

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูติหรือแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การทำแท้ง

RTCOG Clinical Practice Guideline

Induced Abortion



เอกสารหมายเลข OB 66-031

จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567

วันที่อนุมัติต้นฉบับ 16 มิถุนายน 2566

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัติไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้มิได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

ความเป็นมาของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ประเมินว่าการทำแท้งเกิดขึ้นทั่วโลกราว ๆ 44 ล้านครั้งต่อปีและร้อยละ 50 ของการทำแท้งเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาถึงร้อยละ 13^(1,2) ส่วนใหญ่ของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่การทำแท้งผิดกฎหมาย อุบัติการณ์ของการทำแท้ง

แตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ Dastgiri และคณะ⁽³⁾ รายงานอุบัติการณ์ 58.1 ต่อสตรี 1,000 คน (95 % CI, 55.16-61.04) สำหรับประเทศไทยมีการทำแท้งประมาณ 300,000 รายต่อปีและอัตราการตายจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยประมาณ 300 ต่อ 100,000 คน⁽⁴⁾ และจากข้อมูลของกรมอนามัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีสตรีที่เสียชีวิตเกี่ยวข้องกับการแท้ง 4 รายจากทั้งหมด 129 ราย⁽⁵⁾ ปัจจุบันกฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งได้มีการแก้ไขตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564⁽⁶⁾ โดยมาตรา 301 แก้เป็น “หญิงใดทำให้ตนเองแท้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนแท้งลูกขณะมีอายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” และมาตรา 305 แก้เป็น “ถ้าการกระทำความผิดตามมาตรา 301 หรือมาตรา 302 เป็นการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภาในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้กระทำไม่มีความผิด

(1) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อสุขภาพทางกายหรือจิตใจของหญิงนั้น

(2) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากมีความเสี่ยงอย่างมากหรือมีเหตุผลทางการแพทย์อันควรเชื่อได้ว่าหากทารกคลอดออกมาจะมีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง

(3) หญิงยืนยันต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าตนมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ

(4) หญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์

(5) หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ แต่ไม่เกินยี่สิบสัปดาห์ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์

ภายหลังการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของแพทยสภาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น”

การแก้ไขกฎหมายอาญาฉบับนี้เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ลงได้ การทำแท้งที่ปลอดภัยโดยแพทย์ที่มีความชำนาญมีอัตราการเสียชีวิตของมารดาต่ำกว่าอัตราการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ไปจนครบกำหนดและคลอด^(7,8)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ที่ประกอบวิชาชีพด้านสูติกรรมได้ใช้อำนาจในการปฏิบัติงาน

การครอบคลุม

แนวทางการปฏิบัติงานชุดนี้ ครอบคลุมแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพด้านสูติกรรม

คำจำกัดความ

การทำแท้ง คือ การยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยาหรือการผ่าตัดก่อนที่ทารกในครรภ์จะอยู่ในช่วงที่รอดชีวิตได้ (non-viable)⁽⁹⁾ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศขึ้นกับความสามารถในการดูแลรักษาทารกแรกเกิด องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของการแท้ง คือ การสูญเสียทารกหรือยุติการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์หรือน้ำหนักต่ำกว่า 500 กรัม⁽⁹⁾ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยให้ใช้เกณฑ์ที่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์หรือน้ำหนักทารกตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป กรณีไม่ทราบอายุครรภ์หรืออายุครรภ์ไม่แน่นอนเป็น threshold of viability⁽¹⁰⁾

การทำแท้งเพื่อการรักษา (therapeutic abortion) เป็นการยุติการตั้งครรภ์เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นข้อบ่งชี้ของมารดาหรือทารก รวมทั้งกรณีที่ตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืนด้วย⁽⁹⁾

การให้คำปรึกษาก่อนทำแท้ง

ควรมีการให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับ วิธีทำแท้งแบบต่าง ๆ ข้อดี ข้อเสียและประสิทธิภาพของแต่ละวิธี ขั้นตอนการทำ การให้ยาระงับปวด ผลข้างเคียง ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผลกระทบต่อจิตใจและการช่วยเหลือ การตรวจติดตามและการคุมกำเนิดหลังแท้ง หลังจากนั้นให้สตรีตั้งครรภ์หรือผู้ปกครองลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

การประเมินก่อนทำแท้ง⁽¹¹⁾

ให้ซักประวัติระดูครั้งสุดท้าย ปริมาณ จำนวนวัน ระยะห่างของรอบระดู อาการแพ้ท้อง ตึงคัดเต้านม เลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ ใช้ การพยายามทำแท้งมาก่อน การตั้งครรภ์ การแท้งหรือการคลอดก่อนหน้า การคุมกำเนิด ประวัติการผ่าตัด โรคประจำตัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์และสามี การสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด การใช้ยา การแพ้ยา

