



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยสังฆจร

ครั้งที่ 2/2568

วันจันทร์ที่ 18 สิงหาคม 2568
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ. นนทบุรี

Risk of Adverse Outcomes/Events

- **Communication breakdowns**
- **Diagnostic errors**
- **Medication errors**
- **Surgical errors**
- **Healthcare-associated infections**
- **Medical equipment failures**
- **System flaws & inadequate processes**
- **Human error**

“ To err is human ” Concept in Healthcare

- **Accept human imperfection, it is natural.**
- **Errors usually happen due to imperfect systems,**
NOT personal negligence or incompetence.
- **Creat safer systems to minimize errors.**
- **Focus on solutions, not blame.**

The 4 Elements of Medical Malpractice



**Duty
of Care**

บุคคลมีหน้าที่ของ
แพทย์ต่อผู้ป่วย



**Dereliction /
Breach of Duty**

กระทำความผิดมาตรฐานวิชาชีพ



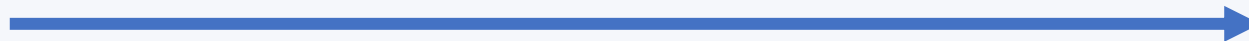
**Direct
Causation**

การกระทำเป็นเหตุทำให้
เกิดความเสียหายได้



Damage

มีความเสียหาย
เกิดขึ้นกับผู้ป่วย



แพทยสภากับการพิจารณาคดีด้านจริยธรรม

- **รับเรื่องร้องเรียน:**

เมื่อมีการร้องเรียนแพทย์เรื่องจริยธรรม เลขาธิการจะรับเรื่องและส่งต่อให้คณะอนุกรรมการจริยธรรมพิจารณา

- **กลั่นกรองเบื้องต้น:**

คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาว่าคำร้องเรียนมีมูลหรือไม่ โดยแสวงหาข้อเท็จจริงและรวบรวมหลักฐานเบื้องต้น.

- **สอบสวนข้อเท็จจริง:**

ถ้าเห็นว่าคำร้องเรียนมีมูล จะส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนเพิ่มเติม

- **ประชุมและรายงาน:**

เมื่อสอบสวนข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานแล้ว จะประชุมพิจารณาผลและเสนอรายงานต่อคณะกรรมการแพทยสภา.

- **วินิจฉัยและลงโทษ:**

หากพบว่าการกระทำผิดจริยธรรมจริง แพทยสภาสามารถสั่งลงโทษ เช่น ตักเตือน ภาคทัณฑ์ หรือพักใช้ใบอนุญาต.

การพิจารณาประเด็นจริยธรรม

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

องค์คณะที่พิจารณา

1. ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในทุกอนุสาขา
2. ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาหรือได้รับผลประโยชน์ใดๆ จากคู่กรณี
3. ให้ความเห็นโดย**พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับจากแพทยสภาเท่านั้น** โดยคำนึงถึงความถูกต้อง และแนวทางที่เหมาะสมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ตัวอย่างคำถามจากคณะกรรมการจริยธรรมแพทยสภา

คำถาม กระบวนการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยรายนี้ของแพทย์ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานทางวิชาการหรือไม่ เพราะเหตุใด และมีขั้นตอนใดไม่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์หรือไม่ อย่างไร

คำถาม การทำหัตถการ/การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์หรือไม่ อย่างไร

คำถาม ตามคำร้องในกรณีนี้ ก่อนการทำหัตถการแก่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ.....ก่อนหรือไม่ เพราะเหตุใด และหลังการทำหัตถการดังกล่าวผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ...หรือไม่ เพราะเหตุใด

คำถาม ความเห็นอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการพิจารณา

ตัวอย่าง คำถามจากคณะกรรมการจริยธรรมแพทยสภา

คำถาม การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาดังต่อไปนี้ของ นายแพทย์/แพทย์หญิง (ผู้ถูกร้อง) ถือว่าเป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม **ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัด ตามภาวะวิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ หรือไม่ อย่างไร พร้อมเหตุผลประกอบ**

มีขั้นตอนใดไม่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

การตรวจการวินิจฉัยและการให้การดูแลรักษา

ขั้นตอนและกระบวนการทำหัตถการ

การตรวจติดตามอาการ และการให้การดูแลรักษาภายหลังทำหัตถการ จนกลับบ้าน

ตัวอย่างคำถามจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมแพทยสภา

คำถาม กระบวนการ(ดูแลรักษา)เป็นหน้าที่ของบุคคลใด ในกรณีแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการ แพทย์ยังคงมีหน้าที่ตรวจติดตามภายหลังการหัตถการดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยมีข้อกำหนดแนวทางปฏิบัติงานในกรณีเช่นนี้หรือไม่

