

# เอกสารความรู้สำหรับผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ เรื่อง การขูดมดลูกเพื่อรักษาการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ



เอกสารหมายเลข IC 008  
จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558  
วันที่อนุมัติต้นฉบับ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2556

การขูดมดลูก เป็นวิธีการขูดเนื้อเยื่อการตั้งครรภ์ เพื่อรักษาการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น การแท้งค้าง หรือแท้งไม่ครบ ในช่วงอายุครรภ์ไตรมาสแรก หรือไตรมาสที่สอง ซึ่งมีข้อมูลที่ควรทราบ ดังนี้

## 1. วิธีการ

- การระงับความรู้สึกอาจใช้ยาระงับปวดเฉพาะที่ คือการฉีดยาชารอบปากมดลูก หรือการวางยาสลบ
- ทำโดยวิธีการปราศจากเชื้อ เพื่อนำเนื้อเยื่อการตั้งครรภ์ออกมา โดยอาจใช้เครื่องมือขยายปากมดลูก หลังจากนั้นใช้เครื่องมือดูดหรือขูดเนื้อเยื่อในโพรงมดลูก ตรวจสอบการเสียเลือด การขูดมดลูกใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที
- ในกรณีส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา ผลการตรวจมักใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์

## 2. ประโยชน์

เพื่อทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงหรือหยุดภาวะเลือดออกผิดปกติจากการแท้ง

## 3. ข้อจำกัด

- บางกรณีอาจไม่สามารถผ่านเครื่องมือเข้าไปขูดมดลูกได้ เช่น ปากมดลูกตีบ หรือมดลูกผิดปกติ
- ไม่สามารถนำชิ้นเนื้อออกมาได้หมด

## 4. ภาวะแทรกซ้อน

การขูดมดลูกมีความเสี่ยงน้อย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั่วไปประมาณร้อยละ 1.1-3.4 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทันทีในขณะที่ขูดมดลูกพบได้ร้อยละ 1.7 ได้แก่ การฉีกขาดของปากมดลูก มดลูกทะลุ เลือดออกมาก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการระงับความรู้สึกปวด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังขูดมดลูกประมาณ 1-2 สัปดาห์ พบได้ร้อยละ 1.2 ได้แก่ การติดเชื้อในโพรงมดลูก เนื้อเยื่อจากการตั้งครรภ์เหลือค้าง และพังผืดในโพรงมดลูก โอกาสเสียชีวิตจากการขูดมดลูกพบน้อยมาก

## 5. คำแนะนำหลังการชูดมดลูก

- ควรพักหลังการชูดมดลูก 3-7 วัน
- งดการร่วมเพศ 4 สัปดาห์
- อาการที่ควรมาพบแพทย์
  - ปวดเกร็งหน้าท้องมากหรือไม่หายไปหลังจากนอนพัก
  - ไข้ ภายใน 2 สัปดาห์หลังการชูดมดลูก
  - มีเลือดออกมากผิดปกติทางช่องคลอด
  - มีตกขาวกลิ่นเหม็นออกจากช่องคลอด

หากท่านมีข้อสงสัย กรุณาสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องหรือแพทย์ผู้ให้การดูแลท่าน

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนา  
เข้ารับการขูดมดลูกเพื่อรักษาการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ

เขียนที่.....

วันที่.....

เวลา.....

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี

เลขที่บัตรประชาชน ..... ในฐานะเป็น

ผู้ป่วย

ผู้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง ในฐานะเป็น.....ของ

ด.ญ./ นาง / นางสาว.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

ซึ่งเข้ารับการขูดมดลูกด้วยข้อบ่งชี้คือ.....

.....(ระบุเป็นภาษาไทย)

ได้รับทราบคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. การขูดมดลูก ใช้เพื่อรักษาการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่นการแท้งค้างหรือแท้งไม่ครบ ในช่วงอายุครรภ์ไตรมาสแรก หรือไตรมาสที่สอง
2. วิธีการขูดมดลูก เริ่มจากการให้ยาแก้ปวดหรือยาระงับความรู้สึก หลังจากนั้นอาจใช้เครื่องมือขยายปากมดลูก แล้วจึงดูดหรือขูดชิ้นเนื้อภายในโพรงมดลูก
3. ข้อจำกัดของการขูดมดลูก บางกรณีอาจไม่สามารถผ่านเครื่องมือเข้าไปขูดมดลูกได้จึงต้องยุติการขูดมดลูกหรือบางกรณีไม่สามารถนำชิ้นเนื้อออกมาได้หมด
4. ภาวะแทรกซ้อน โดยทั่วไปการขูดมดลูก มีความเสี่ยงน้อย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น การติดเชื้อในโพรงมดลูก มดลูกทะลุ และพังผืดในโพรงมดลูก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการระงับความรู้สึก

ข้าพเจ้าได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและได้อ่านเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวกับการขูดมดลูกแล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี โดยปราศจากข้อสงสัย จึงได้แสดงความยินยอมเข้ารับการขูดมดลูก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....(ผู้ให้คำปรึกษา)  
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)  
(.....)  
วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....(พยาน)  
(.....)  
วันที่...../...../.....เวลา.....น.

หมายเหตุ กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า 18 ปี และยังไม่ได้สมรสถูกต้องตามกฎหมาย ให้มีผู้ปกครอง  
ลงลายมือชื่อให้ความยินยอมแทน