

เอกสารความรู้สำหรับผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ  
เรื่อง การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำ  
(Amniocentesis)



เอกสารหมายเลข IC 004  
จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2553-2555  
วันที่อนุมัติต้นฉบับ 22 เมษายน 2554

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเป็นการตรวจว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติหรือไม่ โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงที่ทารกในครรภ์อาจเกิดความผิดปกติจากสาเหตุต่าง ๆ การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดมีหลายวิธี แต่ที่นิยมทำ คือ การเจาะน้ำคร่ำ เนื่องจากสามารถทำได้ไม่ยากนักและอัตราเสี่ยงต่อมารดาและทารกในครรภ์น้อย ซึ่งมีข้อมูลที่ควรทราบ ดังนี้

1. ชื่อการตรวจ : การเจาะน้ำคร่ำ
2. ประโยชน์จากการตรวจ

จุดมุ่งหมายของการตรวจส่วนใหญ่เพื่อตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์ที่อาจมีความผิดปกติ เช่น ผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้อาจทำเนื่องจาก ข้อบ่งชี้อื่น เช่น โรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมบางโรคที่วินิจฉัยก่อนคลอดได้โดยเฉพาะโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย แพทย์จะแนะนำให้ตรวจในกรณีที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหรือ ตรวจพบว่า เป็นคู่สามีภรรยาที่มีความเสี่ยง

บางกรณีมีการนำน้ำคร่ำไปตรวจหาสารเคมีบางอย่าง เช่น alpha-fetoprotein (AFP) เพื่อช่วยวินิจฉัยโรคไขสันหลังเปิด (opened spina bifida) เป็นต้น

ผลการตรวจโครโมโซม มักใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ แต่ในกรณีที่ต้องใช้วิธีตรวจพิเศษหรือ จำเป็นต้องมีการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยอาจใช้เวลานานกว่า

3. วิธีการเจาะ

ทำโดยวิธีการปราศจากเชื้อ แพทย์จะใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทาบริเวณหน้าท้องน้อยตรงตำแหน่งที่จะทำการเจาะ โดยใช้เข็มขนาดเล็กเจาะผ่านหน้าท้องและผนังมดลูกเข้าสู่ถุงน้ำคร่ำ (น้ำที่อยู่รอบ ๆ ตัวทารกในครรภ์) โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์) ช่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการที่เข็มจะถูกตัวทารกในครรภ์ และรก แล้วจะดูดน้ำคร่ำประมาณ 10-20 มิลลิลิตร (ประมาณ 2-4 ช้อนชา) มาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเจาะใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยทั่วไปทำเมื่ออายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ บางกรณีอาจจะทำที่อายุครรภ์มากกว่านี้ แล้วแต่แพทย์จะพิจารณา

#### 4. ข้อจำกัดของการตรวจ

4.1 บางครั้งเจาะไม่ได้ น้ำคร่ำหรือได้น้ำคร่ำปริมาณน้อย แพทย์อาจนัดมาตรวจซ้ำ

4.2 แม้ว่าจะได้น้ำคร่ำเพียงพอ แต่การเลี้ยงเซลล์อาจไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ไม่ได้ผลการตรวจ

4.3 ผลการตรวจโครโมโซมมีความแม่นยำมากกว่าร้อยละ 99 (ไม่สามารถยืนยันว่าผลการตรวจจะถูกต้องร้อยละ 100) เพราะบางครั้งอาจมีเซลล์ของมารดาปนเปื้อนในน้ำคร่ำที่นำมาตรวจ

4.4 การตรวจโรคทางพันธุกรรมด้วยวิธีอื่น ๆ อาจมีความแม่นยำน้อยกว่าการตรวจโครโมโซม

4.5 ผลการตรวจจะบอกได้เฉพาะโรคหรือภาวะที่ส่งตรวจเท่านั้น แม้ว่าผลการตรวจจะเป็น “ปกติ” แต่ทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิดหรือเป็นโรคอื่นได้ เช่น ผลการตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์เป็นปกติ แต่ทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิดหรือเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ซึ่งการตรวจโครโมโซมไม่สามารถวินิจฉัยได้

#### 5. ภาวะแทรกซ้อน

5.1 โดยทั่วไปการเจาะน้ำคร่ำเป็นวิธีการตรวจที่ปลอดภัย อาจเจ็บบริเวณที่เจาะหรือปวดเกร็งเล็กน้อยบริเวณท้องน้อย มีเลือดหรือน้ำคร่ำออกทางช่องคลอด โอกาสแท้ง ทารกตายหรือเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดพบประมาณร้อยละ 0.5 (1 ราย จากการเจาะ 200 ราย)

