Medabon®

ยาสำหรับยุติการตั้งครรภ์

การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา
คู่มือการให้บริการทางการแพทย์

7/2011

Medabon®: การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา คู่มือการให้บริการทางการแพทย์

สารบัญ

คำนำ

ส่วนที่ 1
ข้อมูลเบื้องต้น
เกี่ยวกับยา
Medabon®

ส่วนที่ 2
การคัดกรองเพื่อใช้ยา
Medabon®

ส่วนที่ 3
การจ่ายยา
และการใช้ยา
Medabon®

ส่วนที่ 4
การตรวจติดตามผลหลังการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

คู่มือนี้เป็นข้อตกลงร่วมกันของ 3 องค์กร ที่เกี่ยวข้องกับเวชภัณฑ์ยา Medabon®

คุณสามารถสืบค้นเอกสารฉบับนี้ได้จากเว็บไซต์ www.medabon.info หากคุณต้องการเอกสารฉบับนี้เพิ่มเติม กรุณาติดต่อมูลนิธิ Concept ที่ medabon@conceptfoundation.org.

คำนำ

ยา Medabon® ประกอบด้วยยา 2 ชนิดบรรจุในแผงเดียวกัน ใช้สำหรับยุติการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ หรือไม่เกิน 63 วันนับจากวันที่ผู้หญิงมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา คือ กระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยการใช้ยาแทนการทำหัตถการทางการแพทย์* การยุติการตั้งครรภ์ในลักษณะนี้อาจรวมถึง การทำแท้งด้วยยา การใช้ยาเม็ดสำหรับยุติการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ปราศจากการใช้เครื่องดูดหรือการทำหัตถการโดยใช้เครื่องมือแพทย์อื่นๆ

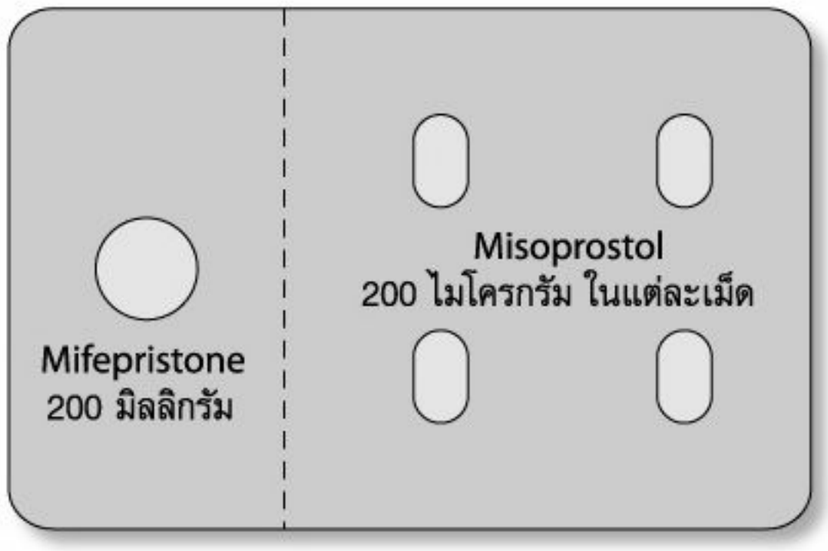
มีผู้หญิงหลายล้านคนทั่วโลกเคยใช้ยาในการยุติการตั้งครรภ์มาแล้ว ในปี ค.ศ. 2006 องค์การอนามัยโลกได้ออกเอกสารแนะนำฉบับล่าสุดเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ศึกษามาแล้ว[1] โดยได้แนะนำว่า การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยากับผู้หญิงที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ เป็นวิธีที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ สูตรยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยที่สุดในการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา คือการใช้ยาสองชนิดนี้ ได้แก่ Mifepristone และ Misoprostol ร่วมกัน Medabon® เป็นเวชภัณฑ์ที่บรรจุยาทั้งสองชนิดดังกล่าวไว้ในแผงเดียวกัน

เอกสารเกี่ยวกับยา Medabon® นี้มีเนื้อหาที่ประกอบด้วย 4 ส่วนหลักๆ เกี่ยวกับกระบวนการยุติการตั้งครรภ์จากมุมมองของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเบื้องต้น การตรวจคัดกรอง การใช้ยา และการตรวจติดตามผล แนวทางการปฏิบัติในหน้า 9 จะนำเสนอภาพรวมของกระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา Medabon® เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในระดับกลาง โดยอาจปรับเปลี่ยนรายละเอียดทางด้านเทคนิคและภาษาให้เหมาะสมกับระดับของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขที่จะนำวิธีดังกล่าวนี้ไปดำเนินการในแต่ละพื้นที่

* คำว่า “การทำหัตถการในการยุติการตั้งครรภ์” หมายถึง กระบวนการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (ที่เป็นไฟฟ้า หรือทำโดยมือเปล่า) และการขูดมดลูกด้วยเครื่องมือที่มีความคม หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า การขยายและการขูดมดลูก

1 ข้อมูลเบื้องต้นของยา Medabon®

ยา Mifepristone และ Misoprostol ได้รับการอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนแยกจากกันแล้วในหลายประเทศ ยา Medabon® มีข้อได้เปรียบคือเป็นเวชภัณฑ์ที่ใช้สำหรับยุติการตั้งครรภ์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโดยการบรรจุยา 2 ชนิดนี้ไว้ในแผงเดียวกัน



Mifepristone ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งตัวรับฮอร์โมนโปรเจสเตอร์โรน (Progesterone) ทำให้ผนังมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง และไม่เหมาะสำหรับการฝังตัวของตัวอ่อน ทำให้ปากมดลูกนิ่มขึ้นและเปิดขยายออก อีกทั้งยังทำให้ผนังมดลูกไวต่อพรอสตาแกลนดิน (เช่น Misoprostol) เพิ่มขึ้นด้วย[2]

Misoprostol เป็นอนาลอกของพรอสตาแกลนดินที่นิยมใช้ร่วมกับ Mifepristone เนื่องจากเป็นยาที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย ราคาถูก และมีใช้แพร่หลายทั่วไป[3] Misoprostol ทำให้ปากมดลูกนิ่มขึ้น และเพิ่มการหดรัดและการบีบตัวของมดลูก ทำให้สามารถขับตัวอ่อนจากการตั้งครรภ์ออกมาได้

ขนาดและสูตรยา

สูตรของ Medabon® ประกอบด้วยยา Mifepristone ขนาด 200 มิลลิกรัมสำหรับรับประทาน จำนวน 1 เม็ด และตามด้วยการใช้ยา Misoprostol ขนาด 200 ไมโครกรัม จำนวน 4 เม็ดภายในหนึ่งหรือสองวัน (24 – 48 ชั่วโมง) องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้สูตรยาดังกล่าวนี้ เพราะมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการยุติการตั้งครรภ์[1]

การใช้ยา Misoprostol

ผู้หญิงสามารถเลือกได้ว่าเธอจะใช้ยา Misoprostol* เมื่อไรหรือใช้อย่างไร ผู้ให้บริการควรพูดคุยกับผู้หญิงแต่ละคนถึงทางเลือกในการใช้ยา Medabon® เพื่อให้สามารถเลือกใช้ยาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการและความพึงพอใจได้มากที่สุด

การใช้ยา Misoprostol
(วันที่ 1 รับประทานยา Mifepristone)

ทางเข้าสู่ร่างกาย	กำหนดเวลาที่ใช้
ทางช่องคลอด (800 ไมโครกรัม)	วันที่ 2 หรือ 3 (24-48 ชั่วโมง ภายหลังรับประทานยา Mifepristone)
อมใต้ลิ้น (800 ไมโครกรัม)	

