข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น
- การให้การปรึกษาได้มีการให้กับคนไข้หรือไม่ในเรื่องต่อไปนี้
 - ขั้นตอนการยุติการตั้งครรภ์
 - การติดตามผลการรักษา
 - การปรึกษาคุมกำเนิด
 - เพื่อความจำเป็นอื่น ๆ
- การบริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่
 - มีการฝึกอบรมระหว่างการให้บริการ
 - มีการตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำเพียงพอ
 - การเงินมีความเพียงพอ
 - การจัดหาอุปกรณ์เพียงพอ มีการเก็บสำรองอุปกรณ์ และนำมาทดแทนได้เพียงพอรวมทั้งยาและเวชภัณฑ์อื่น ๆ
 - มีระบบสารสนเทศที่ดี
 - มีระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการประกันคุณภาพ
 - มีระบบการตรวจติดตามประเมินผลการบริการ
- ระบบการส่งต่อในพื้นที่เพียงพอหรือไม่ เพื่อ
 - ให้มีการยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกรณีที่คนไข้ได้รับการปฏิเสธ จากผู้ให้บริการอื่น
 - รักษาภาวะแทรกซ้อน
 - การคุมกำเนิด
 - รักษาโรคติดต่อทางระบบสืบพันธุ์
 - ปรึกษาความรุนแรงทางเพศ การข่มขืน
- ความเป็นส่วนตัวของสตรี (ได้กล่าวมาแล้ว)
- การปกป้องความลับของสตรี (ได้กล่าวมาแล้ว)
- ความล่าช้าในการให้บริการได้มีการปรับปรุงหรือไม่

- ขั้นตอนการรอคอยการบริการ
- ระยะเวลาระหว่างการปรึกษาและการยุติการตั้งครรภ์
- ระยะเวลาเพื่อยุติการตั้งครรภ์
- เวลาทั้งหมดที่ใช้ไปในขณะอยู่ในโรงพยาบาล
- อุปสรรคของขั้นตอนการบริการที่สำคัญยังคงมีอยู่หรือไม่
 - มีการตรวจหาเชื้อ HIV หรือตรวจอย่างอื่นที่ไม่ได้มีข้อบ่งชี้
 - มีขั้นตอนการปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ก่อนที่จะมีการเตรียมข้อมูลเพียงพอที่สัมพันธ์ต่อการดูแลการแท้ง
 - มีข้อกำหนดให้ต้องตรวจ ultrasound ก่อนที่จะทำการยุติการตั้งครรภ์
 - มีข้อกำหนดให้คนไข้ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ก่อน
 - มีข้อกำหนดให้บันทึกการยุติการตั้งครรภ์ในเวชระเบียนอย่างถาวรซึ่งไม่เป็นหลักประกันว่าจะเป็นการกลับได้ต่อไป
- ความคิดเห็นของผู้หญิงต่อการบริการยุติการตั้งครรภ์และผู้ให้บริการ
 - ผู้ให้บริการและทีมงานให้ความเป็นมิตรและทำตามหน้าที่ได้ดีหรือไม่
 - ข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับขั้นตอนการยุติการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดการนัดตรวจติดตาม มีความเพียงพอหรือไม่
 - คนไข้ได้รับโอกาสให้ซักถามหรือไม่
 - คำตอบที่ให้มีความเหมาะสมหรือไม่
 - ความเป็นส่วนตัวได้รับการปกป้องหรือไม่
 - มีข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับผู้ให้บริการจากคนไข้หรือไม่
- ความคิดเห็นของผู้ให้บริการ
 - การดำเนินงานการยุติการตั้งครรภ์เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์และมาตรฐานหรือไม่
 - การบริการมีคุณภาพเพียงพอหรือไม่
 - ความพึงพอใจในหน้าที่จะมีการพัฒนาให้ดีขึ้นได้อย่างไร
 - ผู้บริหารสนับสนุนอย่างเพียงพอหรือไม่
 - คำตอบแทนจากการทำงานโดยเฉพาะความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานเพียงพอหรือไม่



รูปที่ 11-1 แผนผังขั้นตอนการให้บริการยุติการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. world Health organization. Safe abortion : technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health organization, 2012.



ส่วนที่ 5

บทสรุป



บทที่ 12

unsafe

อรวรรณ ศิริวัฒน์

ในคู่มือเล่มนี้ คณะบรรณาธิการได้วางขั้นตอนและรายละเอียดในการปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อให้ยุติการตั้งครรภ์นั้น ๆ ปลอดภัยตามลำดับอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามใคร่ขอความคิดเห็นไว้ด้วยว่าในความปลอดภัยนั้น “ค่านึง” ถึงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ

“ค่านึง” ถึงผู้ที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องในเรื่องนี้ทั้งหมด