คำถาม แพทย์ให้การรักษาถูกต้องตามหลักวิชาการหรือไม่ อย่างไร และถูกต้องตามมาตรฐานหลักวิชาสุติศาสตร์หรือไม่ อย่างไร

ตัวอย่างคำถามจากคณะกรรมการจริยธรรมแพทยสภา

คำถาม ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยรายนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการให้การดูแลรักษา
ของนายแพทย์/แพทย์หญิง ...(ผู้ถูกร้อง) หรือไม่อย่างไร

คำถาม ขณะผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล.....ในช่วงวันที่.....
ถึงวันที่มีข้อบ่งชี้หรือความจำเป็นต้องได้รับการ ทำหัตถการ/การผ่าตัดคลอด
หรือไม่ เพราะเหตุใด การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการการทำหัตถการ/การผ่าตัดคลอดที่
โรงพยาบาลในช่วงเวลาดังกล่าว **ถูกต้องเหมาะสมตามภาวะวิสัย และพฤติการณ์
ในขณะนั้นหรือไม่ เพราะเหตุผลใด**

ตัวอย่างคำถามจากคณะกรรมการจริยธรรมแพทยสภา

คำถาม ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการทำหัตถการ/ผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่.....
ภายหลังการทำหัตถการ/ผ่าตัดคลอดพบว่า การรกละเมิดชีวิต
(Adverse outcomes) โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีมดลูกแตก
ภาวะดังกล่าวน่าจะเกิดจากสาเหตุใด การให้ยา..... ขนาด/route/ความถี่/ระยะ
เวลานาน ในหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์.....สัปดาห์ เป็นสาเหตุให้เกิดมดลูกแตก
ได้หรือไม่ เพราะเหตุใด

ตัวอย่างคำถามจากคณะกรรมการจริยธรรมแพทยสภา

คำถาม กระบวนการดูแลรักษาของสูติแพทย์โรงพยาบาล.... ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่ อย่างไร

คำถาม การคลอดบุตรมีมาตรฐานในการรักษาพยาบาลหรือการปฏิบัติงานสูติกรรมในระยะคลอดอย่างไร มีหลักเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ใดหรือไม่ ที่แพทย์จะพิจารณาช่วยคลอดด้วยการผ่าคลอดแทนการคลอดธรรมชาติหรือคลอดผ่านทางช่องคลอด

คำถาม กรณีของผู้ป่วยถือว่าข้อบ่งชี้ที่จะต้องทำการผ่าคลอด/หัตถการทันทีหรือไม่ อย่างไร

คำถาม โดยทั่วไปแล้วการตรวจอัลตราซาวด์ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์มีความคลาดเคลื่อนจากน้ำหนักจริงของการรกแรกคลอดมากน้อยเพียงใด และภาวะทารกไหล่ติดในขณะคลอดถือเป็นความเสี่ยงที่สูติแพทย์สามารถคาดการณ์ได้จากการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อประเมินขนาดหรือน้ำหนักตัวของทารกในครรภ์ หรือไม่ หรือถือเป็นเหตุสุดวิสัยในทางการแพทย์

แนวทางในการป้องกันการร้องเรียนจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมและการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์

- **การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention):**

สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลครบถ้วน ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางเวชปฏิบัติทางการแพทย์ การยึดมั่นในจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ประพฤติตนให้เหมาะสมแก่วิชาชีพ มีคุณธรรมจริยธรรม ปฏิบัติตามข้อบังคับและประกาศแพทยสภาอย่างเคร่งครัด สะสมความไว้วางใจ และเสริมสร้างความสามารถ (competent)) มีการบูรณาการดูแลด้วยสหวิชาชีพ การสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ

- **การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention):**

เมื่อเกิดปัญหาหรือเกิดผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ไม่พึงประสงค์ ให้สื่อสารอย่างโปร่งใส แก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม มีการบันทึกเวชระเบียนอย่างละเอียดและถูกต้อง

