

1-1-1981

การทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ในช่วง mid-trimester และแท้งค้างด้วยน้ำยายูเรีย เข้มข้นและน้ำเกลือเข้มข้น

กอบจิตต์ ลิ้มขยยอม

จิรวุฒิ ศุภกิจฉานกุล

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

ลิ้มขยยอม, กอบจิตต์ and ศุภกิจฉานกุล, จิรวุฒิ (1981) "การทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ในช่วง mid-trimester และแท้งค้างด้วยน้ำยา
ยูเรียเข้มข้นและน้ำเกลือเข้มข้น," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 25: Iss. 1, Article 6.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol25/iss1/6>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ในช่วง mid-trimester และ แท้งค้างด้วยน้ำยาเย็บเข้มน้ำและน้ำเกลือเข้มน้ำ

กอบจิตต์ ลิมปพยอม*

ธีรวิมล สุภัสสญาณกุล**

A preliminary study of the therapeutic mid-trimester and missed abortions employing intra-amniotic instillations of hyperosmolar urea in 3 patients and hypertonic saline solutions in 3 patients is reported Both methods were augmented by intravenous oxytocin, The result obtained in this group, did suggest the simplicity, reliability and tolerability of the hyperosmolar urea in high-risk patients.

การทำแท้งเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ยังใช้กันมาก จากการสำรวจในประเทศต่างๆ ทั่วโลกวิธีนี้ได้รับความนิยมจากแพทย์มากเป็นอันดับที่สามารถลงมาจากการผ่าตัดทำหมัน และการกินยาคุมกำเนิด⁽¹⁾ โดยทั่วไปการทำแท้งในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ (first trimester) ปลอดภัยและผลแน่นอนกว่าการทำ

แท้งในช่วงสัปดาห์ที่ 13 ถึง 24 (mid-trimester) มากถึง 3-4 เท่า ในหลายประเทศที่มีการอนุญาตให้ทำแท้งกันอย่างเสรีแล้ว ก็ยังมีสตรีตั้งครรภ์เข้าช่วง mid-trimester มีปัญหาที่ต้องให้แพทย์ทำแท้งให้ยู่เสมอๆ ซึ่งนิยมทำแท้งในช่วงของ mid-trimester เมื่อมดลูกโตมากชัดเจนแล้ว (ประมาณในสัปดาห์ที่ 16 ถึง

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** แพทย์ประจำบ้าน สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

22 สัปดาห์) และวิธีการทำแท้งที่นิยมกันมาก ได้แก่ การใช้ยาแกลือเคมีซัน, ยาโปรสตา- แกลนดิน หรือน้ำยายูเรียเคมีซัน ปลอดภัย กว่าวิธีใช้น้ำแกลือเคมีซัน และอาการแทรกซ้อน ทางระบบทางเดินอาหารน้อยกว่าวิธีใช้โปรสตา- แกลนดิน^(4,5,6,8,10,11,12) สำหรับในประเทศไทย เราทำแท้งให้เฉพาะรายที่มีข้อชี้บ่งทาง แพทย์พอเพียง ตามความเห็นของแพทย์ผู้รักษา แล้วเท่านั้น (therapeutic abortion) และบาง รายที่มีข้อบ่งชี้ว่าต้องทำแท้งแน่ๆ เช่น แท้ง ค้าง (missed abortion) วัตถุประสงค์ของราย งานนี้ เพื่อเสนอประสบการณ์เบื้องต้นในการ ทำแท้งช่วง mid-trimester และแท้งค้างในผู้ บ่วยที่มีโรคประจำตัวด้วยวิธีฉีดยาน้ำยายูเรียเคมี- ซันเปรียบเทียบกับวิธีฉีดยาน้ำแกลือเคมีซันเข้าถุง น้ำคร่ำเสริมด้วยยาออกซิโทซิน ในภาควิชา สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยและวิธีการ

ในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคมถึงสิงหาคม 2523 มีผู้ป่วยตั้งครรภ์ในช่วง mid-trimester และมีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติ- กรรม จนแพทย์ผู้รักษาพิจารณาอย่างรอบคอบ แล้วเห็นว่าสมควรทำแท้งให้รับไว้ในแผนกผู้ บ่วยในภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะ

แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวม 6 ราย ผู้ป่วยที่มีอาการทั่วไป เพื่อยามาก หรือมีอาการหัวใจวาย (เลขที่ #1, #2) โดย เฉพาะผู้ป่วย # 1 ต้องกินยาสเตอรอยด์อยู่ เลือกใช้วิธีฉีดยาน้ำยายูเรียเคมีซัน (ยูเรีย 80 กรัม ผสมกับน้ำตาลเด็กโทรส 5 % ผสมน้ำทำเป็น สารละลาย 150 ลบ.ซม.) ส่วนผู้ป่วยหัด เยอร์มัน (rubella) สองราย (เลขที่ # 3 และ # 6) ซึ่งสุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี สุ่มใช้วิธี รักษาด้วยการใช้น้ำยายูเรียเคมีซันหรือน้ำแกลือ เคมีซัน (น้ำแกลือเคมีซัน 20 % จำนวน 100-120 ลบ.ซม.) ส่วนผู้ป่วยแท้งค้างสองราย (เลข ที่ # 4, # 5) สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี ในทุก รายจะให้ออกซิโทซิน 20 หน่วยผสมน้ำตาล กลูโคส 5% 1000 ลบ.ซม. เข้าหลอดเลือดดำ ไปพร้อมๆ กันเพื่อเสริมให้มีการแท้งเร็วขึ้น (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการซัก ถามประวัติและตรวจร่างกายระบบทั่วไปและ ทางสูติศาสตร์นรีเวชวิทยาอย่างละเอียดทั้งก่อน และหลังการทำแท้งทุกราย และบันทึกไว้โดย เฉพาะอย่างยิ่งผลการตรวจภายในระบบสืบพันธุ์ สตรี ต้องตรวจและบันทึกไว้อย่างละเอียด ใน รายสงสัยแท้งค้างได้ส่งทำการตรวจด้วย ultra- sonography ด้วย ผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิดจะ ได้รับคำอธิบายจากแพทย์เกี่ยวกับข้อชี้บ่ง และ และวิธีการทำแท้งในรายนั้นๆ ก่อนเสมอ

วิธีการทำแท้งโดยฉีดน้ำยาเข้าถุงน้ำคร่ำทางหน้าท้องทุกรายทำเหมือนกันหมด (รูปที่ 1) และอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ผู้รักษาใกล้ชิด และมีวิธีป้องกันการติดเชื้ออย่างเต็มที่ การทำแท้งวิธีนี้ทำในหอพักผู้ป่วย ทุกรายหลังทำแท้งแล้วถ้าแพทย์ผู้รักษาไม่แน่ใจว่ารกออกหมด จะทำการขูดมดลูก (dilatation and curettage) ให้

ผู้ป่วยสตรีทั้ง 6 รายนี้ไม่เคยได้รับการผ่าตัดหรือทำแท้งมาก่อน และไม่มีควมผิดปกติด้านการแข็งตัวของเลือด

ผล

ผู้ป่วยชุดนี้ทุกรายได้รับการทำแท้งได้ผลดี ไม่ว่าจะโดยวิธีฉีดน้ำยาเซมซันหรือน้ำเกลือเซมซันผสมกับให้ยาบีบมดลูกเข้าหลอดดำ และปฏิบัติการทำแท้งได้อย่างสมบูรณ์ถูกต้อง (ตารางที่ 1) ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแท้ง (induction - abortion time) ของกลุ่มที่ใช้ยูเรีย ค่าเฉลี่ยคือ 35 ชั่วโมง 59 นาที ส่วนของกลุ่มที่ใช้น้ำเกลือเซมซันคือ 26 ชั่วโมง 58 นาที ผู้ป่วยรายเลขที่ #4 ที่ใช้ฉีดน้ำเกลือเซมซัน เกิดมีอาการแทรกซ้อนระหว่างการทำแท้งมีอาการปวดหัวมาก หนาวสั่น และความดันโลหิตขึ้นสูง หลังจากเริ่มทำแท้งไปได้ราว 5

นาที ให้การรักษาโดยให้น้ำตาลกลูโคส 5% ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเร็วขึ้น ให้ยาขับปัสสาวะและยาแก้ลมประสาท อาการก็ดีขึ้นในเวลาอันสั้น

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย ที่ได้รับการทำแท้งที่ได้รายงานนี้ล้วนเป็นผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุกรรมหรือสูติกรรม และรับการทำให้แท้งหลังจากแพทย์ผู้รักษาได้พิจารณาอย่างรอบคอบแล้วว่ามีข้อบ่งชี้ทางแพทย์สมบูรณ์พอหรือเป็นแท้งค้าง การแบ่งกลุ่มรักษาผู้ป่วยในรายงานเบื้องต้นนี้ผู้ป่วยอาการหนักใช้ยูเรีย ส่วนผู้ป่วยที่สมบูรณ์กว่า ใช้น้ำเกลือเซมซันจำนวนของผู้ป่วยถึงแม้ยังน้อย แต่ผลการรักษาได้แสดงให้เห็นแนวโน้มที่น่าสนใจ ในแง่ประโยชน์ของยูเรียในการช่วยทำแท้งให้ผู้ป่วยอาการหนักที่มีความจำเป็นต้องทำแท้ง ผลเบื้องต้นที่ได้นี้น่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านวารสาร ฯ ที่สนใจในการแก้ปัญหาทางแพทยสาขานี้และเป็นแนวการแก้ปัญหาวิธีใหม่ได้