Medabon® ได้ขึ้นทะเบียนยา Misoprostol สำหรับใช้สอดทางช่องคลอดและอมใต้ลิ้น ดูคำอธิบายฉบับสมบูรณ์เกี่ยวกับการใช้ยา Misoprostol สำหรับการใช้สอดทางช่องคลอดและการอมไว้ใต้ลิ้นในหน้า 8 นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเพิ่มเติมอีกว่าการอมยา Misoprostol ไว้ที่กระพุ้งแก้ม (คือ การสอดเม็ดยาไว้ระหว่างแก้มและเหงือก) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและใช้กันแพร่หลายในหลายประเทศแล้วด้วยเช่นกัน[8-10] แต่ปัจจุบันยา Medabon® ยังไม่ได้ถูกขึ้นทะเบียนเพื่อใช้ตามวิธีดังกล่าว

การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา Medabon® โดยทั่วไปมีสามขั้นตอน คือ

1. การใช้ยา Mifepristone
2. การใช้ยา Misoprostol ภายในหนึ่งถึงสองวันภายหลังการใช้ยา Mifepristone
3. การกลับมาตรวจติดตามผลภายในหนึ่งถึงสองสัปดาห์ (ประมาณ 10-14 วันโดยทั่วไป) ภายหลังการใช้ยา Mifepristone เพื่อประเมินว่าแท้งครบหรือไม่

*การขึ้นทะเบียนและออกเอกสารกำกับยา Medabon® ในช่วงแรกนั้น แนะนำให้สอดยา Misoprostol เข้าทางช่องคลอด ประมาณ 36-48 ชั่วโมงภายหลังการใช้ยา Mifepristone แต่หลังจากที่มูลนิธิ Concept ได้รับข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มเติมว่า ยา Misoprostol สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพโดยการอมไว้ใต้ลิ้น[4,5] ดังนั้นจึงสามารถใช้ยา Misoprostol ได้ทั้งโดยการสอดทางช่องคลอดและการอมไว้ใต้ลิ้นภายใน 24-48 ชั่วโมงภายหลังการใช้ยา Mifepristone ทางมูลนิธิจึงได้ปรับปรุงเอกสารที่ใช้สำหรับการขึ้นทะเบียนยาและเอกสารกำกับยาในเวชภัณฑ์ดังกล่าวใหม่ เพราะแม้ว่าในบางพื้นที่อาจจะยังคงใช้เอกสารกำกับยา[6,7] ตามแบบเก่า แต่ผู้ให้บริการบางท่านอาจจะต้องการใช้สูตรยาใหม่ตามที่มีหลักฐานยืนยันตามแนวทางการใช้ยาในเอกสารฉบับนี้

ประสิทธิภาพ (Effectiveness)

การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ คือการทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยไม่ต้องใช้วิธีการทางหัตถการอื่นๆ เช่น การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ หรือ การขูดมดลูก เพื่อทำให้แท้งครบ การใช้สูตรยา Medabon® ทำให้เกิดการแท้งครบได้ประมาณร้อยละ 98 และน้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้หญิงที่ใช้สูตรยาดังกล่าวนี้ ที่ยังคงตั้งครรภ์ต่อไป[5,11]

อัตราการแท้งครบจากการใช้สูตรยา Medabon® นั้นมีหลากหลาย โดยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการ เมื่อผู้ให้บริการมีประสบการณ์เพิ่มขึ้นก็จะรู้สึกคุ้นเคยกับการรักษาด้วยวิธีนี้มากขึ้น การใช้สูตรยาตามที่กล่าวถึงมีรายละเอียดในคู่มือฉบับนี้ ซึ่งช่วยให้อัตราความสำเร็จในการยุติการตั้งครรภ์สูงที่สุด ยกตัวอย่างเช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องระยะเวลา ในการรับประทานยา Misoprostol และการมาตรวจติดตามผลอย่างเคร่งครัด จะช่วยเพิ่มความมั่นใจได้ว่า ผู้หญิงมีระยะเวลาเพียงพอที่จะแท้งครบได้เอง ซึ่งจะทำให้การแทรกแทรงการรักษาโดยไม่จำเป็นลดลง อย่างไรก็ตามผู้หญิงควรกลับมาตรวจติดตามผลในทันทีที่เธอมีปัญหาหรือมีความกังวลใดๆ เกิดขึ้น

ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Expected effects)

การมีเลือดออกทางช่องคลอดและอาการปวดเกร็งในช่องท้องเป็นอาการปกติที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาอาจทำให้ผู้หญิงรู้สึกเหมือนมีประจำเดือนมากๆ เป็นเวลายาวนาน และอาจรู้สึกปวดเกร็งในช่องท้อง หรือรู้สึกคล้ายๆ กับการแท้งเองตามธรรมชาติ

การมีเลือดออกทางช่องคลอด มักจะพบร่วมกับการมีเลือดออกเป็นลิ่มๆ ซึ่งมักจะมีมากกว่าการมีประจำเดือน บางครั้งการมีเลือดออกจะเริ่มขึ้นหลังจากรับประทานยา Mifepristone แต่โดยส่วนใหญ่แล้วเลือดจะเริ่มออกภายหลังจากใช้ยา Misoprostol ไปแล้วประมาณ 1 ถึง 3 ชั่วโมง ปริมาณและระยะเวลาของเลือดที่ออกนี้จะแตกต่างกันไป เลือดจะออกมากที่สุดในช่วงที่มีการแท้งจริงๆ ประมาณสอง-สามชั่วโมง และจะค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลา โดยเลือดจะออกอยู่ประมาณสองถึงสามสัปดาห์ การปวดเกร็งในช่องท้องจะมีอาการรุนแรงที่สุดภายหลังจากใช้ยา Misoprostol ไปแล้วประมาณ 1-2 ชั่วโมง และจะบรรเทาลงภายหลังจากเนื้อเยื่อจากการตั้งครรภ์ถูกขับออกมา[12]

ภายหลังจากที่เนื้อเยื่อจากการตั้งครรภ์ถูกขับออกมา ผู้หญิงอาจแยกไม่ออกว่าเนื้อเยื่อดังกล่าวแตกต่างจากเลือดและ/หรือลิ่มเลือดอื่นๆ อย่างไร นอกจากนี้ผู้หญิงจะรู้สึกว่าเลือดที่ออกและอาการปวดเกร็งในช่องท้องค่อยๆ ลดลงจนกระทั่งเลือดหยุดไหลไปในที่สุด

อาการข้างเคียง (Side effects)

การหดรัดตัวของมดลูกอาจทำให้เกิดอาการเจ็บปวด และผู้หญิงบางคนอาจจะมีอาการข้างเคียงอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ปวดศีรษะ หนาวสั่น และตัวสั่น และมีไข้ในช่วงสั้นๆ น้อยกว่าหนึ่งวัน ยา Medabon® ไม่ส่งต่อสุขภาพในระยะยาวและไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในอนาคตของผู้หญิง[13]

ข้อเท็จจริงที่สำคัญเกี่ยวกับยา Medabon®

- ยา Medabon® ประกอบด้วยตัวยา 2 ชนิด คือ Mifepristone และ Misoprostol
- ยา Medabon® เป็นสูตรยาที่ได้รับคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลก (ในเดือนมิถุนายน คศ.2009) เพื่อใช้สำหรับยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา[1] ซึ่งประกอบด้วยยา Mifepristone 200 มิลลิกรัม หนึ่งเม็ด สำหรับใช้รับประทาน และยา Misoprostol ขนาด 200 ไมโครกรัม จำนวน 4 เม็ด สำหรับใช้สอดทางช่องคลอดหรือใช้อมไว้ใต้ลิ้นภายในเวลา 24-48 ชั่วโมงต่อมา
- ยา Medabon® ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สำหรับยุติการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ (63 วัน) นับจากวันที่ผู้หญิงมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย
- การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา Mifepristone และ Misoprostol มีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 98 เมื่อใช้กับผู้หญิงที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ (63 วัน) นับจากการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย[5]