การตรวจร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ภาวะซีด ตาเหลือง ฟังปอดและหัวใจ ตรวจหน้าท้อง ดูแผลผ่าตัด คลำขนาดมดลูก การกดเจ็บ ก้อนผิดปกติอื่น ๆ ตรวจภายใน สังเกตลักษณะของตกขาว เลือดออก เศษชิ้นเนื้อ สิ่งแปลกปลอมในช่องคลอด อาการแสดงของการตั้งครรภ์ การอักเสบติดเชื้อ การกดเจ็บที่บริเวณต่าง ๆ ปากมดลูกเปิดหรือปิด ขนาดมดลูก ก้อนที่ปีกมดลูกและ cul de sac

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องส่งตรวจ ยกเว้นในรายที่มีประวัติเลือดออกมาก่อนหรือสงสัยการติดเชื้อ ให้ส่ง complete blood count เก็บตกขาวหรือสารคัดหลั่งในช่องคลอดและ/หรือจากปากมดลูกย้อม Gram stain และเพาะเชื้อ ควรส่งตรวจหมู่เลือด ABO, Rh โรคมะเร็งและเอดส์ ไม่จำเป็นต้องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงก่อนทำแท้งทุกราย แต่ควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น สงสัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือครรภ์ไข่ปลาลอก ต้องการทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน สงสัยมีก้อนเนื้องอกมดลูกหรือก้อนที่ปีกมดลูกร่วมด้วย ดูตำแหน่งรกโดยเฉพาะในรายที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน

การทำแท้งในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์⁽¹¹⁾

เป็นการทำแท้งก่อนอายุครรภ์ 14 สัปดาห์ มี 2 วิธี คือ การใช้ยาและการทำหัตถการโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศแบบมือ (manual vacuum aspiration, MVA) หรือแบบไฟฟ้า (electric vacuum aspiration, EVA) ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทำแท้งในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์⁽¹¹⁾

	การใช้ยา	การทำหัตถการ
ประสิทธิภาพ	ร้อยละ 95-99	ร้อยละ 95-99
การส่งตรวจชิ้นเนื้อ	อาจจะทำไม่ได้ทุกราย	ทำได้ทุกราย
ระยะเวลา	8-13 วัน	15 นาที
ข้อดี	-ทำได้ที่บ้าน -ไม่ต้องใช้การวางยาสลบ	-ใช้เวลาสั้นกว่า -ยืนยันได้ว่าแท้งครบโดยการตรวจชิ้นเนื้อที่ดูดออกมา -ทำหมันหรือใส่ห่วงอนามัยได้ในครั้งเดียวกัน -มีเลือดออกน้อยมากหลังทำ
ข้อจำกัด	-ใช้เวลานานกว่า -มีเลือดออก ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน -มีเลือดออกได้หลายวันหลังทำ -ต้องมาตรวจติดตามหลายครั้ง	-ต้องทำโดยผู้ที่ผ่านการฝึกฝน -ทำในสถานพยาบาล -ต้องใช้เครื่องมือโดยเฉพาะ -อาจเกิดการบาดเจ็บต่อปากมดลูกหรือมดลูก

	-อาจจะมีผลข้างเคียงจากยา -ถ้าให้ยาแล้วไม่แท้ง ทารกในครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อความพิการแต่กำเนิด	-เวลาที่จะให้บริการทำแท้งขึ้นกับความสะดวกของผู้ทำ
แนะนำในรายที่	-สตรีตั้งครรภ์ที่อ้วนมาก -มีมดลูกผิดปกติ เนื่องมดลูกหรือเคยผ่าตัดที่ปากมดลูกมาก่อน	-มีข้อห้ามของการใช้ยา -มีข้อจำกัดเรื่องเวลาของการแท้ง
ข้อห้าม	-เคยแพ้ยา -ซีดมาก -โรคหัวใจ -โรคต่อมหมวกไตวายเรื้อรัง -สงสัยตั้งครรภ์นอกมดลูก	-สงสัยตั้งครรภ์นอกมดลูก

ตารางที่ 2 การทำแท้งในสตรีที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเสี่ยง⁽¹¹⁾

โรค	การใช้ยา	การทำหัตถการ	หมายเหตุ
ความดันโลหิตสูง	-ทำได้ ถ้าควบคุมดี -ไม่ได้ ถ้าควบคุมไม่ดี	ทำได้	ควบคุมความดันให้ดี ให้ยาลดความดันขนาดที่ใช้ประจำในวันที่ทำผ่าตัด
ซีด	ทำได้	ทำได้	ถ้าซีดมาก ควรเตรียมเลือดให้พร้อมก่อนทำผ่าตัด
เบาหวาน	ทำได้	ทำได้	ให้ยาเบาหวานขนาดที่ใช้ประจำในเช้าวันที่ทำผ่าตัด

