

10-1-1978

ยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศ

โอบซาร์ จำเดิมเพด็จศึก

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



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

Recommended Citation

จำเดิมเพด็จศึก, โอบซาร์ (1978) "ยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศ," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 22: Iss. 4, Article 7.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol22/iss4/7>

This Other 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.

ยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศ

ไอฟาร์ จำกัดเมดิคัล*

ผลการศึกษาหลายแห่งในต่างประเทศพบว่าการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศชนิดเอสโตรเจน โปรเจสโตเจนและยารวมเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจนได้ผลค่อนข้างดี ไม่มีผลแทรกซ้อนที่ร้ายแรง น่าจะได้มีการนำเอายานี้มาลองศึกษาในหญิงไทยเกี่ยวกับฤทธิ์และความปลอดภัยของยาโดยเปรียบเทียบกับวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ก่อนที่จะนำยาประเภทนี้เผยแพร่ไปสู่ประชาชนทั่วไปที่ยังขาดความรู้และการบริการทางการแพทย์ แต่สามารถซื้อยารับประทานเองได้อย่างเสรี ถ้าผลการศึกษาพบว่ายาชนิดนี้สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ก็เท่าหรือดีกว่าวิธีคุมกำเนิดแบบอื่น และมีความปลอดภัยพอสมควร ก็น่าจะเป็นวิธีคุมกำเนิดอีกวิธีหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในแง่ของฐานะเศรษฐกิจของประเทศ นโยบายของรัฐบาล โดยไม่ขัดต่อศาสนา วัฒนธรรม สังคมและขนบธรรมเนียมประเพณีไทย

ในระยะไม่นานมานี้ในต่างประเทศได้มีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโดยให้กินหลังการร่วมเพศ ยานี้รู้จักกันแพร่หลายในชื่อของ “Morning after pill” ส่วนในประเทศไทยนั้นยังไม่เป็นที่รู้จักหรือนำมาใช้เลย จึงเป็นที่น่าสนใจว่าสมควรนำยานี้มาใช้เพื่อช่วยลดการเกิดของประชากรไทยอีกวิธีหนึ่งนอกเหนือไปจากวิธีมาตรฐานที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันหรือไม่

ปัจจัยที่นำมาประกอบการพิจารณาในการใช้ยา คือ

1. ฤทธิ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์และความปลอดภัยของยา

2. การยอมรับของผู้ใช้และสังคม

ฤทธิ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์และความปลอดภัยของยา

ยาคุมกำเนิดที่ใช้กินหลังการร่วมเพศในปัจจุบันมีอยู่ 3 ชนิดคือ

1. เอสโตรเจน
2. โปรเจสโตเจน
3. เอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสโตเจน

* แพทย์ที่ปรึกษาทางวิชาการ บริษัทเซอริง ประเทศไทย จำกัด

ในการพิจารณาฤทธิ์ในการป้องกันการตั้ง
ครรภ์และความปลอดภัยของยานั้น ต้องพิจารณา
เป็นรายชนิดคือ

เอสโตรเจน มีการทดลองใช้ในปี 2506
เป็นครั้งแรกโดยใช้ diethylstilbestrol (DES)
ซึ่งเป็นสารเอสโตรเจนที่ไม่ใช่พวกสเตียรอยด์ใน
หญิงที่ดุก่มขึ้น²⁸ พบว่ายาให้ผลดีที่สุดเมื่อรับ
ประทานหลังร่วมเพศไม่เกิน 24 ชั่วโมง และ
อย่างช้าที่สุดไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยใช้ DES
25-50 มก. ต่อวัน หรือ ethinyl estradiol (E.E.)
0.5 - 2.0 มก. ต่อวันติดต่อกัน 5 วันและไม่พบ
การตั้งครรภ์เลยในหญิง 100 คน³⁰ นอกจากนั้น
ยังมีการใช้ยาฉีด conjugated estrogen 20-25
มก./วัน นาน 3 วัน และ estradiol benzoate
30 มก./วัน นาน 5 วัน^{14,29} ด้วย

องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา
อนุญาตให้ใช้ DES ได้ในปี 2517 โดยอนุญาต
ให้แพทย์ใช้ได้ในการฉีดยา แต่ไม่ได้ให้ยืนยัน
ว่าการฉีดยาคืออะไร ปล่อยให้เป็นการวินิจฉัย
ของแพทย์ผู้ใช้เอง⁵

ฤทธิ์ของยา ได้มีการทดลองใช้ยาในหญิง
121 ราย โดยให้กินยาไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังการ
ร่วมเพศและไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ปรากฏว่า
ไม่มีการตั้งครรภ์เลย²² และต่อมาได้ศึกษาในหญิง
จำนวน 10,500 ราย พบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ
0.4 สี่รายจากจำนวนนี้เกิดจากยาไม่ได้ผล³⁴

ในการประเมินผลฤทธิ์ของยานั้น ต้อง
ทราบถึงการร่วมเพศที่เกิดใน ระยะไตของรอบ

เดือนร่วมกับคุณภาพเชื้อสุมิของฝ่ายชายด้วย การ
ศึกษาทำได้ลำบากเนื่องจากหาหญิงที่สมัครใจเข้า
ร่วมโครงการศึกษายาก ในสหรัฐอเมริกา Na-
tional Institute of Child Health & Human
Development ก็กำลังศึกษาฤทธิ์ในการป้องกัน
การตั้งครรภ์และฤทธิ์ข้างเคียงของ ethinyl es-
tradiol และ conjugated estrogen เพื่อใช้ใน
การคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศอยู่ แต่ผลการศึกษา
ยังไม่เสร็จ อาจใช้เวลาอีกหลายปี³⁴

Szontagh และ Kovacs แห่งฮังการีได้ศึกษา
ผู้หญิง 22 ราย ซึ่งพิสูจน์ว่าสามารถมีบุตรได้โดย
ให้กิน dienestrol 2.5 มก. ทันทีหลังร่วมเพศและ
อีก 3 วันต่อมาเป็นเวลา 195 รอบเดือนไม่ปรากฏ
ว่าเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น^{43,44}

กลไกการออกฤทธิ์ เข้าใจว่าเอสโตรเจน
ออกฤทธิ์โดยขัดขวางการฝังตัวของ blastocyst ใช้
ที่ผสมแล้วมักเคลื่อนตัวเข้าสู่มดลูกภายใน 4-5
วัน¹¹ แต่กลไกที่เอสโตรเจนขัดขวางการฝังตัวนี้
ยังไม่ทราบแน่ มีผู้ให้ความเห็นว่าการฝังตัวของ
blastocyst ขึ้นอยู่กับความสมดุลของเอสโตรเจน
และโปรเจสเตอเจนในร่างกาย การที่ได้รับเอส
โตรเจนจากภายนอกจะทำให้ความสมดุลนี้เสียไป
ทำให้เยื่อมดลูกไม่เหมาะกับการฝังตัว^{6,7}

การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอาจมีฤทธิ์ต่อ
เยื่อมุโพรงมดลูก โดยมีการเปลี่ยนแปลงของ in-
termediate biochemical และ morphological³²
ปกติการเปลี่ยนแปลงของ carbonic anhydrase
ในเยื่อมุโพรงมดลูกจะทำให้ไข่ติดกับเยื่อมุโพรง

มดลูกง่ายขึ้น⁸ หรือ carbonic anhydrase อาจช่วย metabolism ของ blastocyst²⁶ การใช้เอสโตรเจนหลังการร่วมเพศพบว่ามี carbonic anhydrase ลดลง แต่ไม่ปรากฏว่าเอสโตรเจนทำลาย blastocyst ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมโดยตรง^{6,7,28}

ฤทธิ์ข้างเคียง

1. การตั้งครรภ์นอกมดลูก

ในรายที่ใช้ยาไม่ได้ผลพบว่ามี การตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ 1 ใน 10 ราย³⁰ เมื่อเปรียบเทียบกับ การตั้งครรภ์นอกมดลูกทั่วไปพบ 1 ต่อ 200 ราย²³ Morris ให้ความเห็นว่าเอสโตรเจนได้รับหลังการร่วมเพศป้องกันการตั้งครรภ์ปกติในมดลูก แต่ไม่ป้องกันการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้นจึงดูเหมือนว่ายาทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก³⁰ Symthe คิดว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกนี้เกิดจากไข่เคลื่อนผ่านท่อรังไข่³⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกพบได้บ่อยเมื่อคุมกำเนิดโดยการใส่ห่วงหรือ mini pill ไม่ได้ผล^{7,23}