2 การตรวจคัดกรองเพื่อใช้ยา Medabon®

ข้อห้ามในการใช้ยา

มีเพียงไม่กี่กรณีที่ห้ามไม่ให้ผู้หญิงใช้ยา Medabon®

ผู้หญิงไม่สามารถใช้ยาMedabon® ได้ในกรณีดังต่อไปนี้คือ

- แพ้ยาที่มี Mifepristone, Misoprostol หรือ พรอสต้าแกลนดิน (Prostaglandin) ตัวอื่นๆ เป็นองค์ประกอบ
- มีประวัติโรคติดต่อทางพันธุกรรม พอร์ฟีเรีย (Porphyria) หรือมีความผิดปกติของเลือดซึ่งพบได้น้อยมาก[14]
- มีประวัติการตกเลือกผิดปกติ หรือกำลังได้รับยารักษาและป้องกันการแข็งตัวของเลือด ยกเว้นในกรณีที่บริการให้เลือดสามารถทำได้สะดวก (อย่างไรก็ตามมีหลักฐานจำนวนจำกัดมากที่กล่าวถึงการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีเช่นนี้)
- มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือสงสัยว่าตั้งครรภ์นอกมดลูก

ข้อควรระวัง

ผู้หญิงที่มีอาการดังต่อไปนี้ควรได้รับการดูแลรักษาด้วยความระมัดระวังตามอาการของแต่ละคน

- ผู้หญิงที่กำลังได้รับการรักษาโรคหอบหืดหรืออาการอื่นๆ ด้วยคอร์ติคอสเตียร์รอยด์ (Corticosteroid) มาเป็นระยะเวลายาวนาน[15,16]
- ภาวะต่อมหมวกไตวายเรื้อรัง เนื่องจากผู้หญิงที่มีภาวะต่อมหมวกไตวายเรื้อรังอาจมีภาวะขาดน้ำอย่างเฉียบพลัน ความดัน โลหิตต่ำ หรือช็อกภายหลังการใช้ยา Mifepristone ผู้หญิงที่มีภาวะต่อมหมวกไตวายเรื้อรัง ควรเพิ่มขนาดของยากลุ่มกลูคอคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) เมื่อใช้ยา Mifepristone และควรจะมีการเฝ้า ติดตามสัญญาณหรืออาการช็อกด้วยความระมัดระวัง[15,16]

หมายเหตุ: ผู้หญิงที่มีครรภ์แฝด[17] หรือมีน้ำหนักมาก[18] สามารถใช้ Medabon® ในขนาดเดียวกันกับสตรีทั่วไป นอกจากนั้นสตรีที่เคยใช้ยา Medabon® มาแล้ว อาจจะใช้ยานี้ได้อีกโดยไม่ทำให้ประสิทธิภาพลดลง

ข้อพิจารณาที่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษ (Special Consideration)

มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนไม่มากนักที่กล่าวถึงการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาในสตรีที่มีสภาวะต่อไปนี้ คือ มีภาวะโลหิตจางรุนแรง (ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 9 กรัม/เดซิลิตร) มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือสุขภาพไม่ดี หรือมีภาวะติดเชื้อ การที่จะให้ยาหรือไม่ให้ยาแก่สตรีเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับทางเลือกในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแก่ผู้หญิง รวมถึงระบบการส่งต่อ และการวินิจฉัยทางการแพทย์

ผู้หญิงในกลุ่มเหล่านี้สามารถใช้ยา Medabon® ได้ แต่อาจต้องมีข้อมูลหรือการดูแลทางคลินิกเพิ่มเติม

- **ผู้หญิงที่กำลังให้นมบุตร** ยา Misoprsotol สามารถดูดซึมเข้าไปในน้ำนมได้ทันทีที่ใช้ยา เช่นเดียวกับ Mifepristone ก็สามารถดูดซึมเข้าไปในน้ำนมได้ด้วยเช่นกัน แต่ยังไม่มีหลักฐานใดๆ ที่แสดงให้เห็นว่ายาทั้งสองชนิดนี้เป็นอันตรายต่อทารก ผู้หญิงที่รู้สึกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของยา Misoprostol ต่อทารก สามารถใช้ยาได้ทันทีภายหลังการให้นมบุตร[19]
- **ผู้หญิงที่ใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด** ผู้หญิงที่ใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิดสามารถใช้ยาMedabon® ได้ตราบเท่าที่ได้ถอดห่วงอนามัยออกแล้ว กรุณาดูหน้า[11] เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องการเริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดภายหลังการใช้ยาMedabon®
- **ผู้หญิงที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์** ผู้หญิงที่ตรวจพบว่ามีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรได้รับการรักษาไปพร้อมๆ กับการเริ่มยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา หากสงสัยว่าผู้หญิงมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรประเมินหรือส่งต่อให้ผู้หญิงไปรับการรักษาตามความเหมาะสมของแต่ละสถานบริการ อย่างไรก็ตามการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สงสัยว่าจะเป็น ไม่ควรเป็นเหตุให้การยุติการตั้งครรภ์ต้องล่าช้าออกไป

เป็นที่ทราบแล้วว่ายา Medabon® ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในผู้หญิงที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ ดังนั้นจึงมีความไวต่อ Rh sensitization ในอัตราต่ำมาก นอกจากนี้ในปัจจุบันหลักฐานบ่งบอกว่าควรจะคัดกรองหรือไม่คัดกรองผู้หญิงที่มีกลุ่มเลือด Rh ในช่วงอายุครรภ์ 9 สัปดาห์นับจากการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายก็ยังไม่เพียงพอ[20] ทั้งนี้เพราะขึ้นอยู่กับความชุกของกลุ่มเลือดที่มี RhD ลบในกลุ่มประชากร และความสามารถที่จะให้บริการสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเลือด (Rh-immune globulin) ตามมาตรฐานการรักษาและการปฏิบัติในแต่ละประเทศ

การตรวจยืนยันภาวะการตั้งครรภ์และอายุครรภ์

ยา Medabon® ได้รับการขึ้นทะเบียนสำหรับผู้หญิงที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ ซึ่งหมายถึงผู้หญิงสามารถใช้ยา Medabon® ได้ภายในระยะเวลาไม่เกิน 63 วันนับตั้งแต่วันที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้าย

การยืนยันอายุครรภ์สามารถทำได้โดยการซักประวัติและตรวจร่างกายให้กับผู้หญิง หากผลการตั้งครรภ์ยังไม่ชัดเจนอาจจำเป็นต้องมีการตรวจเลือดหรือตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ การตรวจอัลตราซาวด์ไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นต้องทำ หรือไม่จำเป็นต้องกำหนดว่าจะต้องทำก่อนยุติการตั้งครรภ์ในสถานบริการที่ไม่มีเครื่องมือดังกล่าว ซึ่งมีแต่จะทำให้กระบวนการยุติการตั้งครรภ์มีค่าใช้จ่ายที่แพงเกินไป[1,21] สำหรับในสถานบริการที่มีเครื่องตรวจอัลตราซาวด์ การทำอัลตราซาวด์อาจช่วยประเมินอายุครรภ์ได้ในกรณีที่ไม่ทราบวันที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายที่แน่นอน หรือเพื่อตรวจยืนยันว่าเป็นการตั้งครรภ์ตามปกติภายในมดลูก

การเลือกใช้การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาหรือการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

ทั้งการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาและการดูดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศเป็นวิธียุติการตั้งครรภ์ที่เป็นที่ยอมรับของผู้หญิง[22,23,24] ผู้หญิงมักจะเห็นว่าวิธีดังกล่าวนั้นเป็นที่ยอมรับได้ หากเธอมีโอกาสเลือกวิธีรักษานั้นได้ด้วยตนเอง[25, 26]

