

การแท้ง (Abortion) Conference at ANC A Phakaphon

ความหมายของการแท้ง คือ การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ก่อนที่ทารกในครรภ์จะมีชีวิตอยู่รอด โดยทั่วไปจะหมายถึงการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือ ก่อนที่ทารกในครรภ์จะมีน้ำหนักตัวเกิน 500 กรัม¹ ในบทนี้จะกล่าวถึงแต่ การดูแลการแท้งที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous abortion) ซึ่งจะแบ่งเป็น การดูแลการแท้งในไตรมาสแรก ที่พบได้มากกว่าร้อยละ 80 ของการแท้งทั้งหมด และ การดูแลการแท้งในไตรมาสที่ 2

สาเหตุของการแท้ง 1

1. โครโมโซมผิดปกติ พบว่ากว่าครึ่งของการแท้งที่เกิดขึ้นในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เกิดจากโครโมโซมผิดปกติ โดยเฉพาะที่พบบ่อยคือ trisomy ที่ 13,16,18 และ 21
2. การติดเชื้อ แต่หลักฐานไม่ชัดเจน เชื่อว่าการติดเชื้อ *Gardanella vaginalis* ซึ่งทำให้เกิดโรค bacterial vaginosis อาจจะเพิ่มการแท้งในไตรมาสที่ 2
3. โรคที่เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น การเกิดภาวะ hypothyroidism , เบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องใช้อินซูลิน และควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี
4. การขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนหรือที่เรียกว่า luteal phase defect ซึ่งจะทำให้ corpus luteum สร้างฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนได้ไม่เพียงพอ
5. ภาวะโภชนาการที่บกพร่อง
6. การสูบบุหรี่ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่เกินกว่า 14 มวนต่อวัน จะเพิ่มการแท้งเป็น 2 เท่าของผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่
7. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้หญิงที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จะเพิ่มความเสี่ยงในการแท้งเป็น 2 เท่าของผู้หญิงที่ไม่ดื่ม
8. การดื่มกาแฟ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นถ้าดื่มกาแฟ หรือ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เกิน 5 แก้วต่อวัน
9. โรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน บางอย่าง เช่น antiphospholipid syndrome
10. ความผิดปกติของมดลูก หรือ ปากมดลูก มักจะพบในการแท้งไตรมาสที่ 2 โดยเฉพาะ incompetent cervix

ประเภทของการแท้ง 1,2

1. การแท้งคุกคาม (threatened abortion) คือ การมีเลือดออกจากมดลูกโดยที่ปากมดลูกยังปิด ในช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์
2. การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (inevitable abortion) คือ การมีเลือดออกจากมดลูกและมีการปิดขยายของปากมดลูก โดยที่ยังไม่มีเนื้อรก หรือชิ้นส่วนของทารกในครรภ์ออกมา ในช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์

3. การแท้งครบ (complete abortion) คือ การที่ทารกในครรภ์ และเนื้อรกทั้งหมด แท้งออกมาจากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ ปากมดลูกจะปิด
4. การแท้งไม่ครบ (incomplete abortion) คือ การที่ทารกในครรภ์ หรือ เนื้อรกบางส่วน แท้งออกมาจากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ ปากมดลูกมักจะเปิดอยู่
5. การแท้งค้าง (missed abortion) คือ การที่ทารกในครรภ์เสียชีวิตเป็นเวลาหลายวัน และปากมดลูกยังปิดอยู่

การดูแลการแท้งในไตรมาสแรก 3,4

การแท้งในไตรมาสแรก พบได้ประมาณร้อยละ 15 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และมักเกิดก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ความเสี่ยงในการเกิดการแท้งจะมากขึ้นถ้าหญิงตั้งครรภ์มีอายุมากขึ้น เคยแท้งมาก่อนหลายครั้ง หรือมีโรคประจำตัว