ที่สำคัญที่สุดแน่นอนคือ ความปลอดภัยของผู้มารับบริการและผู้ให้มาขอรับบริการเป็นอันดับแรก ประการต่อมา ความพร้อม ความร่วมมือ ความเข้าใจของบุคลากรระดับต่าง ๆ ในสถานที่ที่ให้การรักษาพยาบาล หรือสถานที่ที่ทำงาน และอีกประการหนึ่งที่สำคัญมากเช่นกัน คือความเต็มใจ ความเข้าใจ ความถนัดของผู้ให้บริการและทีมงาน ที่จะเป็นผู้ปฏิบัติให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้ และน่าจะไม่มีปัญหาตามมาดังนั้น

1. ท่านคงต้องถูกขอร้องให้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย และข้อบังคับที่ได้มีการปรับปรุง แก้ไขเพิ่มเติมแล้ว ซึ่งเอื้อให้เกิดความปลอดภัย

2. การซักประวัติและการให้คำปรึกษา รวมทั้งการให้ความรู้ต่าง ๆ แก่ผู้มาขอรับบริการมีความจำเป็นยิ่งเพราะทุกครั้ง que ผู้มาขอรับบริการจะไม่ได้จบลงด้วยการยุติการตั้งครรภ์เสมอไป เพราะ หลังเข้าใจดีแล้วผู้ขอรับบริการมีสิทธิที่จะตั้งครรรค์ต่อโดยตัดสินใจด้วยตนเอง และหากผู้มาขอรับบริการมีภาวะผิดปกติ มีโรคประจำตัว หรือทารกมีความผิดปกติ ควรได้รับการดูแลหรือขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญโรคนั้น เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเสมอ และที่สำคัญถ้าผู้ที่ตั้งครรรค์แม้จะเป็นเด็กอายุน้อย ไม่ยินยอมหรือไม่ลงนามยินยอมอนุญาต ผู้ให้บริการก็ไม่สามารถจะดำเนินการต่อไปได้

3. อายุครรรค์ จะเป็นหลักสำคัญในการเลือกวิธีการยุติการตั้งครรรค์ ด้วยวิธีใช้ยาหรือด้วยวิธี สูตศาสตร์หัตถการ เช่น สำหรับอายุครรรค์ 12 สัปดาห์หรือน้อยกว่า ถ้าสุขภาพมาตาปกติ ไม่มีข้อห้าม สามารถเลือกใช้ทั้ง 2 วิธี รายละเอียดตามที่ได้นิพนธ์ไว้ และเป็นหลักสำคัญในการรับผู้มารับบริการไว้ในโรงพยาบาลหรือให้ยาไปใช้ที่บ้าน เป็นต้น

4. การติดตามดูแล เป็นสิ่งที่สมควรดำเนินการอย่างยิ่ง ซึ่งจะเป็นช่วงระยะเวลาใดหรือติดตามก็ท่านจะทราบได้จากหัวข้อที่นิพนธ์ไว้ การติดตามควรติดตามทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่ไช่ายุติการตั้งครรภ์ที่บ้าน และกลุ่มที่รับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งควรทราบว่า เมื่อใดที่จะแท้งครบ และลักษณะของเนื้อเยื่อ รวมทั้งขนาดของเด็ก ตัวอ่อน เป็นอย่างไร มีปริมาณและขนาดเท่าใด ลักษณะเลือดออก อาการเจ็บปวด มีไข้ เป็นอย่างไร เป็นต้น จึงควรศึกษาให้ดีหรือนำผลงานที่มีการศึกษานำร่อง รูปภาพ หรือ ทำตารางมาติดไว้ให้ทีมรักษาได้มองเห็นก็จะดีไม่น้อย

5. ผู้ที่มาขอรับบริการทุกคน ทุกวัย เมื่อก้าวเข้ามาหาท่าน แสดงถึงมีปัญหาแน่นอนทั้งสภาพกายและจิตใจแต่ละครั้ง จะมีทั้งความเจ็บปวดและการสูญเสียทุกเรื่อง แม้แต่ตัวท่านเองคงไม่ต่างกันนัก แต่ท่านผู้ให้บริการเท่านั้น จะเป็นผู้รู้ทางสาธารณสุขเป็นอย่างดี ความมีน้ำใจเป็นห่วงเพื่อสุขภาพที่ปลอดภัย ท่านเท่านั้นที่จะช่วงสตรีเหล่านั้นได้ และเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ท้องและแท้งซ้ำ จึงควรให้ความเข้าใจในการคุมกำเนิดทันทีที่แท้งครบปกติ ด้วยวิธีที่เหมาะสมที่สุดคือการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว ซึ่งปัจจุบันสถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายจากรัฐได้ และการให้กำลังใจหรือมาปรึกษาได้เสมอ

6. ปัญหาสุดท้ายสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่พร้อม จะด้วยเรื่องใดก็ตาม มีความจำเป็นกับการส่งต่อ เพื่อช่วยเหลือดูแลได้ทันการและครบถ้วนปลอดภัย ไม่ช้าเกินไปที่จะแก้ไข เนื่องจากอายุครรภ์จะมากขึ้นเรื่อย ๆ ขนาดครรภ์จะโตขึ้นทุกวัน การมีเครือข่ายบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรับช่วงให้การช่วยเหลือและดูแลต่ออย่างเต็มที่ และเต็มใจ ทั้งนี้เชื่อว่าในอนาคตภาครัฐจะมีความพร้อมในหลาย ๆ ด้าน เช่นการฝึกอบรม การมีเครื่องมือเครื่องใช้ การมีบุคลากรเพิ่มมาให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ทำถึงต่อไป