2. การเกิดมะเร็ง

การใช้เอสโตรเจนระยะยาวและขนาดสูง เช่นใช้เพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านม พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งของเยื่อบุโพรงมดลูกสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา^{35,46} แต่ยังไม่ทราบว่า การใช้เอสโตรเจนในขนาดต่ำและระยะสั้นภายหลังการร่วมเพศ จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนนี้หรือไม่

มีรายงานว่ามารดาที่ใช้ยาคุมกำเนิดขณะตั้งครรภ์แล้ว ถ้าคลอดบุตรเป็นหญิงบุตรจะเกิดมะเร็งได้เมื่อเข้าสู่วัยสาว^{16,17,18} ความจริงการเกิดมะเร็ง

ในบุตรเพศหญิงนี้น่าจะขึ้นกับระยะเวลาที่ทารกอยู่ในครรภ์ การใช้ยาเอสโตรเจนหลังการร่วมเพศ ใช้อยู่ในระยะ blastocyst แต่การใช้ยาคุมกำเนิดอื่นๆ ใช้อาจอยู่ในระยะ organogenesis ดังนั้นโอกาสทำให้เกิดมะเร็งในบุตรหญิงวัยรุ่นจากยาคุมกำเนิดที่ใช้หลังการร่วมเพศ จึงไม่น่าเป็นไปได้ แต่ควรจะได้ศึกษาต่อไป

3. การเกิดเส้นเลือดอุดตัน

ยังไม่มีรายงาน

4. การเกิด pulmonary edema

พบ 1 ราย³⁰

5. การเกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร

อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งป้องกันได้โดยใช้ยาแก้อาเจียนก่อนครึ่งชั่วโมง^{17,22,31} หรือใช้ยาที่ไม่ละลายในกระเพาะอาหาร¹⁴ ยาอาจออกมากับอาเจียน ดังนั้นควรใช้ชนิดฉีด estradiol benzoate 30 มก./วัน นาน 5 วันแทนยากิน ปรากฏว่าหญิง 124 ราย ต้องหยุดใช้ยา 2 ราย เนื่องจากอาการข้างเคียงนี้³⁷

6. ความผิดปกติของประจำเดือน

พบว่ามีหญิงจำนวนน้อยที่มีเลือดออกกระปริดกระปรอยหลังใช้ยาได้ไม่นาน²² ในการศึกษาผู้ใช้ 1217 คน พบว่าร้อยละ 13 มีประจำเดือนช้ากว่ากำหนด ร้อยละ 5.4 มีประจำเดือนเร็วกว่ากำหนด การบอกให้ผู้ได้รับทราบถึงเรื่องนี้จะช่วยลดความกังวลได้มาก²²

โปรเจสโตเจน ในการศึกษาดฤทธิ์ของโปรเจสโตเจนเพื่อใช้กินคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศนั้น วิธีใช้ยาแตกต่างจากการศึกษาเรื่องเอสโตรเจนคือ ศึกษาในผู้ที่ใช้ยาทุกครั้งหลังการร่วมเพศ ในสหรัฐอเมริกาได้มีการลองใช้ d-norgestrel (ปัจจุบันเรียก levo-norgestrel ตาม WHO) และ quingestanol acetate พบว่าสามารถคุมกำเนิดได้เมื่อให้หลังการร่วมเพศและใช้ขนาดสูงพอ ยาทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นตัวยาที่มีอยู่ในยาคุมกำเนิดมาตรฐาน แต่เหมาะสำหรับหญิงที่มีการร่วมเพศไม่บ่อย ถ้ามีการร่วมเพศมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรใช้ยาคุมกำเนิดมาตรฐาน

การใช้ d-norgestrel หลังการร่วมเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์อาจใช้ได้หลายขนาด แต่ quingestanol acetate ต้องใช้ขนาด 1.5–2 มก. และได้ผลดีเท่ากับ IUD หรือ mini pill โปรเจสโตเจนอาจออกฤทธิ์โดยทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกไม่เหมาะสำหรับการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว²⁷ เช่นเดียวกับ mini pill นอกจากนี้หญิงซึ่งกิน d-norgestrel 0.4 มก. หลังการร่วมเพศ พบว่าเชื้อสูกิจที่เคลื่อนไหวได้ลดจำนวนลงภายใน 10 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลจาก pH ภายในมดลูกเพิ่มขึ้น²⁰