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยอาศัยจากประวัติ โดยที่ อาการที่พบบ่อยคือ การมีเลือดออกทางช่องคลอด การปวดท้องน้อย การมีชิ้นเนื้อหลุดออกมาจากช่องคลอด แต่อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจจะไม่มีอาการ โดยแพทย์อาจจะสงสัยว่าเกิดการแท้งถ้าตรวจร่างกายแล้วขนาดมดลูกโตไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่ขาดประจำเดือน หรือ ตรวจเลือดหาปริมาณ B-hCG แล้วพบว่าไม่เพิ่มขึ้นตามปกติ โดยที่ B-hCG จะเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 24 ใน 24 ชั่วโมงแรก และ ร้อยละ 53 ในเวลา 48 ชั่วโมง ในการตั้งครรภ์ปกติ การตรวจร่างกายต้องตรวจตั้งแต่สัญญาณชีพ โดยทั่วไปถ้าเสียเลือดไม่มาก และ ไม่มีการติดเชื้อ จะไม่มีความดันโลหิตต่ำ หรือ มีไข้ ต้องตรวจร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะคลำท้องคว่าขนาดมดลูกโตเท่าใด และ ต้องทำการตรวจภายในประเมินว่ามีการเปิดของปากมดลูกแล้วหรือยัง ถ้ายังต้องส่งตรวจพิเศษ เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นการแท้ง ไม่ใช่ภาวะอื่น เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก

การตรวจอัลตราซาวด์ 3,5

ในปัจจุบันการใช้การตรวจอัลตราซาวด์มีบทบาทมากในการช่วยวินิจฉัยและบอกพยากรณ์โรคของการแท้งในหญิงตั้งครรภ์ อัลตราซาวด์สามารถทำให้ทราบว่าทารกในครรภ์มีชีวิตอยู่หรือไม่ การแท้งครบ หรือ การแท้งค้าง แยกภาวะการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก หรือ การตั้งครรภ์นอกมดลูก ออกไป

ลักษณะของ การตรวจอัลตราซาวด์ ที่ช่วยวินิจฉัยภาวะแท้ง 3,5,6

1. การพบถุงน้ำการตั้งครรภ์ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางอย่างน้อย 15 มม. เมื่ออายุครรภ์ 7 สัปดาห์ และ 21 มม. เมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ โดยที่ไม่พบตัวทารก สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดการแท้งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการได้ถึงร้อยละ 90.8 นอกจากนี้ถ้าพบถุงน้ำการตั้งครรภ์ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ย 17 มม. โดยไม่มีตัวอ่อน หรือ ถุงน้ำการตั้งครรภ์ขนาด 13 มม. โดยไม่เห็น yolk sac สามารถทำนาย การเกิดการตั้งครรภ์ที่ตัวอ่อนเสียชีวิตแน่นอนได้ถึงร้อยละ 100
2. ถ้าพบการเต้นของหัวใจตัวอ่อนเมื่อตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด ในตัวอ่อนที่มีความยาว 5 มม. ขึ้นไป ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการสงสัยการแท้ง จะมีอัตราการเกิดการแท้งเพียงร้อยละ 3.4-5.5 แต่ถ้าไม่พบการเต้นของหัวใจตัวอ่อน อัตราการแท้งจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20-31
3. ขนาดของตัวอ่อนหรือถุงน้ำการตั้งครรภ์ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วง 1 สัปดาห์
4. อัตราการเต้นของหัวใจตัวอ่อนที่ช้า ร่วมกับ การที่ขนาดของถุงน้ำการตั้งครรภ์ และ ขนาดตัวอ่อน ไม่ไปด้วยกัน จะเพิ่มโอกาสการเกิดการแท้งสูงขึ้น
5. การตรวจพบก้อนเลือดหลังรก (subchorionic hematoma) จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดการแท้ง การตรวจเลือดถ้าการตรวจเลือดหาค่าต่อไปนี้ และพบว่ามีความต่ำ จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการแท้งอย่างมาก ได้แก่⁵
 - ตรวจ free B-hCG พบต่ำกว่า 20 ng/ml
 - ระดับ B-hCG เพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 66 ใน 48 ชม
 - โพรเจสเตอโรน น้อยกว่า 45 nmol/l ในไตรมาสแรก