ผู้หญิงจะเลือกใช้วิธียุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาหรือการดูดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศด้วยหลากหลายเหตุผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเฉพาะเจาะจงในด้านสถานการณ์และบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ปัจจัยต่างๆ ที่ผู้หญิงใช้พิจารณาในการเลือกวิธีต่างๆที่มีให้คือ ระยะเวลาในการตั้งครรภ์ ระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ สถานที่ที่จะทำการยุติการตั้งครรภ์ และประสบการณ์หรืออาการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับเธอหากเลือกใช้วิธีการรักษาต่างๆ ดังกล่าว[23]

ทั้งการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาและการดูดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศเป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพที่มีอัตราการแทรกซ้อนต่ำ[11, 27] ดังนั้นความจำเป็นต้องมีการแทรกแทรงการรักษาเมื่อนำวิธีรักษาทั้งสองวิธีดังกล่าวมาใช้จึงมีน้อย

การตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้

การตั้งครรภ์นอกมดลูกคือการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นนอกโพรงมดลูก ยา Medabon® ไม่ได้ใช้สำหรับยุติการตั้งครรภ์นอกมดลูกซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นมาก่อน ไม่ใช่อาการแทรกซ้อนจากกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ ดังนั้นการตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจตรวจพบได้ก่อนที่จะเริ่มกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่ผู้หญิงมาขอยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจสามารถดำเนินต่อไปได้โดยตรวจหาทางคลินิกไม่พบแม้ภายหลังจากเริ่มกระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาไปแล้ว โดยผู้หญิงอาจยังคงมีเลือดออกและปวดเกร็งในช่องท้องภายหลังการใช้ยา Medabon® เพราะผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะไม่ตรวจเนื้อเยื่อที่ถูกขับออกมาเพื่อยืนยันว่าการตั้งครรภ์ได้สิ้นสุดลงแล้วหรือไม่ ดังนั้นการวินิจฉัยและการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกก็อาจเกิดขึ้นในช่วงของการมาตรวจติดตามผลได้เช่นกัน

อาการจำเพาะของการตั้งครรภ์นอกมดลูกคือ อาการปวดท้องน้อยหรือปวดที่อุ้งเชิงกราน – ซึ่งมักจะปวดเพียงด้านเดียวและการมีเลือดออกทางช่องคลอด อาการปวดท้องและมีเลือดออกนี้อาจมีติดต่อกันไปหรือออกเป็นครั้งคราวแตกต่างกันไป ในบางรายอาจไม่มีอาการเหล่านี้เลย[28] ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกสูงคือ การผ่าตัดท่อนำไข่ การทำหมันที่ท่อนำไข่ การเคยมีประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อน ประวัติการได้รับยา Diethylstilbestrol ตั้งแต่ยังเป็นตัวอ่อนภายในมดลูก การใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิด* และโรคเกี่ยวกับท่อนำไข่ที่มีบันทึกไว้[30]

การตั้งครรภ์นอกมดลูกในบางครั้งสามารถยืนยันได้ด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ แต่มีบ่อยครั้งที่การตรวจอัลตราซาวด์ก็ยืนยันได้เพียงว่า ไม่มีการตั้งครรภ์ภายในมดลูกเท่านั้น หากระดับของ ß-hCG เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและผลการตรวจอัลตราซาวด์แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีโพรงมดลูกที่ว่างเปล่า ในกรณีนี้สามารถสงสัยได้เลยว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูก การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกโดยการตรวจอัลตราซาวด์เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก นอกเสียจากว่าสถานบริการนั้นมีความพร้อม และมีเครื่องมือสำหรับตรวจดูผ่านทางช่องคลอดได้ หรือมีเจ้าหน้าที่ตรวจอัลตราซาวด์ที่มีความชำนาญสูง เพราะอุ้งเชิงกรานของผู้ป่วยและการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะอยู่ในตำแหน่งที่สามารถเห็นได้ด้วยสายตา สำหรับหน่วยงานที่ไม่มีเครื่องตรวจอัลตราซาวด์และสงสัยว่าผู้หญิงมีการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือผู้หญิงแสดงอาการของการตั้งครรภ์นอกมดลูก แพทย์ควรส่งต่อผู้หญิงไปรับการรักษาฉุกเฉินทางด้านสูตินรีเวชที่เหมาะสมต่อไป

*** ผู้หญิงที่ยังใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิดในโพรงมดลูก หรือทำหมันทางท่อรังไข่มีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์นอกมดลูกมากกว่าการตั้งครรภ์ภายในมดลูก แต่โอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์จะต่ำมากเมื่อเทียบกับผู้หญิงที่ไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิด[29]**

เหตุผลที่สมควรแนะนำให้ใช้การยุติการตั้งครรภ์**โดยใช้ยา**

- อ้วนจนเกินไป การยุติการตั้งครรภ์ โดยการผ่าตัดในทางเทคนิคแล้วเป็นวิธีที่มีความท้าทายมากกว่าการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา[1]
- มีความผิดปกติของมดลูก มีเนื้องอกที่มดลูก หรือมีประวัติการตีบตันของปากมดลูก
- มีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง

เหตุผลที่สมควรแนะนำให้ใช้การยุติการตั้งครรภ์**ด้วยวิธีหัตถการ**
(โดยปกติหมายถึงการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ)

- มีคุณสมบัติที่เป็นข้อห้ามตามที่ระบุไว้ในการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา
- มีข้อจำกัดในด้านเวลาหรือในด้านภูมิศาสตร์ที่ทำให้การกลับมาตรวจติดตามผลเพื่อยืนยันว่าแท้งครบหรือไม่เป็นไปได้ยาก
- ผู้หญิงตัดสินใจเลือกเองว่า จะทำหมันหรือใส่ห่วงอนามัย โดยกระบวนการในการทำหมันหรือใส่ห่วงอนามัยดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันกับการยุติการตั้งครรภ์
- สงสัยว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ดังนั้นจึงมีการตรวจเนื้อเยื่อเพื่อยืนยันว่าแท้งครบหรือไม่)

ผู้หญิงแต่ละคนที่เลือกยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาควรได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

- ต้องทำอะไรบ้างในการมาคลินิกแต่ละครั้ง และหลังใช้ยามีอาการอย่างไร หรือต้องทำอะไรบ้างขณะอยู่ที่บ้าน
- รู้สึกอย่างไรเมื่อใช้ยาเป็นวิธียุติการตั้งครรภ์
- อาการข้างเคียงที่พบบ่อยมีอะไรบ้าง
- กระบวนการยุติการตั้งครรภ์ใช้ระยะเวลานานเพียงใด
- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้มีอะไรบ้าง
- ยาระงับปวดที่ใช้ได้คือยาอะไรและวิธีการใช้ยานี้
- หากตัดสินใจที่จะใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ จะต้องวางแผนตั้งแต่เริ่มแรกจนจบกระบวนการ
- ผู้หญิงจะสามารถปฏิบัติตนตามปกติ รวมไปถึงมีเพศสัมพันธ์ได้เมื่อไร
- เธอจำเป็นต้องไปพบแพทย์ในกรณีใดบ้าง
- มีวิธีคุมกำเนิดอะไรบ้างที่สามารถใช้ได้ และจะเริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดเหล่านี้ได้อย่างไร