โรคหัวใจ	ไม่ได้	ทำได้	ปรึกษาอายุรแพทย์ โรคหัวใจร่วมดูแล
หอบหืด	ทำได้	ทำได้	ต้องไม่มีอาการหอบ ก่อนวันที่จะทำผ่าตัด
ลมชัก	-ทำได้ ถ้าควบคุมดี -ไม่ได้ ถ้าควบคุมไม่ดี	-ทำได้	ให้ยากันชักขนาดที่ใช้ ประจำในเช้าวันที่ทำ ผ่าตัด
โรคเลือดไม่แข็งตัว	ไม่ได้	ทำได้	เตรียมพร้อมสำหรับการ ให้เลือดหรือ ส่วนประกอบของเลือด
ได้ยากันเลือดแข็ง	ทำได้	ทำได้	หยุดยาก่อนทำ 48 ชั่วโมง
เคยผ่าคลอดมาก่อน เคยมีแผลผ่าตัดที่มดลูก เคยทำ myomectomy	ทำได้	ทำได้	ให้รับไว้ในโรงพยาบาล
ตั้งครรภ์พร้อมห้วง อนามัย	ทำได้	ทำได้	-ถ้าเห็นสายห้วง ให้เอา ห้วงออกก่อนให้ยาหรือ ทำผ่าตัด -ถ้าไม่เห็นสายห้วง ให้ เอาออกตอนทำ vacuum aspiration หรือใช้คลื่นเสียงความถี่ สูงช่วยประเมินตำแหน่ง ของห้วง

ก. การทำแท้งโดยใช้ยา

ปัจจุบันแนะนำให้เลือกใช้ได้ 3 วิธี⁽¹¹⁾ คือ

1. Mifepristone 200 มิลลิกรัม รับประทาน อีก 24-48 ชั่วโมงต่อมาให้ misoprostol 800 ไมโครกรัม ใส่ในกระพุ้งแก้ม อมใต้ลิ้น หรือสอดช่องคลอด เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดถึงร้อยละ 95-99 ถ้ายังไม่แท้งภายใน 4 ชั่วโมง ให้ misoprostol 400 ไมโครกรัม ใส่ในกระพุ้งแก้ม อมใต้ลิ้น หรือสอดช่องคลอดได้อีกครั้ง⁽¹²⁾ แนะนำให้ใช้วิธีนี้
 2. Misoprostol 800 ไมโครกรัม ใส่ในกระพุ้งแก้ม อมใต้ลิ้น หรือสอดช่องคลอด อาจจะทำให้ซ้ำได้อีกครั้ง ถ้ายังไม่แท้ง หรือให้ misoprostol 400 ไมโครกรัมต่อทุก 3 ชั่วโมง จนกว่าจะแท้ง⁽¹²⁾ ประสิทธิภาพร้อยละ 78-88^(13,14)
 3. Letrozole 10 มิลลิกรัม รับประทาน 3 วันติดต่อกัน วันที่ 4 ให้ misoprostol 800 ไมโครกรัม อมใต้ลิ้น
- กรณีแท้งไม่ครบ (incomplete abortion) ให้ misoprostol 600 ไมโครกรัม รับประทาน หรือ 400 ไมโครกรัม อมใต้ลิ้น
 - กรณีแท้งค้าง (missed abortion) ให้เช่นเดียวกับข้อ 1 แต่ถ้าให้ misoprostol อย่างเดียว ควรให้ซ้ำอีกครั้ง ถ้าอายุครรภ์มากกว่า 9 สัปดาห์
 - ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (antibiotic prophylaxis)
 - ไม่ต้องให้ anti-D immunoglobulin เพื่อป้องกัน Rh isoimmunization ถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์
 - การลดความเจ็บปวด ให้รับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น ibuprofen 400-800 มิลลิกรัม หรือยาพาราเซตามอล ได้
 - ผลข้างเคียงที่พบได้ เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้อง ไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ให้รักษาตามอาการ
 - อาการและอาการแสดงของการแท้งครบ ได้แก่ เลือดออกเป็นก้อน มีชิ้นเนื้อหลุดออกมา ปวดบีบท้องน้อยมากกว่าปวดระดู
 - ถ้าไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด เลือดออกเล็กน้อย หรือยังมีอาการของการตั้งครรภ์หลังให้ยาครบแล้ว ให้สงสัยว่าจะยังมีการตั้งครรภ์อยู่และควรตรวจยืนยันด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง
 - นัดตรวจติดตามหลังแท้ง 7-14 วัน เพื่อตรวจภายในและให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด หรือสามารถเริ่มการคุมกำเนิดได้ทันทีหลังแท้ง
 - ถ้ายังไม่แท้งหลังได้ยาครบแล้ว ให้ทำ MVA/ EVA หรือให้ยาซ้ำอีกครั้ง