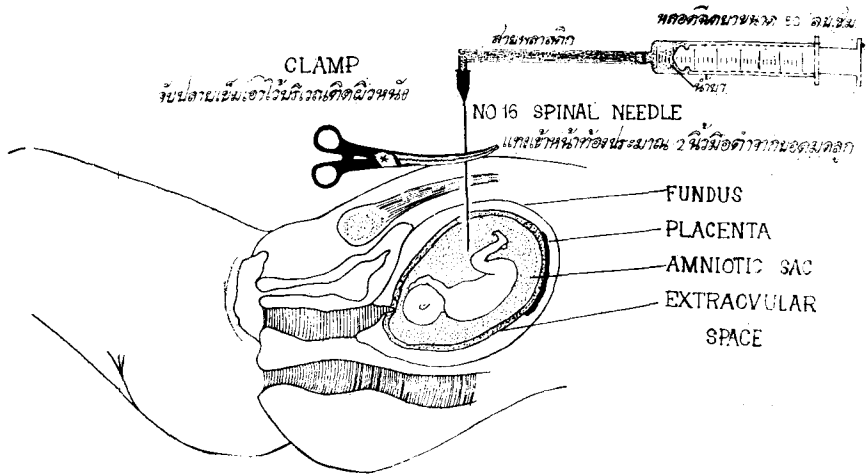
ระยะเวลาการทำแท้งของผู้ป่วย mid-trimester กลุ่มนี้อยู่ใน 48 ชั่วโมง จึงถือได้ว่าเป็นการทำแท้งที่ได้ผลสำเร็จ^(7,11,12) และไม่

มีอาการแทรกซ้อนอย่างรุนแรงแต่ประการใด การฉีดน้ำเกลือเข้มข้นเข้าถุงน้ำคร่ำเคยมีรายงานว่าไปกระตุ้นให้มีการสร้างและหลังโปรสตา- แกลนดินมากขึ้น ทำให้มดลูกหดตัวเร็วและรกสร้าง progesterone น้อยลง ส่วนทารกจะแห้ง น้ำและเสียชีวิตไป ต่อมได้ส่องจะหลังพวก ออกซิโทซินมากขึ้น ผลรวมก็คือ ทารกตาย และมดลูกบีบตัวแรงขับทารกที่ตายแล้วออกมา การให้น้ำเกลือเข้มข้นจำนวนมากๆ อาจมีอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจาก hypernatremia ได้ และอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด จึงไม่เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่หัวใจไม่ดี ไตไม่ดี (2,3,5,8) ซึ่งผู้ป่วยจำพวกนี้แพทย์พิจารณาแล้วว่าถ้าให้ตั้งครรภ์ต่อไป จะทำให้อาการของ มารดาเลวลง ส่วนน้ำยาขยายเข้มข้นที่ฉีดเข้าถุงน้ำคร่ำจะไปมีผลกระทบต่อทารกและรก ลดระ-

ดับ circulating progesterone และรกที่จะหลัง โปรสตาแกลนดินออกมามากขึ้น แล้วทำให้มด ลูกระบีบขับเอาทารกที่ตายออกมา และราคา ของยูเรียถูกกว่า โปรสตาแกลนดินด้วย (5,6,8,9,11) ถ้าใช้ยูเรียเสริมด้วยยาบีบมดลูกออกซิโทซินเข้า หลอดเลือดดำ ทั้งที่คณะของเรารายงานด้วย แล้วนี้ การทำแท้งในช่วง late mid-trimester น่าจะสำเร็จทุกราย

การวิจัยเพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดสำหรับทำแท้ง ในช่วง mid-trimester ยังคงดำเนินต่อไปข้อ- มูลเบื้องต้นที่ได้เสนอ ในรายงานนี้ได้แสดงให้เห็นว่า การทำแท้งด้วยวิธีฉีดน้ำยาขยายเข้มข้น เข้าถุงน้ำคร่ำเพื่อทำแท้ง ผู้ป่วยอาการหนัก ที่มีความจำเป็นต้องหยุดยั้งการตั้งครรภ์ เพราะโรคจะทำให้การตั้งครรภ์เลวลง เป็นวิธีที่ได้ผลดี