การรักษา

การแท้งคุกคาม 5

การรักษาการแท้งคุกคาม คือ การนอนพัก ส่วนการให้ฮอร์โมน โพรเจสเตอโรน ยังไม่พบว่ามีประโยชน์มากนักในการรักษาการแท้งคุกคาม

การแท้งอื่นๆ

การรักษาการแท้งครบคงไม่ต้องทำอะไร แต่ถ้าเป็นการแท้งค้าง หรือ แท้งไม่ครบสามารถรักษาได้ 2 แบบ คือ surgical และ non-surgical management

Surgical management 1,3

ประกอบด้วย

- การขยายปากมดลูก กรณีที่ปากมดลูกปิดอยู่ ตามด้วย
 - การขูดมดลูก (sharp curettage)

- การดูด (vacuum aspiration)
- Evacuation
- Hysterotomy
- การตัดมดลูก (hysterectomy)

วิธีที่นิยม คือ การดูด และ การขูดมดลูก โดยทั่วไปถ้าปากมดลูกยังปิดอยู่ควรขยายปากมดลูกก่อน ซึ่งอาจจะใช้ dilator หรือ ไม้สารบางอย่างเช่น laminaria คาไว้ที่ปากมดลูก แต่ในประเทศไทยยังไม่มี laminaria ใช้ที่ ใช้อยู่ในประเทศไทยคือ การทำ dilatation & curettage

เทคนิคของการทำ dilatation & curettage 1

- ให้ยาระงับอาการปวด
- ตรวจภายในเพื่อประเมินขนาดมดลูก และ ทิศทาง
- ใส่ speculum ปรับให้เห็นปากมดลูกอย่างชัดเจน
- เช็ดปากมดลูกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น providone iodine
- ใช้ tenaculum จับปากมดลูกด้านบน
- ใช้ dilator ค่อยๆสอดผ่านคอปากมดลูก โดยเริ่มจากขนาดเล็กๆก่อน
- ใช้ uterine sound ค่อยๆสอดเข้าไปในโพรงมดลูก เพื่อประเมินทิศทางและความลึกของมดลูก
- ใช้ที่คีบชิ้นเนื้อค่อยๆ สอดเข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อคีบเอาเนื้อเยื่อต่างๆออก กรณีที่มีเนื้อเยื่ออยู่ในโพรงมดลูกมาก หลังจากนั้นใช้ที่ขูดมดลูก (curettage) ค่อยๆขูดให้ทั่วโพรงมดลูก จนแน่ใจว่าไม่มีเนื้อเยื่อเหลือ

ภาวะแทรกซ้อน

- มดลูกทะลุ ซึ่งจะหลีกเลี่ยงได้โดยการค่อยๆสอดเครื่องมือเข้าโพรงมดลูก
- การติดเชื้อ ควรให้ยาปฏิชีวนะก่อนและหลังขูดมดลูก ที่ง่ายคือให้ doxycycline 100 มก. รับประทาน ก่อนทำ และให้รับประทานอีก 200 มก. หลังทำ
- การเกิดพังผืดในโพรงมดลูก (uterine synechiae) หลีกเลี่ยงได้โดยการอย่าขูดมดลูกอย่างรุนแรง
- การเกิด cervical incompetence แต่พบได้น้อยมาก

Non-surgical management

ปัจจุบันการรักษาภาวะแห้งโดยใช้ non- surgical management เป็นที่นิยม เพราะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขูดมดลูกลงได้

Non-surgical management ประกอบด้วย 6

1. การเฝ้าสังเกต (expectant)