- กรณีแท้งไม่ครบหลังได้ยา ให้ทำ MVA/ EVA หรือให้ยา misoprostol 600 ไมโครกรัม รับประทาน หรือ 400 ไมโครกรัม อมใต้ลิ้น ใส่ในกระพุ้งแก้ม หรือสอดทางช่องคลอด

ข. การทำแท้งโดยการทำให้ตกการ

แนะนำให้ทำ MVA หรือ EVA เป็นวิธีที่ปลอดภัยที่สุดและใช้ได้จนถึงช่วงอายุครรภ์ 12-14 สัปดาห์ ในสถานพยาบาลที่ไม่มีเครื่องมือ อาจจะใช้วิธีขูดมดลูก (sharp curette) แทนได้

- การเตรียมปากมดลูก (cervical priming) มีหลายวิธี เช่น misoprostol 200 ไมโครกรัม รับประทาน 24-48 ชั่วโมงก่อนทำหัตถการ หรือให้ 400 ไมโครกรัม อมใต้ลิ้น 1-2 ชั่วโมง ก่อนทำหัตถการ หรือให้ 400 ไมโครกรัม สอดทางช่องคลอด หรือใส่ในกระพุ้งแก้ม 2-3 ชั่วโมงก่อนทำหัตถการ
- การลดความเจ็บปวด ให้ยาในกลุ่ม Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) เช่น ibuprofen 400-800 มิลลิกรัม รับประทาน 30-45 นาทีก่อนทำหัตถการ หรือทำ paracervical block ด้วย 1% lidocaine 10 มิลลิลิตร ฉีด 2 มิลลิลิตรที่ปากมดลูกตำแหน่ง 12 นาฬิกาและที่เหลืออีก 8 มิลลิลิตร ฉีดที่ cervico-vaginal junction ตำแหน่ง 4 และ 8 นาฬิกา ลึก 2-3 มิลลิเมตร อาจฉีดเพิ่มที่ตำแหน่ง 10 และ 2 นาฬิกา หรือให้ยากลุ่ม sedation ร่วมด้วย
- ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (antibiotic prophylaxis) เช่น doxycycline 100 มิลลิกรัม รับประทานเช้า-เย็น นาน 3-7 วัน⁽¹²⁾ metronidazole หรือ beta-lactams
- ไม่ต้องให้ anti-D immunoglobulin เพื่อป้องกัน Rh isoimmunization ถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์
- การเลือกใช้ cannula
 - ขนาด 4-7 มิลลิเมตร ถ้าอายุครรภ์ 4-6 สัปดาห์
 - ขนาด 5-10 มิลลิเมตร ถ้าอายุครรภ์ 7-9 สัปดาห์
 - ขนาด 8-12 มิลลิเมตร ถ้าอายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์
- ถ้าดูดชิ้นเนื้อได้หมดจะเห็นฟองอากาศสีแดงหรือชมพูที่ปากมดลูกและไม่มีชิ้นเนื้อออกมา เพิ่มชิ้นอื่นอีก รู้สึกผิด ๆ เมื่อขยับ cannula มีมดลูกหดรัดตัวรอบ ๆ cannula
- ให้ตรวจสอบชิ้นเนื้อที่ดูดออกมาว่าเป็นถุงการตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าหลังอายุครรภ์ 9 สัปดาห์ จะเห็นชิ้นส่วนของทารกได้ กรณีที่ไม่แน่ใจให้เอาชิ้นเนื้อไปลอยน้ำหรือส่องไฟตรวจ ถ้าเป็น

ถุงการตั้งครรภ์จะมีสีขาวเทา เห็น chorionic villi แตกเป็นกิ่งก้านคล้ายนิ้วมือ ส่วน decidua จะมีสีแดงคล้ำ เป็นแผ่น ๆ⁽¹⁵⁾

- การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา ทำในรายที่สงสัยครรภ์ไม่ปลากูกหรือตั้งครรภ์นอกมดลูก
- ถ้าดูดไม่ได้ชิ้นเนื้อหรือได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับอายุครรภ์นั้น ๆ ให้นึกถึงการแท้งไม่ครบ ตั้งครรภ์นอกมดลูก มดลูกผิดปกติแบบ bicornuate หรือ septate ที่ใส่ cannula เข้าไปในโพรงด้านที่ไม่มีการตั้งครรภ์
- ถ้าสงสัยมดลูกทะลุ ให้หยุดทำหัตถการทันที ให้ยาปฏิชีวนะและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น เลือดออกในช่องท้อง ลำไส้ทะลุ ติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน กรณีที่สงสัยจะเกิดอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง ให้พิจารณาทำ laparoscopy หรือ laparotomy
- หลังทำหัตถการ แนะนำให้สังเกตเลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้อง ไข้ขึ้นมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หลังทำ 4 ชั่วโมงขึ้นไป
- นัดตรวจติดตามที่ 7-14 วันหลังทำหัตถการเพื่อตรวจภายในและแนะนำการคุมกำเนิด หรือสามารถเริ่มการคุมกำเนิดได้ทันทีหลังแท้ง

การทำแท้งในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์⁽¹⁶⁾

มี 2 วิธีเช่นเดียวกัน คือ วิธีใช้ยาและการทำหัตถการโดย dilatation and evacuation (D&E) ควรตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อประเมินก่อนทำ

ก. การทำแท้งโดยใช้ยา

- ให้ mifepristone 200 มิลลิกรัม รับประทาน อีก 24-48 ชั่วโมงต่อมาให้ misoprostol 400 ไมโครกรัม สอดทางช่องคลอด อมใต้ลิ้น หรือใส่ในกระพุ้งแก้ม ทุก 3 ชั่วโมง หรือ
- ให้ misoprostol 400 ไมโครกรัม สอดทางช่องคลอด อมใต้ลิ้น หรือใส่ในกระพุ้งแก้ม ทุก 3 ชั่วโมง
- กรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 14-28 สัปดาห์ แนะนำให้ mifepristone 200 มิลลิกรัม รับประทาน อีก 24-48 ชั่วโมงต่อมา ให้ misoprostol 400 ไมโครกรัม

สอดทางช่องคลอด หรืออมใต้ลิ้น ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือให้ misoprostol 400 ไมโครกรัม สอดทางช่องคลอด หรืออมใต้ลิ้น ทุก 4-6 ชั่วโมงอย่างเดียว

- การใช้ยาร่วมกัน 2 ชนิดและการใช้ misoprostol สอดทางช่องคลอดจะมีประสิทธิภาพดีกว่า
- ให้ anti-D immunoglobulin เพื่อป้องกัน Rh isoimmunization ภายใน 72 ชั่วโมง หลังแท้ง

ข. การทำแท้งโดยวิธี dilatation and evacuation (D&E)

- ให้เตรียมปากมดลูกก่อนโดยใช้ยาเช่นเดียวกับในไตรมาสแรก หรือใช้ mifepristone ร่วมกับ misoprostol⁽¹²⁾ หรือ osmotic dilator สอดในปากมดลูกก่อนทำหัตถการ 1-2 วัน หรือใช้ทั้งยาและ osmotic dilator ร่วมกัน
- อาจใช้ vacuum aspiration ร่วมกับ D&E ช่วงที่เจาะถุงน้ำคร่ำหรือดูดชิ้นเนื้อเพิ่ม หลังจากการทำ D&E
- ให้การระงับปวดด้วยการทำ paracervical block ร่วมกับยากลุ่ม sedation หรือให้ยา propofol ร่วมกับ fentanyl⁽¹²⁾
- ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (prophylaxis antibiotic) เช่น doxycycline, metronidazole หรือ beta-lactams
- เมื่อปากมดลูกเปิดขยายดีแล้ว ให้เจาะถุงน้ำคร่ำออกก่อน แล้วคีบทารกและรก ออกมาโดยใช้ long grasping forceps
- ตรวจสอบชิ้นเนื้อที่คีบออกมาได้ทั้งหมด อาจจะส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
- ถ้าต้องการใส่ห่วงอนามัย สามารถทำได้ทันที
- ให้ anti-D immunoglobulin เพื่อป้องกัน Rh isoimmunization ภายใน 72 ชั่วโมง หลังแท้ง

ตารางที่ 3 ข้อดีและความเสี่ยงของการทำแท้งในไตรมาสที่สองโดยวิธีใช้ยากับการทำหัตถการ⁽¹⁷⁾

วิธีใช้ยา	การทำหัตถการ
ใช้เวลานาน 1-3 วัน	ใช้เวลา 15-30 นาที
ต้องให้ยาระงับปวดนานกว่า	ต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญ

	ให้ยาระงับปวดช่วงที่ทำหัตถการ
ทารกแท้งออกมาครบทั้งตัว	ทารกแท้งออกมาเป็นชิ้นเนื้อ
ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เลือดออกมาก ติดเชื้อ แท้งไม่ครบ ต้องให้เลือด ถูกตัดมดลูก	ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เลือดออกมาก มดลูกทะลุ ติดเชื้อ แท้งไม่ครบ ต้องให้เลือด ถูกตัดมดลูก