การที่ยานี้สามารถคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศได้ คงไม่ใช่เนื่องจากการออกฤทธิ์ต่อ ovarian-pituitary axis ถึงแม้จะพบว่าใช้สูกิจและประจำเดือนช้ากว่าปกติได้หลังใช้ยา⁸ การใช้โปรเจสโตเจนอย่างเดียวก็น่าจะกำจัดฤทธิ์ข้างเคียงของเอสโตรเจน

ฤทธิ์ข้างเคียง ฤทธิ์ข้างเคียงพบได้น้อยกว่าร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกเล่าคือ ปวดศีรษะ หงุดหงิด ประสาทอ่อนไหว ปวดท้อง¹¹ นอกจากนี้ยังทำให้ประจำเดือนเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะในรูปแบบของยาชนิด ยากินคุมกำเนิดหรือยาใช้กินหลังร่วมเพศ d-norgestrel ขนาด 0.15–2 มก. ทำให้เกิดเลือดออกกระหว่างรอบประจำเดือนถึงร้อยละ 10–30 โดยผู้ป่วยครึ่งหนึ่งจะมีเลือดออกกระหว่างรอบประจำเดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง^{21,27} แต่ถ้าใช้ขนาด 1.0 มก. จะไม่มีอาการเลือดออกเลย³⁴ ส่วน quingestanol acetate 0.3 มก. (ซึ่งเท่ากับขนาดยาใน mini pill) พบอาการเลือดออกร้อยละ 10^{18,25} ถ้าใช้ขนาด 1.5–2 มก. พบว่ามีเลือดออกกระหว่างรอบประจำเดือนร้อยละ 25–30 ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงจึงไม่เหมาะที่จะใช้ยาชนิดนี้ติดต่อกัน²⁶

เอสโตรเจนรวมกับโปรเจสโตเจน

ฤทธิ์ของยา แม้ว่ายังมีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับการใช้ยาคูมนี้นี้ แต่จากผลการศึกษาเชื่อว่ายานี้จะสามารถคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศได้ Yuzpe และพวก⁴⁵ ศึกษาการใช้ยาซึ่งมีส่วนประกอบ ethinyl estradiol 0.1 มก. และ d-norgestrel 1.0 มก. (เท่ากับยาคุมกำเนิดมาตรฐาน 2 เม็ด) กับนักศึกษาสาวคานาดา ซึ่งต้องการใช้ยาหลังการร่วมเพศจากจำนวนผู้รับการศึกษาคือ 13–15 คน ซึ่งอาจตั้งครรภ์ได้ถ้าไม่ได้ใช้ยา แต่ผู้ที่ใช้ยามีการตั้งครรภ์เพียง 3 คนเท่านั้น 1 ใน 3 มีการร่วมเพศเกินหนึ่งครั้ง ต่อมา Yuzpe ได้ศึกษาหญิงอีก 243

คนโดยให้รับประทานยาครั้งที่สองหลังครั้งแรก 12 ชั่วโมงและขนาดยาสูงกว่าครั้งแรกเท่า ไม่ปรากฏว่ามีผู้ตั้งครรภ์เลย

กลไกของอาการออกฤทธิ์ของยายังไม่ทราบแน่ Yuzpe และพวกเขาเชื่อว่ายานี้ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกในระยะเริ่มแรกของรอบเดือนไม่เหมาะในการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว แต่ถ้าให้ในระยะหลังของรอบเดือนจะทำให้ไข่ที่ผสมและฝังตัวแล้วไม่สามารถเจริญต่อไปได้⁴⁵ โดยแท้จริงแล้วได้มีการใช้ยาคุมกำเนิดมาตรฐานในขนาดสูงภายหลังการร่วมเพศ โดยผู้ใช้คิดขึ้นเองอยู่แล้ว¹²