พบว่า การเฝ้าสังเกตอาการเพียงอย่างเดียวจะมีการแท้งเกิดขึ้นเองอย่างสมบูรณ์ถึงร้อยละ 85 ในเวลา 1 เดือน และถ้าเป็นการแท้งแบบการแท้งไม่ครบ จะมีการแท้งออกมาจนครบในเวลา 3 วันถึงร้อยละ 79 แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือ ผู้ป่วยมักจะกังวล และ เกิดเลือดออกมากจนต้องมาขูดมดลูกฉุกเฉินได้บ่อย

2. การใช้ยา

ยาที่มีที่ใช้¹

- การใช้ prostaglandins ที่นิยม และ หาได้ง่าย คือ misoprostol
- การใช้ antiprogesterones : RU 486 (mifepristone)
- การใช้ Methotrexate นิดเข้ากลิ้ม หรือ รับประทาน

ยาที่นิยมใช้ คือ misoprostal เพราะมีราคาถูก หาง่าย เก็บรักษาสะดวก โดยอาจจะให้รับประทาน อมใต้ลิ้น หรือ เหน็บทางช่องคลอด ซึ่งเป็นการให้ที่นิยมมากที่สุด สำหรับขนาดที่ใช้ยังไม่เป็นที่สรุป โดยมากถ้ายังไม่มีการแท้งออกมาเลย ขนาดที่ส่วนใหญ่แนะนำคือ 800 µg เหน็บช่องคลอด ให้ทุก 24 ชม. ติดต่อกัน 3 วัน หากยังไม่มีการแท้ง แนะนำให้ขูดมดลูกเลย ส่วนถ้าเป็นการแท้งไม่ครบมักนิยมให้ขนาด 400 µg เหน็บช่องคลอดเช่นกัน

การดูแลการแท้งในไตรมาสที่ 2 1,7

การแท้งในไตรมาสที่ 2 เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 10-15 ของ การทำชักนำให้เกิดการแท้ง (induced abortion) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากทารกมีความผิดปกติ การแท้งในไตรมาสนี้อาจจะทำให้เกิดการเสียเลือดอย่างมากได้ วิธีการทำให้เกิดการแท้งในไตรมาสนี้ อาจทำได้โดย การให้ oxytocin ทางหลอดเลือดดำ หรือ การฉีด hyperosmotic solution เช่น 20% saline, 30% urea เข้าไปในถุงน้ำคร่ำ แต่วิธีที่ปลอดภัยและเป็นที่นิยมคือการใช้ misoprostol อย่างไรก็ตาม กรณีต่อไปนี้ถือเป็น **ข้อห้ามในการใช้ misoprostol** คือ

- ไม่แน่ใจว่าเป็นการท้องนอกมดลูกหรือไม่
- มีประวัติแพ้ยา misoprostol
- เป็น inherited porphyria
- มีภาวะ chronic adrenal failure
- มีภาวะ hemorrhagic disorder
- มีภาวะโรคหัวใจรุนแรง
- มีภาวะโรคปอดรุนแรง

สำหรับข้อควรระวังคือ

- กำลังรับการรักษาโดยใช้ สเตียรอยด์
- มีภาวะซีดมาก
- มีความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ

ขนาดยาที่แนะนำ 7,8

กรณีที่ทารกในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่ ให้ยา misoprostol หนึ่งทางช่องคลอด 400 μg ให้ซ้ำทุก 3-6 ชม. ถ้ายังไม่มีการหดตัวของมดลูก แต่ให้ได้ไม่เกิน 5 ครั้ง พบว่าประมาณร้อยละ 80-90 จะแท้งออกมาใน 24 ชม ระหว่างให้ยาต้องดูแลในด้านความเจ็บปวด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ท้องเสีย การฉีกขาดปากมดลูก และยังคงเกิดมดลูกแตกได้ จึงต้องระวัง โดยเฉพาะในรายที่มีการผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน

สำหรับกรณีที่ทารกในครรภ์เสียชีวิตแล้ว

• อายุครรภ์ 13-17 สัปดาห์

ให้ misoprostol หนึ่งทางช่องคลอด 200 μg ให้ซ้ำทุก 6-12 ชม ถ้ายังไม่มีการหดตัวของมดลูกที่ดีพอ ให้ทั้งหมดไม่เกิน 4 ครั้ง โดยครั้งที่สอง อาจให้เพิ่มได้เป็น 400 μg

• อายุครรภ์ 18-26 สัปดาห์

ให้ misoprostol หนึ่งทางช่องคลอด 100 μg ให้ซ้ำทุก 6-12 ชม ถ้ายังไม่มีการหดตัวของมดลูกที่ดีพอ ให้ทั้งหมดไม่เกิน 4 ครั้ง โดยครั้งที่สอง อาจให้เพิ่มได้เป็น 200 μg แต่ขนาดโดยรวมต้องไม่เกิน 800 μg

• อายุครรภ์เกิน 26 สัปดาห์

ถ้า Bishop score น้อยกว่า 6 ให้ misoprostol หนึ่งทางช่องคลอด 25-50 μg ให้ซ้ำทุก 4 ชม ถ้ายังไม่มีการหดตัวของมดลูกที่ดีพอ ให้ทั้งหมดไม่เกิน 6 ครั้ง โดยครั้งที่สอง อาจให้เพิ่มได้เป็น 50-100 μg แต่ขนาดโดยรวมต้องไม่เกิน 600 μg ถ้าปากมดลูกเริ่มเปิดแล้ว และต้องการให้ oxytocin ต่อ ต้องเริ่มให้หลังจากให้ misoprostol ครั้งสุดท้ายเกิน 4 ชม

การพิจารณาการให้ยาครั้งที่ 2

สังเกตการหดตัวของมดลูก โดยถ้ามีการหดตัวของมดลูกเกิน 2 ครั้ง ใน 10 นาที ไม่ต้องให้ dose ต่อไป แต่ถ้าการหดตัวกลับมาน้อยไปอีก สามารถพิจารณาให้ dose ที่ 2 ได้

ส่วนใหญ่แล้วประมาณร้อยละ 67-83 จะมีการคลอดทารกออกมาในเวลา 24 ชม

ผลข้างเคียงของการให้ยา misoprostol

- อาการปวดเกร็งท้อง จากการที่มีการหดตัวของมดลูก อาจจะให้ยาแก้ปวด NSAIDS หรือกลุ่มมอร์ฟีนช่วย
- อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
- อาการไข้ หนาวสั่น

สรุป

การดูแลภาวะแท้ง ต้องแยกเป็น ไตรมาส แรก และ ไตรมาส ที่ 2 ในไตรมาสแรก สามารถรักษาได้ทั้งการผ่าตัดและทางการแพทย์ การใช้ยา หรือ การขูดมดลูก ส่วนในไตรมาสที่ 2 การใช้น้ำจะปลอดภัยมากกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York : McGraw Hill, 2005:231-51.
2. Stovall TG, Early Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy. In: Berek JS, editor. Berek & Novak's Gynecology. 14th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2007:601-604.
3. Ramphal SR, Moodley J. Emergency gynaecology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006 ;20:729-50.
4. Cowett AA, Lichtenberg ES. Pregnancy loss and termination. In:Sokol AI,Sokol ER,editor. General gynecology.The requisites in obstetrics anf gynecology. Philadelphia: Mosby;2007:225-56.
5. Sotiriadis A, Papatheodorou S, Makrydimas G. Threatened miscarriage: evaluation and management. BMJ 2004;329:152-5.
6. Tang OS, Ho PC. The use of misoprostol for early pregnancy failure. Curr Opin Obstet Gynecol2006;18:581-6.
7. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. Reprod Health Matters 2008;16:162-72.
8. Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. Int J Gynaecol Obstet 2007;99 Suppl 2:S190-3.