ตารางที่ 4 สรุปการทำแท้งโดยวิธีใช้ยา⁽¹⁸⁾

	Combination regimen (แนะนำ)		Misoprostol only (ทางเลือก)
	Mifepristone	Misoprostol	
แท้งไม่ครบ อายุครรภ์ < 13 สัปดาห์	-	-	600 ไมโครกรัม รับประทาน หรือ 400 ไมโครกรัมอมใต้ลิ้น
แท้งไม่ครบ อายุครรภ์ ≥ 13 สัปดาห์	-	-	400 ไมโครกรัม อมใต้ ลิ้น ใส่ในกระพุ้งแก้ม หรือสอดทางช่องคลอด ทุก 3 ชั่วโมง
ทารกเสียชีวิตในครรภ์ อายุครรภ์ 14-28 สัปดาห์	200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งเดียว	400 ไมโครกรัม อมใต้ ลิ้น หรือสอดทางช่อง คลอดทุก 4-6 ชั่วโมง	400 ไมโครกรัม อมใต้ ลิ้น หรือสอดทางช่อง คลอด ทุก 4-6 ชั่วโมง
ทำแท้ง อายุครรภ์ < 12 สัปดาห์	200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งเดียว	800 ไมโครกรัม อมใต้ ลิ้น ใส่ในกระพุ้งแก้ม หรือสอดทางช่องคลอด	800 ไมโครกรัม อมใต้ ลิ้น ใส่ในกระพุ้งแก้ม หรือสอดทางช่องคลอด
ทำแท้ง อายุครรภ์ ≥ 12 สัปดาห์	200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งเดียว	400 ไมโครกรัม อมใต้ ลิ้น ใส่ในกระพุ้งแก้ม หรือสอดทางช่องคลอด ทุก 3 ชั่วโมง	400 ไมโครกรัม อมใต้ ลิ้น ใส่ในกระพุ้งแก้ม หรือสอดทางช่องคลอด ทุก 3 ชั่วโมง

การทำหัตถการอื่น ๆ⁽⁹⁾

กรณี que ตรวจสอบมีภาวะรกเกาะลึกหรือรกเกาะต่ำร่วมด้วย ให้พิจารณาตัดมดลูก (hysterectomy) เพื่อลดความเสี่ยงของการเสียเลือดมากจากการทำแท้งโดยวิธีอื่น

กรณีที่ทำแท้งในไตรมาสที่สองโดยการช้ยาไม่สำเร็จ ให้พิจารณาทำผ่าตัดเปิดมดลูกเพื่อเอาทารกและรกออก (hysterotomy)

การดูแลหลังทำแท้ง

ให้สังเกตอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดท้องมาก มีไข้ หนาวสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว เลือดออกมากทางช่องคลอด ตกขาวกลิ่นเหม็น ชีมีเศร้า อายากฆ่าตัวตาย ควรนัดตรวจติดตามหลังแท้ง 1-2 สัปดาห์ เพื่อประเมินการแท้งครบ ภาวะแทรกซ้อนและแนะนำวิธีคุมกำเนิด หรือให้การคุมกำเนิดได้ทันทีตั้งแต่เริ่มทำแท้ง

ภาวะแทรกซ้อนของการทำแท้งและการดูแลรักษา

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและการดูแลรักษา ดังตารางที่ 5⁽¹⁷⁾

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการทำแท้งและการดูแลรักษา⁽¹⁷⁾

ภาวะแทรกซ้อน	การดูแลรักษา
<p>1. ทำแท้งไม่สำเร็จ</p> <p>พบร้อยละ 0.15</p>	<ul style="list-style-type: none"> ให้ทำซ้ำโดยการช้ยาหรือการทำหัตถการ กรณีที่ทำหัตถการยาก เช่น อ้วนมาก มดลูกผิดปกติ มีเนื้องอกมดลูก ให้ช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรือช้ hysteroscopy ช่วยขณะทำ
<p>2. เลือดออกมาก</p> <p>มักพบในรายที่มีความเสี่ยง แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ เคยผ่าคลอด 2 ครั้งขึ้นไป เคยมีรกเกาะต่ำ เป็นโรคเลือดไม่แข็งตัว เคยตกเลือดหลังคลอด อายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ มีเนื้องอกมดลูก 	<ul style="list-style-type: none"> ให้ค้นหาสาเหตุก่อน เช่น มดลูกทะลุ ปากมดลูกฉีกขาด มดลูกหดรั้งตัวไม่ดี รกเกาะลึก แท้งไม่ครบ arteriovenous malformation มีปัญหาการแข็งตัวของเลือด