ฤทธิ์ของยาคุมกำเนิดชนิดนี้ควรศึกษาต่อไปเพื่อให้ได้ขนาดยาน้อยที่สุดที่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้

ฤทธิ์ข้างเคียง

1. ระบบทางเดินอาหาร

อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน¹² จากการศึกษาในชาวฮังกาเรียนซึ่งให้กินยารวม dienestrol 2.5 มก. และ ethynodiol diacetate 0.2 มก. ทันทีหลังร่วมเพศ และเพิ่มยาอีกเท่าตัวในวันรุ่งขึ้นอีกครั้ง จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และตั้งหน้าอก⁴⁴

2. การเปลี่ยนแปลงประจำเดือน

ประจำเดือนอาจมาช้าลงหรือเร็วขึ้น 1 สัปดาห์ ภายหลังใช้ยา 4 ใน 5 ราย มีประจำเดือน 2 สัปดาห์หลังกินยา ประจำเดือนมักช้าไปดำกินยา ภายหลังกลางรอบเดือนและเร็วขึ้นดำกินยาก่อนกลางรอบเดือน¹²

การยอมรับยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศโดยผู้ใช้และสังคม

ปัจจัยซึ่งทำให้ผู้ใช้และสังคมยอมรับวิธีคุมกำเนิดวิธีหนึ่งวิธีใดนั้นได้แก่¹⁴

1. ความต้องการส่วนตัว

การใช้ต้องสะดวก ไม่มีอุปสรรคต่อการร่วมเพศและไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงมาก ยาประเภทนี้มีคุณสมบัติเหมาะแก่ผู้ใช้ที่ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร และมีการร่วมเพศนาน ๆ ครั้ง ถ้ามีการร่วมเพศเป็นประจำน่าจะใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดมาตรฐาน ส่วนฤทธิ์ข้างเคียงนั้น เอสโตรเจนขนาดสูงมีฤทธิ์ข้างเคียงมากกว่าชนิดยารวม

2. ศาสนาและวัฒนธรรม

การใช้ยาหลังการร่วมเพศไม่น่าจะก่อให้เกิดการขัดแย้งทางศาสนาขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของไทย จากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศในสหรัฐอเมริกาพบว่าการใส่ห่วงคุมกำเนิดหรือการใช้ยาคุมกำเนิดไม่ทำให้หนุ่มสาวมีการร่วมเพศก่อนแต่งงานมากกว่าเดิม การร่วมเพศมักกระทำโดยไม่มีการคุมกำเนิดทั้ง ๆ ที่มีวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ⁴ หญิงสาวเหล่านี้เสี่ยงกับการตั้งครรภ์โดยคิดว่าไซคร่ายคงไม่เกิดขึ้นกับตัว และเชื่อว่าการร่วมเพศเกิดขึ้นโดยมีเหตุจูงใจ กระทั่งหัน ไม่ได้มีการวางแผนการณ์ไว้ล่วงหน้า^{4,38} ดังนั้นความรู้เรื่องการคุมกำเนิดจะไม่เปลี่ยนแปลงค่านิยมและมาตรฐานศีลธรรมจรรยา แต่ความคิดและค่านิยมส่วนบุคคลมีความสำคัญในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด

ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นหนุ่มสาวผู้ที่มีการร่วมเพศไม่บ่อยนักคงไม่ได้คิดวางแผนการคุมกำเนิดล่วงหน้า และมักเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การใช้ยาคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ได้ และไม่น่าเป็นสาเหตุให้มีการร่วมเพศอย่างเสรีมากกว่าปัจจุบัน และไม่น่าก่อให้เกิดความผิดทางศาสนาหรือขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของไทย

3. ความต้องการทางเพศ

ยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศไม่เกี่ยวกับความต้องการทางเพศและความสุขจากการร่วมเพศโดยตรง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีระแต่จะทำให้คลายความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น