- **การป้องกันแบบตติยภูมิ (Tertiary prevention):**

หากถูกร้องเรียนจริยธรรมผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาหรือเข้าสู่กระบวนการฟ้องคดี ให้ความร่วมมือกับกระบวนการยุติธรรมหรือการสอบสวนจริยธรรม เตรียมการเรื่องคำชี้แจงเป็นขั้นตอนโดยใช้ข้อมูลหลักฐานที่ถูกต้องทางวิชาการแพทย์หรือมาตรฐานวิชาชีพต่อคณะกรรมการจริยธรรม แพทยสภา นอกจากนี้ต้องทบทวน (root-cause analysis) และปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันเหตุซ้ำ

Lesson Learn from Interesting Case

- **Ovarian tumor → Laparoscopic Surgery → Struma ovarii**
- **Maternal ICH → Early preterm → Maternal and fetal death**
- **Down syndrome → TOP with Misoprostol → Uterine rupture**

TOP=Termination of Pregnancy

กรณี 1

1. Age 25 years old
2. Dysmenorrhea + Thyroid nodule + Hyperthyroidism
3. Abdominal mass 20-week size
4. Laparoscopic surgery
5. Huge right ovarian tumor 30 cm, brownish fluid 2500 ml with solid part
6. Surgery: Laparoscopic right SO with lysis adhesion with electrocauterization of endometriosis
7. Patho: **Struma Ovarii**+ with adenomatous hyperplasia and oncocytic change

กรณีที่ 2

1. ผู้ป่วยหญิงอายุ 32 ปี ชักเกร็ง หดสติไม่รู้ตัว 4 ชม.ก่อนมาโรงพยาบาล
2. PE: BP 137/94 mmHg, E1V1M1 และ on ETT refer ไปยังโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา
3. CT scan: Lt. ventricular hemorrhage with cerebral edema
4. TAS bedside wu SVF, GA 29 week by US (EDC 17/08/2568)
5. Diagnosis: Pregnancy 29 weeks, Ventricular hemorrhage with cerebral edema with hypertensive crisis
6. Advice ญาติว่าเด็กในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่โอกาสรอด 50/50
7. ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตพร้อมทารกในครรภ์

กรณี 3

1. Age 21 years old, BMI 19.53 kg/m²
2. G2P1 (P/s, 2.6/12 Yrs) GA 21⁺⁶ weeks; with fetal Down syndrome
3. Hct 29.5%
4. Admit GYN for termination of pregnancy

5.1 11/06/2568 11.00 u.

Cytotec 2 tab intra-Vagina q 6 hr + PRC 1 unit

5.2 12/06/2568 08.52 u. >>เลือดออกเล็กน้อย ไม่ปวดท้อง PV Cx 1 cm

Cytotec 2 tab intra-Vagina q 4 hr+ Pethidine

กรณี 3 (cont)

G2P1 (P/s, 2.6/12 Yrs) GA 21⁶ weeks; with fetal Down syndrome

5.3 12/06/2568 18.00 u. >>ไม่มีเลือดออก PV Cx 1 cm

Add Cytotec 2 tab SL q 4 hr + Vg 2 tab

5.4 12/06/2568 22.45 u. >>ปวดท้องมากขึ้น PV Cx 1 cm

Cytotec 2 tab SL + 2 tab Vg

5.5 13/06/2568 02.00 u. >> No record

Cytotec 2 tab SL + 2 tab Vg

****Cytotec total 24 doses**

5.6 13/06/2568 06.20 u.-07.57 u. >> มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ปวดท้องไม่มาก BP drop mmHg PR Increased

5.7 13/06/2568 08.30u. Set Explor Lap ;start operation 09.55 u.

Management of Adnexal Mass and Ovarian Cancer



Management of Adnexal Mass

- **ลักษณะทางคลินิก**
 - ❖ อายุ และ menopausal status
 - ❖ อาการหรือความผิดปกติบางอย่าง
 - ❖ การตรวจร่างกายและการตรวจภายใน
- **Ultrasound-Based Prediction Systems**
 - ❖ IOTA Simple Rules & ADNEX Model, O-RADS
- **Tumor markers**

MIGS/Laparoscopy for Ovarian Tumors

- **Benefits**
 - ❖ Increasingly used instead of open surgery (laparotomy)
 - ❖ Reduced blood loss, faster recovery, fewer complications
- **Limitations & Considerations**
 - ❖ Not suitable for all cases (large tumors, widespread disease, or need for full staging)
 - ❖ Tumor size >10 cm, prior surgery, and health issues may restrict laparoscopy
 - ❖ Risk: capsule rupture and tumor cell spillage (malignant/borderline cases)
 - ❖ Requires surgeon experience and hospital resources for best outcomes