5.2 ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงพบได้ แต่ไม่บ่อย เช่น การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ การติดเชื้อในกระแสเลือดชั้นรุนแรง เกิดขึ้นน้อยกว่า 1 รายจากการเจาะ 1,000 ราย โอกาสเสียชีวิตจากการเจาะน้ำคร่ำพบน้อยมาก

ในผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้รับยาบางชนิด การตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝด อาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น

5.3 ผู้ที่มีกลุ่มเลือด Rh negative ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนการเจาะ เพราะการเจาะน้ำคร่ำในผู้ที่มีกลุ่มเลือด Rh negative อาจทำให้มารดาสร้างภูมิต้านทานต่อเม็ดเลือดแดงของทารกในครรภ์ และจะทำให้เกิดปัญหาในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการฉีด Anti-D immunoglobulin หลังการเจาะ

#### 6. คำแนะนำหลังการเจาะน้ำคร่ำ

6.1 สิ่งที่ต้องสังเกต และมาพบแพทย์ หากมีอาการเหล่านี้

- ปวดเกร็งหน้าท้องมากหรือไม่หายไปหลังจากนอนพัก
- ไข้ ภายใน 2 สัปดาห์หลังการเจาะน้ำคร่ำ
- มีน้ำหรือเลือดออกทางช่องคลอด

6.2 ควรพักหลังการเจาะน้ำคร่ำ เป็นเวลา 1 วัน หลังจากนั้นควรงดการออกกำลังกาย เช่น ยกของหนัก ออกกำลังกายและงดการร่วมเพศ อีก 4-5 วัน ไม่ควรเดินทางไกลภายใน 7 วันหลังการเจาะน้ำคร่ำ

หากท่านมีข้อสงสัยอื่นใดนอกเหนือจากนี้ กรุณาสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องหรือแพทย์ผู้ให้การดูแลท่าน

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนา เข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด  
โดยการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน.....ในฐานะเป็น

สตรีตั้งครรภ์

ผู้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับใกล้ชิดทางเครือญาติ / คู่สมรส / ในฐานะ.....ของ  
ชื่อ ด.ญ. / นาง / นางสาว.....(กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถให้ความ  
ยินยอมได้ด้วยตนเอง เช่น อายุต่ำกว่า 18 ปี ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือมีความบกพร่อง  
ทางจิต ให้มีผู้ปกครองลงนามยินยอมแทน)

เลขประจำตัวของสถานพยาบาล.....

ซึ่งเข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำด้วยข้อบ่งชี้คือ.....  
ได้รับทราบคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. การเจาะน้ำคร่ำเป็นวิธีการเจาะเข้าไปในถุงน้ำที่ห่อหุ้มตัวทารกและดูน้ำคร่ำนำมาตรวจ  
หาความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการดาวน์ โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น โรค  
โลหิตจางธาลัสซีเมีย เป็นต้น
2. วิธีการตรวจทำโดยใช้เข็มขนาดเล็กเจาะผ่านหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์และดูน้ำคร่ำ  
(รายละเอียดตามเอกสาร ความรู้เรื่องการเจาะน้ำคร่ำ)
3. ประโยชน์ของการตรวจเพื่อตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์หรือโรคทางพันธุกรรมบางโรค (เฉพาะ  
ในกรณีที่บ่งชี้ข้อบ่งชี้ของการตรวจ)
4. ข้อจำกัดของการตรวจ
  - บางครั้งไม่สามารถดูน้ำคร่ำมาตรวจได้หรือการเพาะเลี้ยงเซลล์ในน้ำคร่ำอาจไม่ประสบความสำเร็จทำให้ไม่สามารถทราบผลการตรวจ
  - แม้ว่าผลการตรวจจะเป็น “ปกติ” แต่ทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิด หรือมีพัฒนาการช้าจากสาเหตุอื่น
5. ภาวะแทรกซ้อน โดยทั่วไปการเจาะน้ำคร่ำเป็นวิธีการตรวจที่มีความเสี่ยงน้อย ภาวะแทรกซ้อนที่  
พบบ่อยคือ ปวดเกร็งท้องเล็กน้อยหลังการเจาะ แต่บางครั้งอาจเกิดการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ การแท้ง  
หรือเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้ 1 ราย จากการตรวจ 200 ราย การตรวจอาจทำให้เกิดการสร้างภูมิ

ด้านทานในผู้ที่มีกลุ่มเลือด Rh negative ซึ่งป้องกันได้โดยการฉีด Anti-D immunoglobulin

ในผู้ที่มีโรคประจำตัว รับประทานยาบางชนิด การตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝด อาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

ข้าพเจ้าได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและได้อ่านเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำแล้วโดยปราศจากข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้แสดงความยินยอม / เจตนาเข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำ

ลงชื่อ.....

(.....)

สตรีตั้งครรภ์ /  ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(ผู้ให้การปรึกษา)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมที่ให้ไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

สตรีตั้งครรภ์ /  ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.