3 การจ่ายยาและการใช้ยา Medabon®

การกำหนดตารางเวลาในการยุติการตั้งครรภ์ โดยใช้ยา Medabon®

กระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาทั้งกระบวนการให้ความสำคัญกับการกำหนดตารางเวลาของแพทย์และผู้หญิงในการมาที่คลินิก โดยปกติแล้วผู้หญิงส่วนใหญ่จะขับก้อนเลือดออกมาภายใน 4 ถึง 6 ชั่วโมงหลังการใช้ยา Misoprostol[31] การมีเลือดออกและอาการปวดเกร็งท้องจะเกิดขึ้นมากที่สุดในช่วงเวลาดังกล่าว หากมีการให้ยา Misoprostol ที่คลินิก ผู้ให้บริการมักจะแนะนำให้ผู้หญิงรออยู่ที่คลินิกจนกว่าจะรู้สึกสบายตัวขึ้นและสามารถกลับบ้านได้ผู้หญิงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา Misoprostol ล่วงหน้าเพื่อที่ว่าเธอจะได้วางแผนได้ว่าจะใช้ยา Misoprostol ในช่วงเวลาใดที่เหมาะสมกับจังหวะชีวิตประจำวัน หรือต้องมีใครเป็นเพื่อนหากต้องการ

ผู้หญิงควรเข้าถึงบริการฉุกเฉินได้ในระหว่างที่เธออยู่ในกระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา ผู้ให้บริการและผู้หญิงควรวางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะไปรับการรักษาในกรณีฉุกเฉินได้ที่ไหนหากเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่พบได้น้อยมากก็ตาม

การใช้ยา Medabon®

ขั้นที่ 1 ให้ผู้หญิงกลืนยา Mifepristone หนึ่งเม็ด หากผู้หญิงอาเจียนยาออกมาภายใน 30 นาที ภายหลังการรับประทานยา Mifepristone เธอจะต้องกลืนยา Mifepristone ใหม่อีกหนึ่งเม็ด

ขั้นที่ 2 ให้ใช้ยาเม็ด Misoprostol 200 ไมโครกรัมสี่เม็ดภายในหนึ่งถึงสองวัน (24 ถึง 48 ชั่วโมง) ต่อมา(ดูรายละเอียดเกี่ยวกับ “การใช้ยา Misoprostol” ในหน้า 3)

การใช้ยาสอดทางช่องคลอด: ผู้หญิงหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรใช้นิ้วมือดันยาทั้งสี่เม็ดโดยสอดทีละเม็ดเข้าไปในช่องคลอดให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้

ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เป็นผู้สอดยา Misoprostol เข้าไปในช่องคลอดควรปฏิบัติตามคำแนะนำบนแผงยาและควรสวมถุงมือที่สะอาด หากผู้หญิงเป็นผู้สอดยา Misoprostol เข้าไปในช่องคลอดด้วยตัวเองโดยจะสอดที่คลินิกหรือที่บ้านก็ตาม เธอควรล้างมือให้สะอาดเสียก่อน

การอมยาใต้ลิ้น: ผู้หญิงควรอมยาเม็ด Misoprostol สองเม็ดไว้ใต้ลิ้นและรอให้ยาละลาย ทันทีที่ยาละลาย ให้อมยาอีกสองเม็ดที่ใต้ลิ้นอีก หากยาสองเม็ดแรกยังไม่ละลายภายหลังจาก 20 นาทีไปแล้ว เธอสามารถกลืนยาส่วนที่ยังไม่ละลายนั้นและอมยาอีกสองเม็ดสุดท้ายไว้ใต้ลิ้นได้

ผู้หญิงบางคนชอบที่จะอมยาทั้งสี่เม็ดไว้ใต้ลิ้นในเวลาเดียวกัน ในกรณีเช่นนี้ ผู้หญิงควรวางยาทั้งสี่เม็ดไว้ใต้ลิ้นและรอให้ยาละลาย ถ้าหลังจาก 20 นาทีไปแล้วยายังไม่ละลาย ผู้หญิงสามารถกลืนยาส่วนที่เหลือได้เลย

การกลืนยาทั้งหมดเพียงครั้งเดียว (เข้าทางปาก) มีประสิทธิภาพน้อยกว่าการอมยาไว้ใต้ลิ้นและรอจนกว่ายาจะละลาย หรือรอประมาณ 20 นาที[5]

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาใน **ขั้นที่ 3** การนัดตรวจติดตามผลได้นำเสนอไว้แล้วในหน้า 12

การปฏิบัติตัว

ผู้หญิงควรได้รับการบอกกล่าวให้ชัดเจนว่า เมื่อไรเธอจะสามารถกลับมาปฏิบัติตัวตามปกติได้ ยกตัวอย่างเช่น

- จะอาบน้ำเวลาใดก็ได้ในระหว่างที่อยู่ในกระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา แต่ไม่แนะนำให้มีการสวนล้างช่องคลอด[32]
- ผู้หญิงอาจถามว่าเธอจะสามารถกลับมามีเพศสัมพันธ์ได้อีกเมื่อไร สำหรับเรื่องนี้ยังไม่มีหลักฐานยืนยันที่แน่ชัดที่จะบอกได้ว่า เวลาใดจะเหมาะสม แต่ควรแนะนำให้ผู้หญิงรอจนกว่าเธอจะรู้สึกสะดวกสบายใจและพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์อีกครั้ง (ดูรายละเอียดข้างล่าง)
- ผู้หญิงสามารถมีไข่ตกได้ก่อนที่จะมีประจำเดือนตามปกติ ดังนั้นเธอจึงสามารถตั้งครรภ์ได้ ผู้หญิงที่ต้องการป้องกันการตั้งครรภ์โดยควรใช้วิธีคุมกำเนิดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ภายหลังการใช้ยา Medabon® จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงสามารถมีไข่ตกได้เร็วที่สุดภายในสิบวันหลังจากยุติการตั้งครรภ์ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับทางเลือกในวิธีการคุมกำเนิดสามารถดูได้ที่หน้า 11
- การกลับมามีประจำเดือนอีกครั้งหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาโดยทั่วไปจะเกิดขึ้นภายหลังจากยุติการตั้งครรภ์ไปแล้วประมาณห้าสัปดาห์[33]

ขั้นตอนการมารับบริการและการใช้ยา Medabon®

ขั้นตอนที่ 1 การมาติดต่อที่คลินิกครั้งแรกและการใช้ยา Mifepristone

- ยืนยันการตั้งครรภ์และระยะเวลาในการตั้งครรภ์
- ให้คำปรึกษาแก่ผู้หญิงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์
- ตรวจร่างกายและซักประวัติทางการแพทย์ให้เรียบร้อย
- คัดกรองข้อห้ามในการใช้ยาและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
- คัดแยกการตั้งครรภ์นอกมดลูกออกไป

สำหรับผู้หญิงที่ตัดสินใจใช้ยา Medabon® และเลือกที่จะใช้ยา Misoprostol **ที่คลินิก:**

- ให้คำปรึกษากับผู้หญิงเกี่ยวกับอาการต่างๆที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- กำหนดวันมาตรวจติดตามผลในการใช้ยาMedabon®
- วางแผนสำหรับการดูแลติดตามรักษาในกรณีฉุกเฉิน
- ให้คำแนะนำในการดูแลรักษาอาการข้างเคียงต่างๆ
- ให้ผู้หญิงรับประทานยา Mifepristone

สำหรับสตรีที่ตัดสินใจใช้ยา Medabon® และเลือกที่จะใช้ยา Misoprostol **ที่บ้าน:**

- ให้คำปรึกษาแก่ผู้หญิงว่าควรจะใช้ยาMisoprostol อย่างไร คือ สอดยาในช่องคลอดหรืออมไว้ใต้ลิ้น โดยใช้สื่อแสดงให้เห็นภาพตามความเหมาะสม
- ทบทวนให้ผู้หญิงทราบถึงสัญญาณของภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่างๆ และสอบถามให้แน่ใจว่าผู้หญิงได้รับเอกสารเกี่ยวกับยานี้ไปแล้ว
- วางแผนสำหรับการดูแลรักษาในกรณีฉุกเฉิน
- ให้คำแนะนำในการดูแลรักษาอาการข้างเคียงต่างๆ และให้ยาแก้ปวดไปด้วย
- กำหนดวันมาตรวจติดตามผล
- จัดยาเม็ด Misoprostol ให้นำกลับบ้าน
- ให้ผู้หญิงรับประทานยา Mifepristone