รูปที่ 1 การฉีดน้ำยาเข้าสู่มดลูก



รูปที่ 1 วิธีทำแท้งในช่วง mid-trimester โดยการฉีดน้ำยาเข้าสู่มดลูก

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยสตรีที่รับกากรทำแท้งในช่วง mid - trimester

ผู้ป่วย	อายุ (ปี)	ระยะเวลาตั้งครรภ์ (สัปดาห์)	จำนวนบุตรที่แล้ว	โรคที่ร่วมเป็น	วิธีการทำแท้ง	อาการแทรกซ้อนระหว่างทำแท้ง	ให้เลือด (ซี.ซี.)	เวลาที่ใช้ในกากรทำแท้ง (Induction-abortion time) (ชั่วโมง-นาที)
# 1	32	25	2	systemic lupus erythrematasus	ยุติ	-	-	41 - 15
# 2	29	18	4	rheumatic heart disease	ยุติ	-	-	36 - 13
# 3	28	20	4	rubella	ยุติ	-	-	30 - 30
# 4	32	20	1	missed abortion	น้ำเกลือ	headache, hypertension, chill, skin rashes	800	15 - 10
# 5	28	22	3	missed abortion	น้ำเกลือ	fever	400	29 - 13
# 6	32	16	1	rubella	น้ำเกลือ	-	-	36 - 30

อ้างอิง

1. บรรพต บุญศิริ, กอบจิตต์ ลิมปพยอม วิธีที่เหมาะสมสำหรับการทำหมันหญิง, เอกสารประกอบการฝึกอบรมแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, 2528
2. Berger, GS, Edelman, DA, Kerenyi, TD : Oxytocin administration, instillation-to - abortion time, and morbidity associated with saline instillation. Am. J. Obstet gynecol 121 (7) : 941 - 946, 1975.
3. Berger, GS, Kerenyi, TD : Control of morbidity associated with saline abortion. Adv Plann Parenth 9 (3 and 4) : 31 - 17, 1975.
4. Brenner, WE, Edelman, DA : Delatation and evacuation at 13 to 15 weeks gestation versus intra-amniotic saline after 15 weeks gestation Contraception 10 (2) : 171-180, 1974
5. Brenner, WE, Second trimester interruption of pregnancy In Taymor, ML, Green, TH : Progress in Gynecology, Vol 6, New York : Grune and Stratton, 1975, pp 421 - 444.
6. Burkman, RT, Atienza, MF ; Ming, TM ; Burnett, LS : Intra-amniotic urea and prostaglandin $F_2 \alpha$ for midtrimester abortion, a modified regimen. Am. J. Obstet gynecol. 126 : 328, 1976
7. Burkman, RT ; Dubin, NH ; King, TM : The use of hyperosmolar urea for the elective abortion of midtrimester pregnancy. In Zatuchni, GI, et al editors, Pregnancy Termination, Hagerstion, New York : Harper and Row. 1979, pp. 261-267
8. Burnett, LS ; Wentz, AC, King TM : Techniques of pregnancy termination Obstet gynecol Surv, 29 (1 part 2) : 7-42, 1974
9. Creft, I : Induction of midtrimester abortion : intra-amniotic prostaglandins and urea. Contemp Obstet gynecol. 3 (4) : 45-50, 1974
10. Kerenyi, TD ; Den, T : Intra-amniotic instillation of saline and prostaglandins for midtrimester abortion. In Zatuchni, GI et al editors pregnancy Termination. Hagerstovon New York : Harper and Row, 1979, pp 254-260
11. King, TM ; Atienza, MF ; Burkman, RT ; Burnett, LS, Bell, WR : Synergistic activity of intra-amniotic prostaglandin $F_2 \alpha$ and urea in the mid-trimester elective abortion, Am. J. Obstet gynecol 120 (5) : 704-718, 1974
12. Paine, JM ; Kohaut, EC ; Hill, LL : Use of hypertonic urea solution as the method of choice for midtrimester abortion. Obstet gynecol 43 (2) : 259-299, 1974.



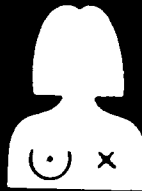
Post-operative



Fractures, sprains,
bone disorders



Burns,
other trauma



Malignancy



Headache



Arthritis,
other joint pain



Muscles,
tendon, bursa



Neurologic,
including neuritis



Postpartum,
other Ob-Gyn pain

developed through
research by Winthrop



- effective
- versatile
- safe

new

Sosegon
Reg. Trade Mark

brand of pentazocine (as hydrochloride)
25 mg tablets
for oral use