4. ด้านการแพทย์

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดนี้มีความปลอดภัยพอสมควร ไร้สะดวก แต่ยังมีปัญหาอื่นที่ยังตอบไม่ได้ในปัจจุบันคือการตั้งครรภ์นอกมดลูก การเกิดมะเร็งในผู้ใช้และบุตรเพศหญิงของผู้ใช้เมื่อใช้เอสโตรเจน สำหรับหญิงที่ถูกข่มขืนทุกรายควรได้รับยาคุมกำเนิดนี้ หรือยาชนิดฉีดซึ่งทำให้เกิดผลเสียทางจิตใจน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการทำแท้งหรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ประเทศไทยมีความขาดแคลนแพทย์ในชนบทอยู่มาก อัตราตายจากการตั้งครรภ์ของหญิงในชนบทสูงกว่าอัตราตายจากการใช้ยาคุมกำเนิด³⁶ ยาคุมกำเนิดหลังร่วมเพศชนิดเอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสโตเจน

เช่นเดียวกับยาคุมกำเนิดมาตรฐาน ก็น่าจะเหมาะสมในกรณีที่ใช้ยังไม่สามารถตั้งครรภ์ด้วยเหตุผลทางสังคมและเศรษฐกิจ และผู้ใช้มีการร่วมเพศไม่บ่อยนัก และน่าจะปลอดภัยกว่าการลักลอบทำแท้ง ซึ่งมีอันตรายและอัตราตายสูง¹

เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ post-coital IUD ซึ่งใช้โลหะทองแดง^{26, 37} post-coital IUD ต้องทำโดยแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกมาดีแล้วมีประสิทธิภาพและผลแทรกซ้อนเหมือนห่วงคุมกำเนิดชนิดที่ใช้ทั่วไป ข้อดีของ post-coital คือใส่แล้วใช้ได้ตลอดไปโดยไม่ต้องเอาออก แต่ในหญิงที่เป็นภาวะโรคเช่น เป็นโกโนเรียหรือมีการอักเสบในอุ้งเชิงกรานใช้ post-coital IUD ไม่ได้⁴

การล้างช่องคลอดหลังการร่วมเพศไม่มีประสิทธิภาพที่เชื่อถือได้ เพราะเชื้อสุกิเคลื่อนตัวเร็วเข้าสู่ปากมดลูกภายในเวลาเพียง 90 วินาทีภายหลังที่มีการหลั่งน้ำสุกิ⁴¹ ดังนั้นจึงไม่สามารถล้างเอาเชื้อสุกิพวกนี้ออกได้หมด การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจึงน่าจะได้ผลดีกว่า

5. นโยบายของการบริหารประเทศ

รัฐบาลไทยได้ตั้งนโยบายลดการเกิดของประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 และได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพพอควรคือ ลดอัตราการเกิดจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 2.5 จากการวิจัยพบว่าการให้ยาเม็ดคุมกำเนิดสามารถแจกจ่ายไปสู่ผู้ที่อยู่ในชนบทห่างไกลและขาดแคลนแพทย์โดยไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ ถ้าได้มีการศึกษาวิจัยในประเทศเพื่อประเมินผลการใช้ยาคุม

กำเนิดหลังการร่วมเพศในด้านฤทธิ์ของการป้องกัน การตั้งครรภ์ผลข้างเคียงและปฏิกิริยาการยอมรับของหญิงไทยแล้วว่าเป็นที่น่าพอใจ เรายังสามารถนำขามืดกำเนิดหลังร่วมเพศมาใช้ เพื่อชลอการเกิดได้เช่นกัน

6. เศรษฐกิจ

ขามืดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศราคาไม่แพงเกินไปนัก เป็นภาระเศรษฐกิจส่วนตัวและส่วนรวมน้อย เปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์และมีบุตร แต่เป็นการคุมกำเนิดไม่ถาวร ถ้าคิดในด้านเศรษฐกิจการทำหมันชายให้ผลดีกว่า² ยังมีปัญหาบางประการที่ยังสรุปไม่ได้ คือ ข้อขัดข้องของการใช้ขามืดกำเนิดหลังการร่วมเพศ ควรให้กับหญิงที่ถูกข่มขืนเท่านั้น หรือกับหญิงทุกคนที่ไม่ต้องการมีบุตร และการใช้ขามืดจะช่วยลดอัตราการลักลอบทำแท้งได้หรือไม่ และเมื่อขามืดมีใช้ในประเทสไทยหญิงไทยจะซื้อขามืดมาใช้เองอย่างเสรีจนกระทั่งทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือไม่⁴² อย่างไรก็ตาม ภาวะการเมืองเศรษฐกิจและสังคมไทยในปัจจุบันถ้าใช้ขามืดกำเนิดหลังการร่วมเพศอย่างมีหลักเกณฑ์ อาจเหมาะที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอีกวิธีหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. นงลักษณ์ วิวัฒน์ และคณะ: การศึกษาผู้ช่วยแท้งเนื่องจากการฉีดลูก: วชิรเวชสาร 18:10-26, 2517
2. วีระสิงห์ เมืองมัน รายงานของหน่วยทำหมันชายเคลื่อนที่ของโครงการขยายทำหมันชาย รามารับตี พ.ศ. 2518-2519. แพทยสมาคม 5 12 : 671-676, 2519