<p>ขนาดใหญ่ อ้วน</p> <p>- ความเสี่ยงสูง ใต้แก่ สงสัยรกเกาะลึก เคยตกเลือดหลังคลอดและต้องได้รับเลือด</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● เปิดเส้นเพิ่มเติมด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ ให้สารน้ำเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดทดแทน ● ถ้าปากมดลูกฉีกขาด ให้เย็บซ่อม ● ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี ให้ยา misoprostol 200-600 ไมโครกรัม อมใต้ลิ้น หรือใส่ในกระพุ้งแก้ม หรือเหน็บทางทวารหนัก หรือให้ methylergonovine 0.25 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 2 ชั่วโมง หรือถ้าอายุครรภ์เกิน 16 สัปดาห์ ให้ oxytocin 20-40 ยูนิตผสมในน้ำเกลือ 250-500 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ ● Bimanual uterine compression โดยใช้ sponge forceps ที่คีบผ้าก๊อชหรือใช้มือใส่ในช่องคลอดกดที่ตัวมดลูกร่วมกับการกดยอดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง ● Intrauterine balloon tamponade ● Embolization ● ถ้าสัญญาณชีพไม่ดี พิจารณาตัดมดลูก
<p>3. แท้งไม่ครบ</p> <p>จะมีเลือดออก ปวดท้องหรือติดเชื้อ พบร้อยละ 0.7-4 ของการทำแท้งในไตรมาสแรก แต่จะพบบ่อยขึ้นเป็นร้อยละ 7 ในไตรมาสที่สองโดยเฉพาะการทำแท้งโดยใช้ยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ● ถ้าพบมีชิ้นเนื้อค้างอยู่ ให้ทำ MVA ซ้ำ ● ให้ยาปฏิชีวนะ ● การทำแท้งในไตรมาสที่สอง หลังจากทารกแท้งออกมาแล้ว สามารถรอให้รกคลอดได้นานถึง 4 ชั่วโมง ถ้าไม่มีเลือดออกมากและสัญญาณชีพปกติ แต่ถ้าเลือดออกมาก สัญญาณชีพไม่ดี หรือรอนานแล้ว รกไม่

	<p>ออก ให้ทำ MVA ด้วย cannula ขนาดใหญ่ 14-16 มิลลิเมตร</p>
<p>4. มดลูกทะลุ พบ 1-4 ต่อ 1,000 ราย มักจะเกิดขึ้นในรายที่ทำหัตถการยาก เช่น มดลูกผิดปกติ มดลูกคว่ำหน้ามาก ปากมดลูกตีบ อายุครรภ์มาก ผู้ทำขาดประสบการณ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● เมื่อสงสัยมดลูกทะลุ ให้หยุดทำหัตถการทันที ● ถ้าสัญญาณชีพไม่ดี ให้สารน้ำหรือเลือดเพิ่ม ● ใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรือ laparoscopy ช่วยประเมินอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง ● กรณีที่ยังเอาชิ้นเนื้อออกไม่หมด ให้ทำต่อโดยใช้ laparoscopy ช่วย ● กรณีที่สัญญาณชีพปกติและยังไม่ได้เริ่มดูดชิ้นเนื้อ ให้ทำหัตถการต่อโดยใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรือ laparoscopy ช่วย หรือยกเลิกหัตถการแล้วเลื่อนไปทำใหม่อีก 1-2 สัปดาห์ ● ถ้าทำหัตถการเสร็จแล้ว สัญญาณชีพปกติ เลือดออกไม่มาก ไม่มีอาการแสดงของการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ให้เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด พิจารณาให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและยาปฏิชีวนะ ● ถ้าเห็นลำไส้ หรือ omentum ออกมาจากปากมดลูก ให้ปรึกษาศัลยกรรมช่วยประเมิน ● ถ้ามดลูกทะลุไปทางด้านข้าง ให้ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรือ laparoscopy เพื่อ