ขั้นตอนที่ 2 การใช้ยา Misoprostol (24-48 ชั่วโมง หลังกินยา)

ที่คลินิก:

- สอดยา Misoprostol ทางช่องคลอดหรืออมไว้ใต้ลิ้น
- ให้มียาแก้ปวดพร้อมบริการ
- ทบทวนให้ผู้หญิงทราบถึงอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆและสอบถามให้แน่ใจว่าผู้หญิงได้รับเอกสารเกี่ยวกับยานี้ไปแล้ว
- ทบทวนแผนสำหรับการกลับมาตรวจติดตามผล
- ทบทวนอาการข้างเคียงและการดูแลรักษาอาการดังกล่าว

ที่บ้าน:

- ให้ผู้หญิงสอดยา Misoprostol ทางช่องคลอดหรืออมไว้ใต้ลิ้น

วิธีคุมกำเนิด

ในช่วงต้นของกระบวนการให้พูดคุยกับผู้หญิงถึงทางเลือกในการคุมกำเนิด วิธีการคุมกำเนิดที่ผู้หญิงเลือก จะช่วยให้ทราบว่า ควรจะเริ่มคุมกำเนิดให้กับเธอเมื่อไร

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจติดตามผล (10-14 วันหลังกินยา Mifepristone)

- ตรวจยืนยันว่าผู้หญิงแท้งครบแล้ว (ผู้หญิงเกือบทุกคนจะอยู่ในกลุ่มนี้)
- หากผู้หญิงมีปัญหาเลือดออกผิดปกติ (ดูหน้า 12 สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม) ทางเลือกในการรักษาคือ
  - รอให้นานขึ้นเพื่อให้เลือดหยุด
  - ให้ยา Misoprostol เพิ่มเติม
  - ขูดมดลูก
- ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์ต่อไป ควรแนะนำให้ผู้หญิงขูดมดลูก

การดูแลรักษาอาการข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์

การมีเลือดออก

ในกรณีที่มีเลือดออก สามารถปฏิบัติตัวได้เช่นเดียวกับการมีประจำเดือนมามากๆ หรือเช่นเดียวกับการแท้งเอง (คือ ให้ใส่ผ้าอนามัยหรือสำลีรองไว้) เลือดจะออกมากที่สุดภายหลังการใช้ยา Misoprostol บ่อยครั้งผู้หญิงจะพบว่า เลือดจะออกมากระหว่างที่เนื้อเยื่อจากการตั้งครรภ์ถูกขับออกมา หลังจากนั้นจะมีเลือดออกจางๆ เป็นเวลาประมาณสองสัปดาห์หรือนานกว่านั้น ดังนั้นจึงถือเป็นเรื่องปกติที่เลือดอาจจะหยุดและกลับมาไหลอีกได้ ในการศึกษาหนึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 20 ของผู้หญิงที่เข้าร่วมในการศึกษามีเลือดออกหรือมีเลือดกะปริดกะปรอยต่อเนื่องไปประมาณ 35-42 วันหลังจากเริ่มยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา[34] หากผู้หญิงมีเลือดออกมาก ยาวนาน ซึ่งมีผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง (หรืออาการของโลหิตจาง เช่น มึนงง เป็นลม หรืออ่อนเพลียอย่างชัดเจน) อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องดูดภายในโพรงมดลูก ให้ของเหลวทดแทนหรืออาจต้องให้เลือด ความเสี่ยงของการมีเลือดออกมากที่จำเป็นต้องแทรกแทรงการรักษา (โดยการให้เลือด และ/หรือใช้เครื่องดูด) พบระหว่างร้อยละ 0.02 ถึง 1.8%[35-37]

อาการปวดเกร็งในท้องและอาการปวด

ผู้หญิงส่วนใหญ่จะรู้สึกปวดท้องในสองสามชั่วโมงแรกหลังใช้ยา Misoprostol[1] ดังนั้นผู้หญิงควรได้รับยา (สำหรับในพื้นที่ที่ไม่มียาระงับปวดผู้ให้บริการควรให้ใบสั่งยาหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา) เพื่อระงับความปวด และควรจัดให้มียาแก้ปวดไว้ล่วงหน้าเมื่อใช้ยา Misoprostol ยาแก้อักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ เช่น ไอบูโพรเฟน (400-800 มิลลิกรัม) มีประสิทธิภาพมากกว่ายาพาราเซตทามอล (500-1,000 มิลลิกรัม)[38] และสามารถใช้ได้ในเวลาเดียวกันเมื่อใช้ยา Misoprostol แต่ไม่ควรใช้ก่อนการใช้ยา Misoprostol ถ้าเป็นไปได้ผู้หญิงควรได้รับยาแก้ปวด หรืออย่างน้อยได้รับใบสั่งยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์กดประสาทระงับความเจ็บปวดในกรณีที่เธอจำเป็นต้องใช้ โดยอาจให้ยาโคเดอิน 30-40 มิลลิกรัมเพิ่มไปใช้ร่วมกับยาแก้อักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ หรือยาพาราเซตทามอลก็ได้ ผู้หญิงควรได้รับคำแนะนำให้ใช้สิ่งอื่นนอกจากยาที่จะช่วยให้บรรเทาอาการปวดลงด้วย เช่น การใช้กระเป๋าน้ำร้อน

การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ในการให้ความรู้แก่ผู้หญิงเกี่ยวกับการใช้ยา Medabon® จำเป็นจะต้องเน้นให้เห็นว่า ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงสามารถเกิดขึ้นได้น้อยมากแต่ผู้หญิงก็ควรเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงต่อไปนี้ และควรไปรับการรักษา (ตามหลักการแล้วควรไปพบผู้ให้บริการคนแรก) หากมีอาการต่อไปนี้คือ

- มีเลือดออกมากติดต่อกันจนผู้หญิงรู้สึกว่าไม่สบายหรืออ่อนเพลีย หรือมีเลือดออกมากจนชุ่มผ้าอนามัยมากกว่าสองผืนในหนึ่งชั่วโมงในระยะเวลาเกินสองชั่วโมงติดต่อกัน
- มีไข้สูง 38 องศาเซลเซียส หรือ 100.4 องศาฟาเรนไฮท์ หรือสูงกว่า อย่างต่อเนื่องมากกว่าหนึ่งวันหลังจากใช้ยา Misoprostol
- มีอาเจียนหรือท้องร่วงรุนแรงติดต่อกันมากกว่าหนึ่งวันหลังจากใช้ยา Misoprostol
- มีอาการปวดท้องรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังไม่ทุเลาลงหลังรับประทานยาแก้ปวด พักผ่อน ใช้กระเป๋าน้ำร้อน หรือใช้ผ้าร้อนวางแล้ว

การมีเลือดออกเล็กน้อยหรือไม่มีเลือดออกภายใน 24-48 ชั่วโมงภายหลังการใช้ยา Misoprostol ไม่ถือว่าเป็นเหตุฉุกเฉิน แต่ควรถือเป็นเหตุให้ต้องกลับไปตรวจติดตามผลเพื่อรับการรักษา เพราะอาการดังกล่าวอาจเป็นสัญญาณว่า การตั้งครรภ์ยังคงดำเนินต่อไป

การติดเชื้อภายหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาเกิดขึ้นได้น้อยมาก อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของการติดเชื้อและควรแนะนำให้กลับมารับการรักษาหากมีอาการติดเชื้อเกิดขึ้น ความรุนแรงของการติดเชื้อสามารถใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาว่าควรให้การรักษาอย่างไร ยาปฏิชีวนะที่ใช้รับประทานใช้รักษาการติดเชื้อหรืออาการที่คิดว่าน่าจะเกิดการติดเชื้อได้เกือบทั้งหมด[39]