แนวทางการให้บริการ การช้ยาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน

การช้ยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol ในอายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 63 วัน*	ผังแสดงการมาพบแพทย์ในแต่ละครั้ง เพื่อช้ยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol
<p>วิธีการช้และขนาดยา</p> <ul style="list-style-type: none"> กินยา Mifepristone 200 มิลลิกรัม จำนวน 1 เม็ด 24 - 48 ชั่วโมง หลังการกิน Mifepristone ให้ตามด้วย Misoprostol 800 ไมโครกรัม (200 ไมโครกรัม x 4 เม็ด) Misoprostol สามารถช้โดยการสอดทางช่องคลอด (vaginal) หรือ อมใต้ลิ้น (sublingual) 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">ผู้รับบริการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ขั้นที่ 1: กิน Mifepristone</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ขั้นที่ 2: ช้ Misoprostol สอดช่องคลอด หรือ อมใต้ลิ้น</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ขั้นที่ 3: ติดตามผลหลังยุติการตั้งครรภ์</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">การพบแพทย์ครั้งที่ 1 วันที่ 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">การพบแพทย์ครั้งที่ 2 วันที่ 2 หรือ 3 (24 - 48 ชม.)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">การพบแพทย์ ครั้งที่ 3 วันที่ 10 -14</div> </div>
<p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> การช้ Misoprostol โดยสอดทางช่องคลอดจะเกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ได้น้อยกว่าการอมใต้ลิ้น 	

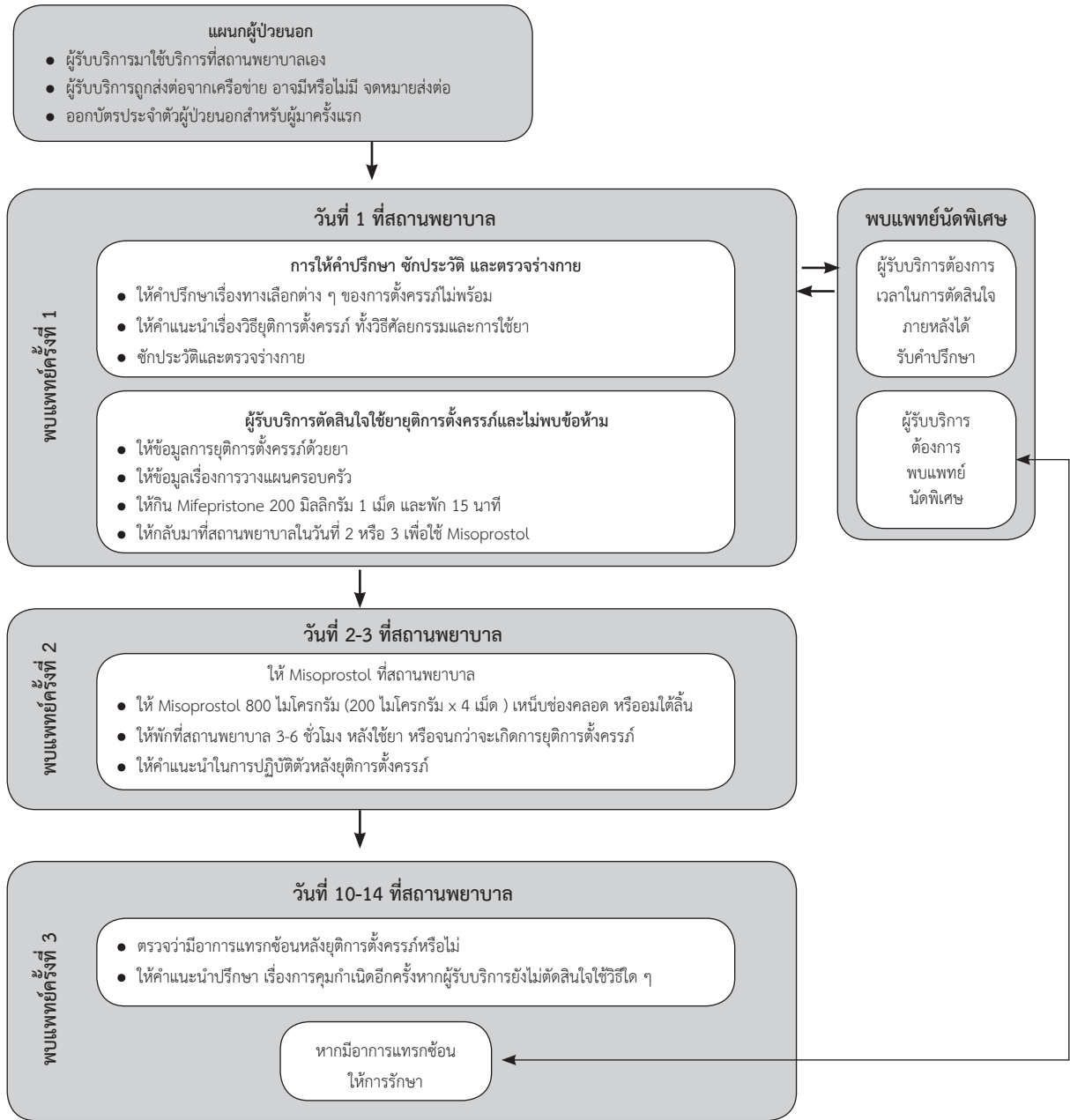
Ref: * World Health Organization. Clinical practice handbook for safe abortion. World Health Organization 2014. Geneva: page 29.