Struma Ovarii

- **Rare ovarian tumor → *monodermal teratoma with >50% thyroid tissue***
- **Incidence: 0.3%–1% of ovarian tumors, 2%–4% of ovarian teratomas**
- **Mostly benign, but 5–10% risk of malignant transformation**
 - ❖ **Usually to papillary or follicular thyroid carcinoma**

Termination of Pregnancy

ในไตรมาสที่สอง ในสตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดทำคลอดมาก่อน



CPG ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

การทำแท้ง

Induced abortion

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การทำแท้ง

RTCOG Clinical Practice Guideline

Induced Abortion



เอกสารหมายเลข OB 66-031

จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567

วันที่อนุมัติฉบับ 16 มิถุนายน 2566

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัติไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาพของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้ไม่ได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

CPG ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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 สอดทางช่องคลอดจะมี ประสิทธิภาพดีกว่า

CPG ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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 ช่วงที่เจาะถุงน้ำคร่ำหรือดูดชิ้นเนื้อเพิ่มหลังจากการทำ D&E
- ให้การระงับปวดด้วยการทำ paracervical block ร่วมกับยากลุ่ม sedation หรือให้ยา propofol ร่วมกับ fentanyl⁽¹²⁾
- ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (prophylaxis antibiotic) เช่น doxycycline, metronidazole หรือ beta-lactams
- เมื่อปากมดลูกเปิดขยายดีแล้ว ให้เจาะดูดน้ำคร่ำออกก่อน แล้วคีบทารกและรกออกมาโดยใช้ long grasping forceps
- ตรวจสอบชิ้นเนื้อที่คีบออกมาได้ทั้งหมด อาจจะส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
- ถ้าต้องการใส่ห่วงอนามัย สามารถทำได้ทันที

What

CLINICAL SERVICES Recommendation 18 (NEW): Cervical priming prior to surgical abortion (MVA or D&E) at ≥ 12 weeks of gestation

Prior to surgical abortion at later gestational ages:

- a. For surgical abortion at ≥ 12 weeks: **Suggest** cervical priming prior to the procedure.
- b. For surgical abortion between 12 and 19 weeks: **Suggest** cervical priming with medication alone (a combination of mifepristone plus misoprostol is preferred) or with an osmotic dilator plus medication (mifepristone, misoprostol, or a combination of both).
- c. For surgical abortion between 12 and 19 weeks, when using an osmotic dilator for cervical priming: **Suggest** that the period between osmotic dilator placement and the procedure should not extend beyond two days.
- d. For surgical abortion at ≥ 19 weeks: **Recommend** cervical priming with an osmotic dilator plus medication (mifepristone, misoprostol, or a combination of both).

Remark:

- There was limited evidence for cervical priming for gestational ages between 12 and 14 weeks and therefore health workers should use clinical judgement to decide on the most convenient method for cervical priming prior to vacuum aspiration for this gestational age range.

Note: These are new recommendations and they replace Recommendations 8.1 and 8.2 in WHO (2012) (19), which were for D&E after 14 weeks; these new recommendations now include information on methods/regimens for cervical priming at different gestational age ranges.

CPG ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

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

CLINICAL SERVICES Recommendation 29: Medical management of induced abortion at gestational ages ≥ 12 weeks

For medical abortion at ≥ 12 weeks:

- a. **Suggest** the use of 200 mg mifepristone administered orally, followed 1–2 days later by repeat doses of 400 μg misoprostol administered buccally, sublingually or vaginally every 3 hours.*[‡] The minimum recommended interval between use of mifepristone and misoprostol is 24 hours.
- b. When using misoprostol alone: **Suggest** the use of repeat doses of 400 μg misoprostol administered vaginally, sublingually or buccally every 3 hours.*[‡]

Remarks:

- The combination regimen (Recommendation 29a) is more effective than use of misoprostol alone.
- Evidence suggests that the vaginal route is the most effective. Consideration for patient and provider preference suggests the inclusion of all routes.
- Pregnancy tissue should be treated in the same way as other biological material unless the individual expresses a desire for it to be managed otherwise.

* Misoprostol can be repeated at the noted interval as needed to achieve success of the abortion process. Providers should use caution and clinical judgement to decide the maximum number of doses of misoprostol in pregnant individuals with a prior uterine incision. Uterine rupture is a rare complication; clinical judgement and health system preparedness for emergency management of uterine rupture must be considered with later gestational age.

[‡] The dose of misoprostol should be reduced for induced abortion beyond 24 weeks due to limited data. Clinical judgement should be used to determine the appropriate dosage, recognizing the greater sensitivity of the uterus to prostaglandins.