ผู้หญิงควรได้รับเอกสารเกี่ยวกับอาการข้างเคียงต่างๆ เพื่อนำกลับบ้านไปด้วย (ดูตัวอย่างคู่มือผู้รับบริการในเอกสารนี้) ในเอกสารนี้กล่าวไว้ว่าผู้ให้บริการและผู้หญิงควรพูดคุยกันถึงแผนการรักษาในกรณีฉุกเฉินก่อนเริ่มกระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา ถ้าจะให้ดีที่สุดแล้วผู้หญิงควรไปรักษาภาวะแทรกซ้อนกับผู้ให้บริการคนแรก หากผู้ให้บริการคนแรกไม่สะดวก หรือไม่สามารถนัดหมายได้ หรือไม่สามารถให้บริการตรวจติดตามผลที่จำเป็นได้ ผู้ให้บริการควรพูดคุยกับผู้หญิงเพื่อหาทางเลือกไว้ล่วงหน้า หากจำเป็นต้องไปรับการรักษาในกรณีฉุกเฉินในสถานบริการอื่นที่ไม่คุ้นเคยกับการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาและอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากยา ควรแนะนำให้เธอนำเอกสารไปด้วย

การรักษาในกรณีฉุกเฉินส่วนใหญ่จะเหมือนกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับรักษาอาการแท้งเอง สถานบริการด้านสุขภาพในหลายชุมชนได้ให้การรักษาในด้านนี้อยู่แล้ว แต่ในกรณีที่มีอาการข้างเคียงรุนแรงซึ่งมักเกิดขึ้นได้น้อยมาก อาจจำเป็นต้องมีการตรวจติดตามผลในกรณีฉุกเฉิน (ดู “คู่มือทางการแพทย์สำหรับผู้ให้บริการในภาวะฉุกเฉิน” ที่รวมอยู่ในแฟ้มข้อมูลนี้)

การให้คำปรึกษาและการบริการเกี่ยวกับการคุมกำเนิด

ผู้หญิงที่ใช้ยา Medabon® ควรได้รับบริการคุมกำเนิด เพราะหากเธอไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เธอจะสามารถตั้งครรภ์ได้ภายในสิบวันหลังจากที่เธอยุติการตั้งครรภ์แล้ว[40] มีหลักฐานมากมายที่สนับสนุนให้ใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ภายหลังการแท้งที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน[41, 42]

ผู้หญิงสามารถเริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนไม่ว่าจะเป็นยาคุมกำเนิดชนิดรวม (ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสตินไว้ด้วยกัน) หรือยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสตินเพียงอย่างเดียว ในวันเดียวกับที่ใช้ยา Misoprostol เมื่อเนื้อเยื่อจากการตั้งครรภ์ถูกขับออกมา[43] วิธีเหล่านี้ประกอบด้วย การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด[44-46] ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิดและแผ่นแปะคุมกำเนิด สำหรับผู้หญิงที่ใช้ยา Misoprostol ที่บ้าน เธอควรได้รับวิธีคุมกำเนิดแบบฮอร์โมนที่สามารถใช้ได้เองวิธีใดก็ได้กลับไปด้วย และควรบอกให้เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ ในวันที่ใช้ยา Misoprostol เธออาจกลับมาพบผู้ให้บริการเพื่อใช้ยาฉีดหรือยาฝังคุมกำเนิด สำหรับห่วงวงแหวนคุมกำเนิดที่สอดใส่ในช่องคลอด สามารถเริ่มใช้ได้เมื่อเลือดเริ่มออกน้อยลงภายหลังจากที่เนื้อเยื่อจากการตั้งครรภ์ถูกขับออกมา

ถุงยางอนามัย ยาฆ่าเชื้ออสุจิ หมวกครอบปากมดลูกและไดอะแฟรมสามารถใช้ได้ทันทีที่ผู้หญิงเริ่มมีเพศสัมพันธ์อีกครั้ง[1] หากผู้หญิงต้องการใส่ห่วงอนามัยหรือทำหมัน จะทำได้หลังจากที่ตรวจยืนยันแล้วว่าผู้หญิงไม่ตั้งครรภ์ และเนื้อเยื่อจากการตั้งครรภ์ได้ถูกขับออกมาหมดแล้ว

วิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติหรือการนับวันที่ไข่ตก ยังไม่ควรเริ่มใช้จนกว่าผู้หญิงจะมีประจำเดือนตามปกติ และผู้หญิงอาจต้องใช้วิธีคุมกำเนิดแบบขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัยหรือไดอะแฟรม ในขณะรอให้ประจำเดือนมาตามปกติ

4 การกลับมาตรวจติดตามผล

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการกลับมาตรวจติดตามผลที่คลินิกคือประมาณสองสัปดาห์ (10-14 วัน) ภายหลังการใช้ยา Medabon® ในการกลับมาตรวจติดตามครั้งนี้ ผู้ให้บริการจะตรวจเพื่อยืนยันว่าผู้หญิงไม่ได้ตั้งครรภ์ต่อ และลักษณะของเลือดที่ออกอยู่ภายในช่วงปกติ ผู้ให้บริการควรสอบถามให้แน่ใจว่าผู้หญิงได้รับบริการคุมกำเนิด หากต้องการคุมกำเนิดพร้อมตอบคำถามต่างๆ ที่ผู้หญิงต้องการทราบ การตรวจยืนยันว่าการตั้งครรภ์ได้ยุติลงแล้วสามารถทำได้โดยการตรวจภายใน การดูลักษณะเลือดที่ออกและประวัติอาการต่างๆ หรือการทำอัลตราซาวด์หากมีความจำเป็น

สถานการณ์จำลองต่อไปนี้แสดงถึงเหตุการณ์ที่น่าจะเกิดขึ้นได้มากที่สุดในการกลับมาตรวจติดตามผล

การยุติการตั้งครรภ์ ด้วยยาที่ประสบผลสำเร็จ

ผู้หญิงรายงานว่าหลังใช้ยาตามที่ได้รับคำแนะนำเธอรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ได้ยุติลงแล้ว โดยพบว่ามีเลือดออกและปวดเกร็งในช่องท้องซึ่งเป็นอาการที่พบได้ในการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาในผู้ที่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่พบได้ตามปกติทั่วไป

การมีเลือดออกผิดปกติ

การมีเลือดออกผิดปกติครอบคลุมถึงลักษณะการมีเลือดออกที่อาจทำให้ผู้หญิงเกิดอาการอ่อนเพลียจนรู้สึกว่าเป็นปัญหา หรือการมีเลือดออกจนกลายเป็นภาวะฉุกเฉินจริงๆ พบได้น้อยมาก การมีเลือดออกผิดปกติหมายถึง การตั้งครรภ์ของผู้หญิงไม่ได้ดำเนินต่อไปแล้ว แต่ลักษณะการมีเลือดออกของผู้หญิงไม่ได้ค่อยๆ หยุดหายไป นอกจากนี้หากผลการตรวจภายในพบว่า มดลูกมีขนาดเล็กหรือเท่าขนาดปกติในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และไม่พบข้อบ่งชี้อื่นๆ ทางเลือกในการรักษาคือ 1) ให้รออีกระยะหนึ่งเพื่อให้เลือดหยุดไหล 2) ให้ยา Misoprostol เพิ่ม ซึ่งจะช่วยให้มดลูกบีบรัดตัวและขับเนื้อเยื่อที่เหลืออยู่หรือถุงหุ้มเด็กที่ว่างเปล่าออกมา หรือ 3) ให้ขูดมดลูก

รูปแบบของการมีเลือดออกที่ผิดปกติในลักษณะต่างๆ ที่จำเป็นต้องให้การรักษา มีดังนี้คือ