ขั้นที่ 1: การมาพบแพทย์ครั้งแรก	**Inclusion criteria
<ul style="list-style-type: none"> จัดทำบัตรประจำตัวผู้รับบริการตามระบบของสถานพยาบาลนั้น ๆ ตรวจคัดกรองผู้รับบริการ หากไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์** และอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ตามกฎหมายและข้อกำหนดของแพทย์สภา ให้คำแนะนำปรึกษาก่อนการช้ยา และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ให้กิน Mifepristone ขนาด 200 มิลลิกรัม จำนวน 1 เม็ด และพักที่สถานพยาบาล 15 นาที ให้ข้อมูลเรื่องการเตรียมตัวเพื่อพบแพทย์ครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 หรือ 3 โดยนับวันนี้เป็นวันที่ 1 เพื่อมารับยา Misoprostol ให้ยาแก้ปวดก่อนกลับบ้านทุกราย และแนะนำให้กลับมพบแพทย์หรือโทรศัพท์ปรึกษาทันทีที่เกิดอาการข้างเคียงหรือมีคำถามต่าง ๆ ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการช้วิธีการคุมกำเนิดในการมาพบแพทย์ครั้งที่ 2 	<ul style="list-style-type: none"> มีสุขภาพดี ตั้งครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ หรือ 63 วัน ไม่มีประวัติแพ้ยา Mifepristone, Misoprostol หรือ Prostaglandin ยืนยันว่าไม่ตั้งครรภ์นอกมดลูก ไม่เป็นโรคหอบหืดที่รุนแรง ไม่เป็นโรคเลือด หรืออยู่ในระหว่างการช้ยาที่มีฤทธิ์ป้องกันการแข็งตัวของเลือด สามารถมาพบแพทย์ได้ตามกำหนดนัด <p>หมายเหตุ : อุลตราซาวด์จะช้ในกรณีที่มีสงสัย หรือไม่มั่นใจ เช่น ผู้รับบริการที่อ้วน หรือมีความพิการของมดลูก</p>