3. Basic, M, Wesselius de Caspares, A and Diczfalusy, E: Failure of large doses of ethinyl estradiol to interfere with early embryonic development in the human species. Am J Obstet Gynecol 107(4): 531-34, 70
4. Baumann, KE: Selected aspects of the contraception of an unmarried university students. Med asp Hum sexual 5: 76, 71
5. Bergsjö, P, Langenen, H and Aas, J: Tubal Pregnancies in women using progestogen-only contraception. Acta Obstet Gynecol Scand 53 (4): 377-78, 74
6. Blye, RP: The effect of estrogens and related substances on embryonic viability Raspe, G, ed Advances in the Biosciences 4 (Schering symposium on mechanisms involved in conception, Berlin, March 13-15, 1969) New York, Pergamon-Vieweg 1970, p 323-43
7. Blye, RP: The use of estrogens as postcoital contraceptive agents Am J Obstet Gynecol 116 (7): 1044-50, 73
8. Boving, BG: The biology of trophoblast Ann N Y Acad Sci 80: 21-43, 59
9. Board, JA Endometrial carbonic anhydrase after diethylstilbestrol as a postcoital antifertility agent. Obstet Gynecol 36(3): 347-49, 70
10. Craft, I, Foss, GL, Warren, RJ et al: Effect of norgestrel administered intermittently on pituitary ovarian function Contraception 12 (5): 589-99, 75
11. Croxatto, HB, Diaz, S, Fuentealba, B, et al Studies on the duration of egg transport in the human oviduct I The time interval between ovulation and egg recovery from the uterus in normal women Fertil Steril 23(7): 447-58, 72
12. Davis, G: Interception of pregnancy Sydney: Augus and Robertson, 1973, pp 117-91
13. Family Planning in Thailand, 1965, 1971 National Family Planning Programme, Ministry of Public Health, Bangkok, Printing Press Dept of the Co-op Marketing & Purchasing Federation of Thailand Ltd, 1972
14. Green, RO: Reproductive and Human Welfare, A challenge to research Cambridge, the MIT Press 1976
15. Haspels, AA and Andriessse, R: The effect of large doses of estrogens post coitum in 2000 women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 3 (4): 113-17, 73
16. Herbst, AL, Robboy, SJ and Scully, RE: Clinical and epidemiologic characteristics of young females developing cancer after intrauterine exposure to diethylstilbestrol and related drugs Buccalossi, P, ed Chemical and viral oncogenesis Vol 2 Proceedings of the 11th International Cancer Congress, Florence, 1974 Amsterdam, Excerpta Medica, 1974 (Int Congr Series No. 350) p 139-145