	<p>ประเมินการมีเลือดออกบริเวณ retroperitoneum</p>
<p>5. ปากมดลูกฉีกขาด</p> <p>พบร้อยละ 1-2 มักจะเกิดจากการทำแท้งช่วงไตรมาสที่สองโดยการทำให้ตกการ โดยเฉพาะคนที่มีประวัติเคยทำผ่าตัดที่ปากมดลูกมาก่อน ปากมดลูกหรือมดลูกผิดปกติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ถ้าเลือดออกไม่มาก ให้กดโดยใช้ ring forceps หรือ sponge stick ● ถ้าเลือดออกมาก หรือแผลใหญ่เกิน 1 เซนติเมตร ให้เย็บซ่อมด้วยไหมแบบ absorbable ● ถ้ารอยฉีกขาดอยู่สูงหรือลึกมาก พิจารณา embolization หรือ laparoscopy
<p>6. มดลูกแตก</p> <p>พบบ่อยในการทำแท้งช่วงไตรมาสที่สอง โดยการใช้ยา อุบัติการณ์ร้อยละ 0.04 แต่จะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 0.4 ในรายที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน 1 ครั้ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้สารน้ำ เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ● เย็บซ่อมแซมหรือตัดมดลูก ขึ้นกับความรุนแรงและตำแหน่งของการแตก
<p>7. การติดเชื้อ</p> <p>การทำแท้งในไตรมาสแรกพบร้อยละ 0.01-2.4 ส่วนไตรมาสที่สองพบร้อยละ 0.8-1.6 จะมีไข้ หนาวสั่น ปวดท้องน้อย ตกขาวมีกลิ่นเหม็น เลือดออกทางช่องคลอดนานหรือมีกลิ่นเหม็น กดเจ็บที่มดลูก</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมเชื้อโรค ● ให้สารน้ำ ● ยาลดไข้ ● ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อประเมินว่ามีชิ้นเนื้อค้างในโพรงมดลูกหรือไม่ ถ้ามีให้ดูดออก ส่งเพาะเชื้อและส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
<p>8. Hematometra</p> <p>พบ 2 ต่อ 1,000 ของการทำแท้งด้วยการทำให้ตกการ อาจเกิดขึ้นเร็วหรือ 2-3 วันหลังแท้ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้เฝาระวังหรือดูดโพรงมดลูกซ้ำ
<p>9. Vagovagal syncope</p> <p>เกิดในรายที่เครียด ปวด หรือขยายปาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำนอนยกขาสูง

<p>มดลูกด้วยเครื่องมือ จะมีความดันโลหิตต่ำ และหัวใจเต้นช้า</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ถ้าไม่ดีขึ้น ให้สารน้ำ ฉีดยา atropine 0.5 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ ให้ยาแก้ อาเจียน
--	--

สรุป

การทำแท้งที่ปลอดภัยจะช่วยป้องกันหรือลดการบาดเจ็บ ภาวะทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ลงได้ วิธีทำแท้งสามารถเลือกได้ว่าจะใช้ยาหรือทำหัตถการ ขึ้นกับอายุครรภ์ ความเชี่ยวชาญของแพทย์และความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ โดยทั้ง 2 วิธีมีประสิทธิภาพสูงใกล้เคียงกัน มีข้อดี ข้อเสียและภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน การทำแท้งในช่วงอายุครรภ์น้อยจะทำได้ง่ายและมีความเสี่ยงต่ำกว่า ควรแนะนำวิธีคุมกำเนิดตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการทำแท้งและควรให้การดูแลด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Grimes D, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua F, Shah I. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368(9550): 1908-19.
2. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates for the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. WHO, Geneva, 2011.
3. Dastgiri S, Yoosefian M, Garjani M, Kalankesh LR. Induced Abortion: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mater Sociomed.* 2017 Mar;29(1):58-67.
4. จำนวนการทำแท้งในประเทศไทย. สถิติและสถานการณ์การแท้งในประเทศไทย. Available from: <http://www.womenhealth.or.th/home-facts-aboriton.html>. (accessed May 9, 2023).
5. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2022> (accessed May 9, 2023).
6. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ ๒๘) พ.ศ. ๒๕๖๔. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนที่ ๑๐ ก ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔.
7. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol* 2012;119(2 Pt 1):215e9.
8. Best practice in abortion care. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. March 2020;p. 1.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM, editors. *Williams Obstetrics*. 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022. p. 198, 208, 213.
10. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. Available from: <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-64-027.pdf>. (accessed on Mar 2, 2023).
11. First Trimester Abortion. Pocket Book for Health Care Providers. World Health Organization, South-East Asian Region. 2022. p.30-8, 40-2, 45-6, 51-8, 62-78.
12. Best practice in abortion care. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. March 2022. P 6, 7, 9.

13. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane database of systematic reviews*. 2004(1).
14. Blum J, Raghavan S, Dabash R, Ngoc N, Chelli H, Hajri S, et al. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;118(2):166-71.
15. Munsick RA. Clinical test for placenta in 300 consecutive menstrual aspirations. *Obstet Gynecol* 1982;60:738–41.
16. Abortion care guideline. World Health Organization 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. (accessed on May 11, 2023).
17. Costescu D, Guilbert É. No. 360-Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40(6):750-83.
18. Medical management of abortion. World Health Organization 2018. p.xi.

.....