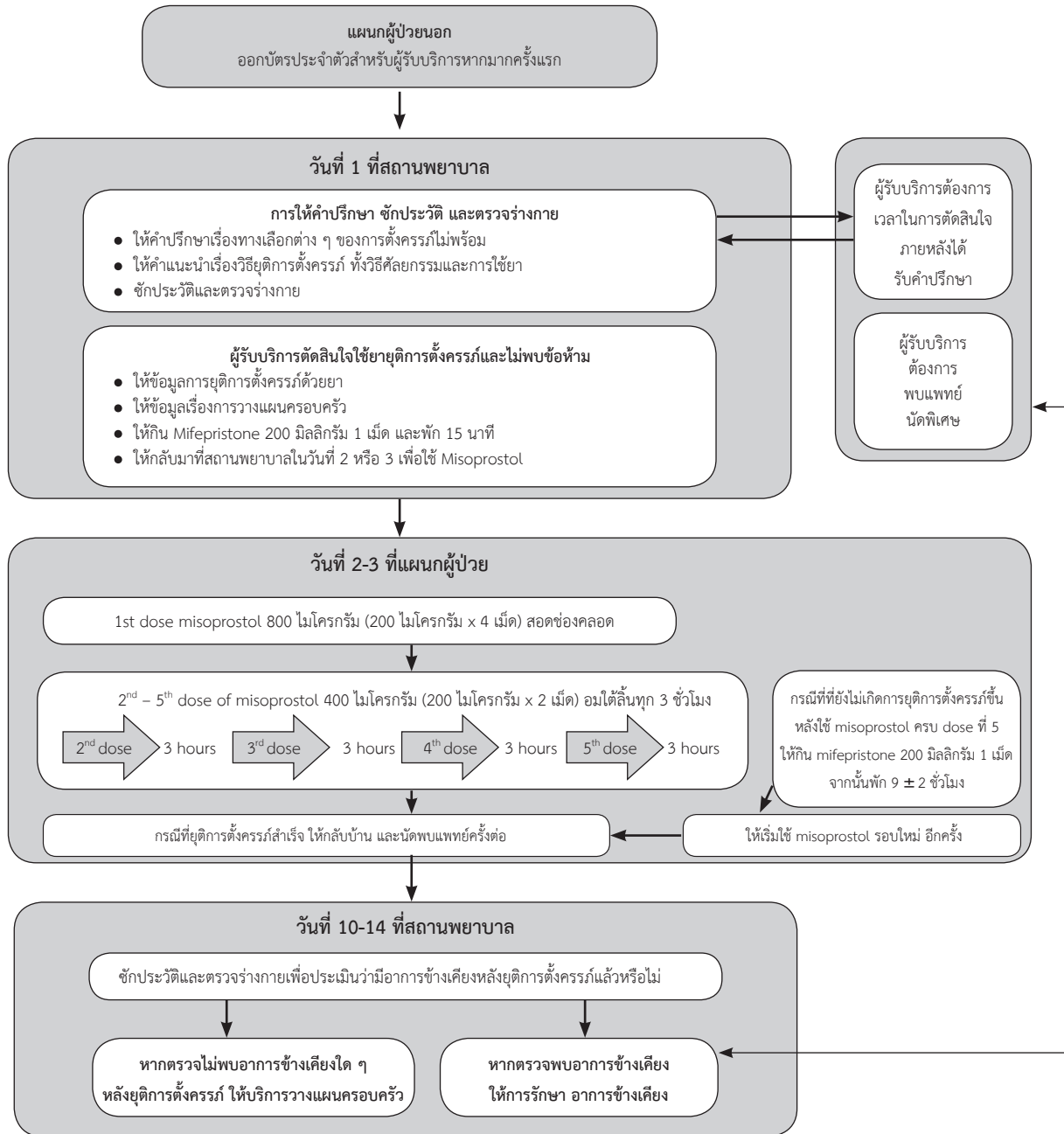
ข้อควรคำนึงถึง: การมาพบแพทย์ครั้งแรก	
<ul style="list-style-type: none"> แม้ว่าผู้รับบริการประมาณ 1-2% อาจมีการขับก้อนเนื้อเยื่อในครรภ์ออกหลังกินยา Mifepristone ผู้ให้บริการยังคงต้องให้คำแนะนำให้ผู้รับบริการมาพบแพทย์ครั้งที่ 2 เพื่อมาใช้ยา Misoprostol ตามปกติ การยุติการตั้งครรภ์จำเป็นต้องใช้ยา 2 ตัวควบคู่กัน โดยผู้บริกรกินยา Mifepristone ก่อน จากนั้น 24-48 ชั่วโมงต่อมาจึงมารับยา Misoprostol ที่สถานพยาบาล ในกรณีที่ ผู้รับบริการที่กินยา Mifepristone จากนั้นเปลี่ยนใจที่จะตั้งครรภ์ต่อ ผู้ให้บริการควรให้คำแนะนำต่อความเสี่ยง ที่ทารกจะมีความพิการ จากการใช้ยา แต่อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อมูลการศึกษายืนยันถึงความพิการที่อาจเกิดกับทารก ดังนั้นจึงควรตัดสินใจให้รอบคอบก่อนการเริ่มใช้ยายุติการตั้งครรภ์ หากการตั้งครรภ์นั้นเกิดระหว่างใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด แพทย์จะต้องเอาห่วงอนามัยคุมกำเนิดนั้นออกก่อนที่จะให้ยา Mifepristone แก่ผู้รับบริการ 	
ขั้นที่ 2: การมาพบแพทย์ ในวันที่ 2 หรือ 3 นับจากครั้งแรก	ข้อควรคำนึงถึง: การมาพบแพทย์ครั้งที่สอง
<ul style="list-style-type: none"> นัดผู้รับบริการมาในวันที่ 2 หรือ 3 เพื่อมาใช้ Misoprostol ที่สถานพยาบาล ให้ผู้รับบริการเลือกว่าจะใช้ Misoprostol เหน็บทางช่องคลอดหรือเลือกอมได้ลิ้น หากเลือกสอดทางช่องคลอด ผู้ให้บริการจะเป็นผู้สอดให้ โดยสอดยาผ่านช่องคลอดเข้าไปให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้ จากนั้นจึงพักอยู่ในท่านอนต่อไปอีกอย่างน้อย 30 นาที หากเลือกอมได้ลิ้น ให้อมข้างละ 2 เม็ด (2+2) หากมีน้ำลายออกมามากให้กลืนน้ำลายโดยไม่ต้องกลืนยา หลังจากนั้นประมาณ 20 นาที ยาคะละลายหมด หากยายังละลายไม่หมดภายใน 20 นาที ให้เคี้ยวยาและกลืนได้ ให้ผู้รับบริการพักที่คลินิกนาน 3 -6 ชั่วโมง หรือจนกว่าจะเกิดการยุติการตั้งครรภ์เสร็จสมบูรณ์หลังใช้ยา Misoprostol เนื่องจากผู้หญิงส่วนใหญ่จะแท้งในช่วงนี้ มีโอกาสเกิดเพียง 2-5% ที่ผู้รับบริการไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด, ไม่มีอาการปวดท้องน้อย หรือไม่มีการขับก้อนเนื้อเยื่อในครรภ์ออกมา ในช่วง 3-6 ชั่วโมงหลังใช้ Misoprostol กรณีนี้ ให้พิจารณาให้ยา Misoprostol เพิ่ม 2 เม็ด หรือเลือกใช้วิธีการทางหัตถการ ให้บริการคุมกำเนิด หลังยุติการตั้งครรภ์ นัดให้มาตรวจหลังยุติการตั้งครรภ์สมบูรณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> หากผู้รับบริการเลือกใช้ยา Misoprostol โดยการอมได้ลิ้น ผู้ให้บริการอาจพิจารณาให้กินยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ก่อนอมยาได้ลิ้น ภายหลังจากได้รับยา Misoprostol แล้ว ผู้รับบริการอาจต้องการยาเพื่อบรรเทาอาการปวดท้องน้อย หรืออาการข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหาร ให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น เลือดออกมาก, ปวดท้องน้อย, คลื่นไส้, อาเจียน หรืออาการหนาวสั่น เป็นต้น ควรให้หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงกับผู้รับบริการ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังยุติการตั้งครรภ์ (โอกาสเกิดน้อยมาก)
ขั้นที่ 3: การมาพบแพทย์ ในวันที่ 10-14 นับจากครั้งแรก เพื่อติดตามผลหลังยุติการตั้งครรภ์	
<p>ผู้รับบริการต้องกลับมาที่สถานพยาบาลเดิมอีกครั้งภายใน 10-14 วัน หลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อรับการตรวจและประเมินว่ามีอาการแทรกซ้อนหลังยุติการตั้งครรภ์หรือไม่ กรณีที่ผู้รับบริการยังไม่ตัดสินใจใช้วิธีคุมกำเนิดใด ๆ ผู้ให้บริการควร ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดอีกครั้งเพื่อให้สามารถตัดสินใจและรับบริการ</p>	