17. Herbst, AL, Robboy, SJ, Scully, RE, et al: Clear-cell adenocarcinoma of the vagina and cervix in girls: analysis of 170 registry cases. *Am J Obstet Gynecol* 119(5): 713-24, 74
18. Herbst, AL, Ulfelder, H and Poskanzer, DC: Adenocarcinoma of the vagina, association of maternal stilbestrol therapy with tumour appearance in young women *N Eng J Med* 284: 878-81, 71
19. Jacob, D and Morris, JM: The estrogenic activity of postcoital antifertility compounds *Fertil Steril* 20(2): 211-21, 69
20. Kesserue, E, Garmendia, F, Westphal, N et al: The hormonal and peripheral effects of d-norgestrel in postcoital contraception *Contraception* 10(4): 411-24, 74
21. Kesserue, E, Larraneaga, A and Parada, J: Postcoital contraception with d-norgestrel *Contraception* 7(5): 367-79, 73
22. Kuchera, LK: Postcoital contraception with diethylstilbestrol-updated *Contraception* 10(1): 47-54, 74
23. Lehfeldt, H, Tietze, C and Gorstein, F: Ovarian pregnancy and the intrauterine device *Am J Obstet Gynecol* 108(7): 1005-09, 70
24. Lippes, J, Malik, T and Tatum, HJ: The postcoital copper T Paper presented at the 13th Annual Meeting of the Association of Planned Parenthood Physician, Los Angeles, California, April 17, 1975, p 8
25. Marshall, J The risks of conception throughout the menstrual cycle *Med Counterpoint* 3(8): 47-49, 71
26. Mischler, TW, Berman, E, Bubio, B et al: Further experience with quingestanol acetate as a postcoital *Contraception* 9(3): 221-225, 74
27. Moggia, A, Beauquis, A, Ferrari, F, et al: The use of progestogens as postcoital oral contraceptive. *J Reprod Med* 13(2): 58-61, 74
28. Morris, JM: Mechanisms involved in progesterone contraception and estrogen intercession. *Am J Obstet Gynecol* 117, (2): 167-76, 73
29. Morris, JM and Van Waganen, G: Compounds interfering with ovum implantation and development III The role of estrogens *Am J Obstet Gynecol* 66(6): 804-15, 66
30. Morris, JM and Van Waganen, G: Interception: the use of postovulatory estrogens to prevent implantation. *Am J Obstet Gynecol* 115(1): 101-06, 73
31. Morris, JM and Van Waganen, G: Postcoital oral contraception Hankinson, RKB, Kleinman, RL, Eckstein, P, and Romero, H, eds *Proceedings of the 8th International Conference of the International Planned Parenthood Federation, Santiago, Chile, April 9-15, 1967* London, International Planned Parenthood Federation, 1967, p 256-59
32. Potts, M: The ultrastructure of egg implantation *Advances Reprod Physiol* 4: 241-67, 69
33. Reers, IL: The influence of contraception knowledge on premarried sexual activity. *Med Aspect Hum sexual* 4: 71, 70
34. Reinhart, W: Postcoital contraceptive An appraisal *Population report* 9: 141-53, 76
35. Smith, DC, Prentice, R, Thompson, DJ, et al: Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma *N Eng J Med* 293, (23): 1164-67, 75
36. Rosenfeld, A: The ethic of medical supervision in family planning program: Too little or too much? *Proceeding of the 7th Asian Congress of Ob & Gyn, Bangkok, 1977*
37. Rosenfeld, DL, Huggins, GR, Jusczyk, AM, et al: Medical psychological & social factors in morning after pill utilization. Paper presented at the 13th Annual meeting of the Assoc of Planned Parenthood Physicians. Los Angeles, California, April 17-18, 1975, 9 p
38. Schofield, M: The sexual behaviour of young people, Boston, Mass, Little Brown Co, 1965
39. Smythe, AR, Underwood, PB, Jr: Ectopic pregnancy after postcoital diethylstilbestrol. *Am J Obstet Gynecol* 121(2): 284-85, 75
40. Sobrero, AJ and McLeod, J: The morning-after pill *N Z Med J* 79(513): 862-64, 74
41. Sobrero, AJ and McLeod, J: The immediate postcoital test *Fertil Steril* 13: 184-89, 62
42. Somboon, N: *Polital Ob & Gyn Proceedings. 7th Asian Congress of Obstetrics & Gynecology Bangkok, 1977*
43. Szontagh, FE and Kovacs, L: Postcoital oral contraception *European Sterility Congress Organization Abstract of the 2nd European Congress on Sterility Dubrovnik, Yugoslavia, October 8-11, 1969* Zagreb, Sekcija Za Sterilitet I Fertilitet Ugoj-a, 1969 Abstract No. 252
44. Szontagh, FE and Kovacs, L: Postcoital contraception with dienestrol *Med Gynecol Social* 4(2): 36-37, 69
45. Yuzpe, AA, Thurlow, HJ, Ramzy, I, et al: Postcoital contraception-a pilot study *J Reprod Med* 13(2): 53-58, 74
46. Ziel, HK and Finkle, WD: Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens *N Eng J Med* 293(23): 1167-70, 75