CPG ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

การทำหัตถการอื่น ๆ⁽⁹⁾

กรณีที่ตรวจพบมีภาวะรกเกาะลึกหรือรกเกาะต่ำร่วมด้วย ให้พิจารณาตัดมดลูก (hysterectomy) เพื่อลดความเสี่ยงของการเสียเลือดมากจากการทำแท้งโดยวิธีอื่น

กรณีที่ทำแท้งในไตรมาสที่สองโดยการใส่ยาไม่สำเร็จ ให้พิจารณาทำผ่าตัดเปิดมดลูกเพื่อเอาทารกและรกออก (hysterotomy)

6. มดลูกแตก พบบ่อยในการทำแท้งช่วงไตรมาสที่สอง โดยการใส่ยา อุบัติการณ์ร้อยละ 0.04 แต่จะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 0.4 ในรายที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน 1 ครั้ง	• ให้สารน้ำ เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด • เย็บซ่อมแซมหรือตัดมดลูก ขึ้นกับความรุนแรงและตำแหน่งของการแตก
---	--

สรุป CPG ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

๑.๓ ช่วงอายุครรภ์ มากกว่า ๑๒-๒๔ สัปดาห์

รับประทานยา mifepristone ๒๐๐ มิลลิกรัม จากนั้น ๓๘-๔๘ ชั่วโมง รับประทาน misoprostol ๘๐๐ ไมโครกรัม (๒๐๐ ไมโครกรัม จำนวน ๔ เม็ด) สอดเข้าช่องคลอดถ้ายังไม่แท้งให้ใช้ misoprostol 400 ไมโครกรัม (200 ไมโครกรัม จำนวน 2 เม็ด) ใหม้ได้ลิ้น หรืออมในกระพุ้งแก้มหรือสอดเข้าช่องคลอดทุก 3 ชั่วโมง จนกว่าจะแท้ง โดยใช้ยาได้อีกไม่เกิน 5 ครั้ง

ในกรณีที่ไมแท้งให้ส่งต่อให้สูตินรีแพทย์

ตารางสรุปแนวทางในการใช้ยายุติการตั้งครรภ์

อายุครรภ์น้อยกว่า ๙ สัปดาห์	อายุครรภ์ ๙-๑๒ สัปดาห์	อายุครรภ์มากกว่า ๑๒-๒๔ สัปดาห์
๑. กิน mifepristone ๒๐๐ มก. ๒. รอ ๒๔-๔๘ ชั่วโมง ๓. misoprostol ๔ เม็ด ใหม้ได้ลิ้น หรืออมในกระพุ้งแก้มหรือสอดเข้า ช่องคลอดครั้งเดียว	๑. กิน mifepristone ๒๐๐ มก. ๒. รอ ๓๖-๔๘ ชั่วโมง ๓. misoprostol ๔ เม็ด สอดเข้า ช่องคลอด	๑. กิน mifepristone ๒๐๐ มก. ๒. รอ ๓๖-๔๘ ชั่วโมง ๓. misoprostol ๔ เม็ด สอดเข้าช่อง คลอด
	๔. ตามด้วย misoprostol ๒ เม็ด ใหม้ได้ลิ้น หรือสอดเข้าช่องคลอด ทุก ๓ ชั่วโมง ไม่เกิน ๕ ครั้ง	๔. ตามด้วย misoprostol ๒ เม็ด ใหม้ ได้ลิ้น หรือสอดเข้าช่องคลอด ทุก ๓ ชั่วโมง ไม่เกิน ๕ ครั้ง

SYSTEMATIC REVIEW OPEN ACCESS

Induced Abortion After Previous Caesarean Section: A Scoping Review

Natalie Drever^{1,2}  | Vinay Gangathimmaiah^{3,4} | Brittany van Der Lugt² | Cecelia O'Brien^{3,5} | Catriona Melville⁶ | Kirsten Black⁷  | Caroline de Costa⁸ 

¹College of Medicine and Dentistry, James Cook University, Cairns, Queensland, Australia | ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Cairns Hospital, Cairns, Queensland, Australia | ³College of Medicine and Dentistry, James Cook University, Townsville, Queensland, Australia | ⁴Department of Emergency Medicine, Townsville University Hospital, Townsville, Queensland, Australia | ⁵Department of Obstetrics and Gynaecology, Townsville University Hospital, Townsville, Queensland, Australia | ⁶Department of Obstetrics and Gynaecology, Logan Hospital, Metro South Hospital and Health Service, Meadowbrook, Queensland, Australia | ⁷Department of Obstetrics, Gynaecology and Neonatology, School of Medicine, University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia | ⁸The Cairns Institute, James Cook University, Cairns, Queensland, Australia

Correspondence: Natalie Drever (natalie.drever@jcu.edu.au)

Received: 9 October 2024 | **Revised:** 22 January 2025 | **Accepted:** 10 February 2025

Keywords: abortion | accreta | caesarean section | review | termination of pregnancy

ABSTRACT

Background: Previous caesarean section (CS) is increasingly common among women undergoing induced abortion.