แผนผังการพบแพทย์เพื่อใช้ยาในการยุติการตั้งครรภ์ไม่เกิน 63 วัน



แผนผังการพบแพทย์เพื่อใช้ยาในการยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ระหว่าง 64-104 วัน



ภาคผนวก 1



แบบฟอร์มรายงานการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์

อาศัยอำนาจตามข้อ 8 ของข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ.2548 ได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางการแพทย์ตามข้อบังคับดังกล่าวจะต้องทำรายงานเสนอต่อแพทยสภา ตามเงื่อนไขและระยะเวลาในแบบฟอร์มที่แพทยสภากำหนด แพทยสภาจึงได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อบังคับดังกล่าว ทำรายงานส่งมายังแพทยสภาภายใน 30 วันนับจากวันที่ทำการยุติการตั้งครรภ์ ตามแบบฟอร์มและรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ชื่อสถานพยาบาล / โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
2. วันที่ยุติการตั้งครรภ์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. หมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย (H.N.).....อายุ.....ปี
4. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ
5. สถานภาพสมรสของผู้รับบริการ โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () ไม่ทราบ ()
6. อายุครรภ์โดยทางคลินิก / อัลตราซาวด์สัปดาห์
7. จำนวนบุตรมีชีวิต.....คน เคยแท้ง.....ครั้ง แท้งเอง () ทำแท้ง ()
8. เหตุผลที่ทำให้การยุติการตั้งครรภ์
มีปัญหาสุขภาพ กาย () จิต () ระบุโรค/อาการ
ถูกข่มขืน กระทำชำเรา ()
ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ/ ความพิการ ระบุโรค/ลักษณะ
เหตุผลอื่นๆ
9. วิธีการที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ (ตอบได้หลายวิธี)
 - 9.1 surgical
เครื่องดูดสุญญากาศ/ Manual Vacuum Aspiration () Dilatation and Curettage (D&C) ()
 - 9.2 medical
Mifepristone and Misoprostal () Misoprostal ()

10. การคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์ครั้งนี้

ไม่คุมกำเนิด ()

คุมกำเนิด

ยาเม็ด ()

ยาฉีด ()

ใส่ห่วง ()

ยาฝัง ()

ทำหมัน

หญิง ()

ชาย ()

ถุงยาง ()

11. ภาวะแทรกซ้อนหลังการยุติการตั้งครรภ์ (ตอบได้หลายข้อ)

ไม่มี ()

มี ติดเชื้อในกระแสเลือด ()

ตกเลือด ()

มดลูกทะลุ ()

อื่นๆ ระบุ

12. สรุปการรักษา

หาย ()

ส่งต่อ ()

ไม่สมัครใจอยู่ ()

อื่นๆ..... เสียชีวิต ระบุสาเหตุ.....


ลงชื่อ.....

()

ผู้รายงาน

วันที่

ภาคผนวก 2

	<p>แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยามิฟพริสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุนในแผงเดียวกัน สำหรับสถานพยาบาล</p>	<p>MTP 01 1/2</p>
<p style="text-align: center;">ส่วนสำหรับสถานพยาบาล</p> <p>เรียนอธิบดีกรมอนามัย ข้าพเจ้านาย/นางสาว/นาง..... สำเร็จการศึกษา.....<input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... ตำแหน่ง..... ชื่อสถานพยาบาล..... ที่อยู่สถานพยาบาล..... มีความประสงค์ขออนุมัติขึ้นทะเบียนการใช้ยามิฟพริสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุนในแผงเดียวกัน กับกรมอนามัย เพื่อนำยามิฟพริสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุนในแผงเดียวกัน ไปใช้ในสถานพยาบาลตามข้อบ่งชี้และตามเอกสารกำกับยา โดยจะดูแลการใช้ยาอย่างระมัดระวัง ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการทุกรายอย่างเต็มความสามารถ</p> <p>โดยข้าพเจ้ายินดีที่จะให้ผู้เชี่ยวชาญของกรมอนามัย เข้ามาสำรวจความพร้อมของบุคลากรและสถานพยาบาล ก่อนการอนุมัติขึ้นทะเบียน และภายหลังการอนุมัติใช้ยา ข้าพเจ้าจะส่งรายงานการจัดซื้อและรายงานการใช้ยามิฟพริสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุนในแผงเดียวกัน ภายในระยะเวลาที่ระบุตามแบบฟอร์มของกรมอนามัย</p> <p style="text-align: center;">ลงนามผู้ยื่นขอขึ้นทะเบียน</p> <p style="text-align: center;">..... (.....) วัน/เดือน/ปี</p>		<p style="text-align: center;">ส่วนสำหรับกรมอนามัย</p> <p>เลขรหัสสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ตรวจสอบตามแบบฟอร์ม MTP 02</p> <p>ลงนามเจ้าหน้าที่</p> <p>..... (.....)</p> <p>วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจสอบ</p> <p>.....</p>



แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยามิฟิริสโตนและ
ไมโซโพรสตอลบรรจุในแผงเดียวกัน
สำหรับสถานพยาบาล

MTP 01
2/2

หมายเหตุ: การกรอกข้อมูลสำหรับกรมอนามัย การลงเลขรหัสสถานพยาบาลที่อนุมัติให้ใช้ยา

Column ที่ 1: แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย

Code 1. ภาคเหนือ ประกอบด้วย 9 จังหวัด ดังนี้ เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง แพร่ พะเยา น่าน อุตรดิตถ์

Code 2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 19 จังหวัด ดังนี้ เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย นครพนม สกลนคร มุกดาหาร บัรรัมย์ นครราชสีมา ชัยภูมิ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ศรีสะเกษ สุรินทร์ อุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

Code 3. ภาคกลาง มี 22 จังหวัด ดังนี้ สุโขทัย กำแพงเพชร พิจิตร เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุทัยธานี ชัยนาท สุพรรณบุรี นครปฐม นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา สมุทรสาคร สมุทรสงคราม สมุทรปราการ กรุงเทพฯ นครสวรรค์ ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี อ่างทอง ปทุมธานี นครนายก

Code 4. ภาคตะวันออก ประกอบด้วย 7 จังหวัด ดังนี้ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง ปราจีนบุรี สระแก้ว จันทบุรี ตราด

Code 5. ภาคตะวันตก ประกอบด้วย 5 จังหวัด ดังนี้ ตาก กาญจนบุรี เพชรบุรี ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์

Code 6. ภาคใต้ ประกอบด้วย 14 จังหวัด ดังนี้ ระนอง พังงา กระบี่ ภูเก็ต ตรัง สตูล ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ยะลา สงขลา พัทลุง นราธิวาส ปัตตานี

Column ที่ 2: สถานพยาบาลรัฐ หรือ เอกชน

Code 1. สถานพยาบาลรัฐบาล

Code 2. สถานพยาบาลเอกชน

Column ที่ 3-4: ลักษณะของสถานพยาบาล

ภาครัฐบาล:

Code 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั่วประเทศ สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Code 2. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย- วิทยาลัยแพทยศาสตร์

Code 3. โรงพยาบาลส่วนกลาง ขึ้นกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เป็นต้น

Code 4. โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช โรงพยาบาลชุมชน

Code 5. โรงพยาบาลเฉพาะทาง

Code 6. โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สภากาชาดไทย กรมการแพทย์ทหารบก กรมการแพทย์ทหารเรือ สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร และอื่น ๆ

ภาคเอกชน:


Code 10. โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ

Code 11. โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัด

Column ที่ 5-7: ลำดับที่ได้รับการอนุมัติขึ้นทะเบียนจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เป็นลำดับตั้งแต่ 001-999 ที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนจากกรมอนามัยให้สามารถใช้งานได้

ภาคผนวก 3

	<p>แนวทางสำรวจสถานพยาบาลก่อนอนุมัติขึ้นทะเบียน สำหรับใช้ยาไมฟีพริสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุในแผงเดียวกัน</p>	<p>MTP 02 1/2</p>
---	--	-----------------------


รายการสำรวจและประเมินความพร้อม (check list) สำหรับสถานพยาบาล
ก่อนอนุมัติใช้ยาไมฟีพริสโตนและไมโซโพรสโตลที่บรรจุในแผงเดียวกันเพื่อยุติการตั้งครรภ์