Aims: To map and analyse existing literature on abortion safety, outcomes and management in those with previous CS.

Materials and Methods: Four databases were systematically searched from inception to July 2024. Primary human studies in English reporting on outcomes, safety or management of first- or second-trimester medical (MToP) or surgical (SToP) abortion in women with previous CS were included. Uterine rupture incidence was analysed cumulatively in the first and second trimesters by the number of CS and the type of prostaglandin used. Data on the efficacy and safety of MToP and SToP, including studies reporting on the management of abortion in the setting of abnormal placentation, were collected and analysed by theme.

Results: In total, 164 articles met inclusion criteria. Incidence of uterine rupture in first-trimester MToP was 0 of 2194 cases, in second-trimester misoprostol MToP in those with 1 previous CS was 0.5% (10/1910) and 2.2% (18/835) in women with ≥ 2 CS ($p < 0.001$). Mifepristone priming did not increase the rupture rate in second-trimester MToP ($p = 0.77$). Previous CS was a modest risk factor for retained products after MToP across both trimesters (OR 1.48, CI 1.29–1.70).

Conclusion: Medical and surgical abortion in the first and second trimester appears safe in women with prior CS; however, risks include uterine rupture, need for surgical intervention and haemorrhage from undiagnosed placenta accreta. Further research and guidance are needed on managing abortion after previous classical CS, ≥ 3 previous CS and those with abnormally invasive placenta.

Outcomes of Pregnancy Termination by Misoprostol at 14-32 Weeks of Gestation: A 10-Year-Experience

Saipin Pongsatha MD*,
Theera Tongsong MD*

**Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand*

Objective: To review outcomes of pregnancy termination between 14-32 weeks of gestation based on a 10-year-experience of misoprostol use at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

Study design: A retrospective, descriptive study

Material and Method: Based on the authors' prospective database, all pregnancy terminations by misoprostol between 14-32 weeks of gestation between 1998 and 2008 were reviewed. The main outcomes included success rate of termination, mean induction-to-abortion time, and complication rate. In addition, regimens and routes of drug administration as well as indications for termination of pregnancy were also analyzed.

Results: Seven hundred forty one pregnancy terminations were performed using misoprostol with dosage varied from 50 mcg to 800 mcg, mostly 400 mcg intravagina every three hours. The most common indication for pregnancy termination was severe fetal thalassemia (35.8%). The majority of cases were pregnancies with live fetuses and only 18.2% were associated with a dead fetus in utero. Success rate of termination within 48 hours was 85.9%. Pregnancies with previous cesarean section accounted for 8.6% of cases. The mean gestational age was 20.94 weeks. The mean abortion time was 25.35 hours, ranging from 1.25 to 247.88 hours. The two most common adverse effects were chill and fever (43.7% and 34.3%). The rate of analgesia needed was 39.3%. No serious adverse complications such as uterine rupture were found.

Conclusion: This experience suggests that misoprostol has a high efficacy for pregnancy termination with acceptable minor side effects and it is relatively safe when used with precaution.

Keywords: Misoprostol, Pregnancy termination, Abortion time

J Med Assoc Thai 2011; 94 (8): 897-901

Full text. e-Journal: <http://www.mat.or.th/journal>

Termination of Pregnancy

ในไตรมาสที่สอง ในสตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดท้องทำคลอดมาก่อน

1. เป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษา (therapeutic abortion)
2. การให้คำปรึกษาและการประเมินก่อนการยุติการตั้งครรภ์
3. วิธีการเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

เคยผ่าตัดคลอด/previous uterine scar :ทำได้ทั้งการให้ยา และการทำหัตถการ

4. ความเสี่ยง
5. มาตรการดูแลระหว่างกระบวนการ
6. การดูแลรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน
7. การสื่อสารและการเยียวยา
8. การบันทึกเวชระเบียนและการถอดบทเรียน

Thank You