หัวข้อ	หัวข้อการเตรียมการ
บุคลากร และตารางการให้บริการ	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการทบทวนบทบาทและศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรแนะแนว เพื่อเตรียมการให้เหมาะสมและสามารถผสมผสานการให้บริการด้านนี้
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการทบทวน และวางแผนตารางเวลาการให้บริการ
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการคัดเลือกบุคลากรเฉพาะเพื่อมาทำหน้าที่ในการให้บริการ
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการวางระบบและบุคลากรสนับสนุนที่พร้อมให้บริการ 24 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการประเมินศักยภาพของบุคลากรที่ให้บริการ เรื่องการทำหัตถการ เพื่อให้สามารถให้บริการได้ในกรณีที่ได้รับบริการเลือกวิธีการทางหัตถการแทนการใช้ยา หรือสามารถส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริการด้านนี้
การบริหารจัดการ ด้านกายภาพ อุปกรณ์ และราคา	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการเตรียมแนวทางการให้บริการของสถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีห้องให้การปรึกษาและห้องพักฟื้น ในกรณีที่ผู้รับบริการมาใช้ยาไมโซโพรสโตล ที่สถานพยาบาล
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการวางแผนในเรื่องการคิดค่าใช้จ่าย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจปัสสาวะ การตรวจอุลตราซาวด์ เป็นต้น
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration-MVA) - เครื่องอุลตราซาวด์ หรือสามารถส่งต่อผู้รับบริการไปรับการตรวจยืนยันอายุครรภ์ด้วยอุลตราซาวด์ และรับบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยเครื่องมือดูดสุญญากาศ กรณีที่ผู้รับบริการต้องการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางหัตถการ หรือกรณีที่ยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาล้มเหลว
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดวันที่เปิดให้บริการ และประสานการส่งต่อผู้รับบริการกับเครือข่ายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> มีการวางระบบการรับหรือส่งต่อ และระบบติดตามหากผู้รับบริการไม่มาตามนัด

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ โทรสาร

Download แบบฟอร์มได้ที่

ภาคผนวก 4

	<p>แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยามิฟพริสโตนและ ไมโซโพรสโตลบรรจุนในแผงเดียวกัน สำหรับสถานพยาบาล</p>	<p>MTP 03 1/2</p>
<p style="text-align: right;">เลขรหัสโรงพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ □□□□□□</p>		

ข. รายงานการใช้ยา

ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่	
Lot number	วัน/ เดือน /ปี ที่ผลิต	วัน/เดือน/ที่หมดอายุ
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน	ชื่อ นามสกุล ผู้รายงาน	ลงนามผู้รายงาน.....

ลำดับ	วัน/เดือน/ ปีที่ใช้ยา	HN ผู้ให้บริการ	อายุ(ปี)	แพทย์ ผู้ส่งใช้ยา	พยาบาล ผู้เบิกยา	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ผลการใช้ยา ระบุ 1-6*	สิ้นสุดการ แท้ง* ระบุ 1-3**	วัน/เดือน/ปี ที่สิ้นสุด การแท้ง	วิธีการคุม กำเนิด

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์โทรสาร

Download แบบฟอร์มได้ที่



แบบฟอร์มขอขึ้นทะเบียนใช้ยาไมฟีพริสโตนและ
ไมโซโพรอสตอลบรรจุในแผงเดียวกัน
สำหรับสถานพยาบาล

MTP 03
1/2

เลขรหัสโรงพยาบาลที่ได้รับอนุมัติ

ข. รายงานการใช้ยา (ต่อ)

หมายเหตุ :

ให้สถานพยาบาลส่งรายงานการใช้ยา มายังกรมอนามัยทุกเดือน หมายเหตุ:

ผลการใช้ยา* ระบุ 1 – 6 โดยเลือกใส่หมายเลข 1 – 6 ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกดังนี้

1. แท้งครบ (Complete abortion) – ตรวจไม่พบสิ่งตกค้างในมดลูก
2. แท้งไม่ครบ (Incomplete abortion) – ตรวจพบชิ้นส่วนเนื้อเยื่อในมดลูก
3. แท้งค้าง (Missed abortion) – ตรวจพบ intrauterine sac แต่ไม่พบสัญญาณชีพ
4. ยุติการตั้งครรภ์ล้มเหลว (Failed termination of pregnancy) – ตรวจพบมีการตั้งครรภ์ต่อ และพบสัญญาณชีพจาก

ผลอุตราสาวด์

5. ไม่สามารถติดตามผู้รับบริการได้ (Lost to follow-up), ไม่สามารถประเมินผลจากการใช้ยา
6. อื่น ๆ เช่น การใช้เครื่องมือดูดสุญญากาศ ตามที่ผู้รับบริการร้องขอ ก่อนการประเมินผลจากการใช้ยาตามเวลาที่กำหนด

สิ้นสุดการแท้งโดย** ระบุ 1 – 3

1. โดยใช้เมตาบอนด์® 1 กล่องตาม แนวทางการใช้ยา
2. โดยใช้เมตาบอนด์® 1 กล่อง และให้ไมโซพอสตอลเพิ่ม
3. โดยใช้เมตาบอนด์® 1 กล่องตามด้วยวิธีการหัตถการ (MVA หรือ D/C)

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์โทรสาร

Download แบบฟอร์มได้ที่



สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
<http://rh.anamai.moph.go.th>