- **การมีเลือดออกมากเป็นเวลายาวนาน** ผู้หญิงอาจมีภาวะเลือดออกอย่างต่อเนื่องเหมือนกับการมีประจำเดือนมากๆ เนื่องจากการใช้ยา Misoprostol แต่หากผู้หญิงรู้สึกอ่อนเพลียจากการมีเลือดออกมากแนะนำให้ใช้เครื่องดูดสุญญากาศดูดออก แต่ถ้าประเมินในทางการแพทย์แล้วพบว่าผู้หญิงไม่อ่อนเพลียและเธอยังรู้สึกสบายดี ควรให้ยา Misoprostol อีกชุดหนึ่ง หากผู้หญิงยินดีที่จะใช้ยาและสามารถกลับมาตรวจ ติดตามผลที่คลินิกได้ในอีกสองวันหรือหนึ่งสัปดาห์ต่อมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาที่พบในแง่ของระยะเวลา และปริมาณของเลือดที่ออก โดยให้ประเมินว่าเลือดที่ออกอยู่นั้นลดน้อยลงหรือไม่[45] แม้ว่าการใช้ยา Misoprostol เป็นครั้งที่สองเพื่อเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกและขับเนื้อเยื่อที่เหลืออยู่ออกมาจะปฏิบัติกันอยู่แล้วในกลุ่มผู้ให้บริการบางคน เพื่อขับให้ถุงน้ำคร่ำที่ติดอยู่ออกมาหรือเพื่อให้ตัวอ่อนถูกขับออกมา[47] แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาว่าการใช้ยา Misoprostol ซ้ำอีก จะช่วยลดภาวะการมีเลือดออกที่ผิดปกตินั้นได้หรือไม่
- **ภาวะการมีเลือดออกที่คาดเดาไม่ได้** ผู้หญิงบางคนมีเลือดออกเพียงเล็กน้อยเป็นเวลาหลายวัน หรือไม่มีเลือดออกเลย หรือมีเลือดออกกะปริดกะปรอย บางครั้งก็มีเลือดออกมากโดยคาดเดาไม่ได้ หรือมีเลือดไหลโชก หากผู้หญิงมีภาวะเลือดออกผิดปกติจนเกิดภาวะโลหิตจางให้ใช้เครื่องดูดสุญญากาศดูดออก
- **ภาวะตกเลือดรุนแรง** ภาวะตกเลือดรุนแรงทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินและควรรักษาโดยการขูดมดลูกในทันทีเพื่อไม่ให้มีสิ่งตกค้างอยู่ หากมีภาวะตกเลือดรุนแรงมาก ควรพิจารณาให้เลือด ถ้าไม่มีบริการให้เลือด ควรส่งต่อผู้หญิงไปรับบริการให้เลือดยังสถานบริการที่ใกล้ที่สุดที่สามารถให้เลือดได้ต่อไป

กรณีที่การตั้งครรภ์ยังคงดำเนินต่อไป

หากผู้หญิงแจ้งว่าเธอยังคงมีอาการเหมือนยังคงตั้งครรภ์อยู่ และมดลูกมีขนาดโตขึ้นกว่าเมื่อตรวจครั้งสุดท้าย แนะนำให้ขูดมดลูกในการมาตรวจติดตามผลในครั้งนี้

โอกาสเกิดความผิดปกติกับทารกในครรภ์หากการตั้งครรภ์ยังคงดำเนินต่อไป

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความผิดปกติของทารกในครรภ์เนื่องมาจากการใช้ยา Mifepristone และ Misoprostol ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด ผลจากการคาดประมาณจากกระบวนการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาที่ทำไปแล้วในผู้หญิงประมาณ 2 ล้านรายในช่วงระหว่างปี ค.ศ.1987 และ ค.ศ. 2008 ในประเทศต่างๆ ที่ดำเนินการโดยห้องทดลองเอกซเซลจิน (Exelgyn Laboratories) ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับสิทธิทางการตลาดของยา Mifepristone โดยใช้ชื่อทางการค้าว่า Mifegyne® พบว่า มีผู้หญิงเพียง 26 รายที่พบความผิดปกติของทารกในครรภ์ในกลุ่มของผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา 2 ชนิดนี้ร่วมกันแล้วยุติการตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ หรือผู้หญิงเปลี่ยนใจที่จะไม่ยุติการตั้งครรภ์ต่อภายหลังจากการใช้ยา Mifepristone[48] ไปแล้ว มีผู้หญิง 6 รายที่รายงานว่า พบความผิดปกติของทารกในครรภ์ภายหลังใช้ยา Mifepristone เพียงอย่างเดียว ขณะที่ผู้หญิงอีก 20 ราย รายงานว่าพบความผิดปกติของทารกในครรภ์ภายหลังใช้ยา Mifepristone และยาพรอสต้าแกลนดิน (Prostagladin) อย่างไรก็ตามจากรายงานดังกล่าวไม่มีหลักฐานใดๆ ที่สามารถสรุปได้ว่า ความผิดปกติของทารกในครรภ์เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยาทั้ง 2 ชนิดดังกล่าวในการยุติการตั้งครรภ์

ผู้หญิงที่เลือกจะตั้งครรภ์ต่อไปจนครบกำหนดคลอดควรได้รับคำปรึกษาถึงโอกาสที่จะเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ ดังนั้นผู้ให้บริการควรสนับสนุนให้ผู้หญิงไปรับการตรวจติดตามผลตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1 World Health Organization (WHO). *Frequently Asked Questions about Medical Abortion: Conclusions of an Internationa lConsensus Conference on Medical Abortion in Early First Trimester, Bellagio, Italy.* Geneva: WHO; 2006. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/medical__abortion/.

2 Creinin M. Medical abortion regimens: historical context and overview. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2000; (2 Suppl):S3–S9.

3 Foster A. *Medication Abortion: A Guide for Health Professionals.* Cambridge: Ibis Reproductive Health; 2005. Available at: www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication__ abortion __A__guide__for__health__professionals__English.pdf.

4 Tang OS, Chan C, Ng E, Lee S, Ho P. A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction.* 2003;18(11):2315–2318.

5 Raghavan S, Comendant R, Digol I, et al. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception.* 2009;79(2):84–90.

6 Hamoda H, Ashok PW, Dow J, Flett GM, Templeton A. A pilot study of mifepristone in combination with sublingual or vaginal misoprostol for medical termination of pregnancy up to 63 days gestation. *Contraception.* 2003;68(5):335–338.

7 von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomized factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2009;116 (3):381–389.

8 Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology.* 2008;112(6):1303–1310.

9 Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussel J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception.* In press.

10 Middleton T, Schaff E, Fielding S, et al. Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception.* 2005;72(5):328–332.

11 Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2002;109(11):1281–1289.

12 Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine.* 1998;338(18):1241–1247.

13 Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine.* 2007;357:648–653.

14 Cable EE, Pepe JA, Donohue SE, Lambrecht RW, Bonkovsky HL. Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. *European Journal of Biochemistry.* 1994;225(2):651–657.

15 Sitruk-Ware R. Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception.* 2006; 74(1):48–55.

16 Davey A. Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception.* 2006;74(1):16–20.

17 Hayes JL, Achilles S, Reeves MF, Creinin MD. Outcomes of medical abortion through 63 days in women with twin gestations. *Contraception.* 2008;78(2):168–169.

18 Strafford M, Mottl-Santiago J, Savla A, Soodoo N, Borgatta L. Relationship of obesity to outcome of medical abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2009;200(5): e34–36.

19 Vogel D, Burkhardt T, Rentsch K, et al. Misoprostol versus methylergometrine: pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2004;191(6):2168–2173.

20 Fiala C, Fux M, Gemzell-Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2003; 82(10):892–903.

21 World Health Organization (WHO). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems.* Geneva: WHO; 2003. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/safe__abortion/.

22 Creinin, MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception.* 2000;62(3):117–124.

23 Winikoff B, Irving S, Kurus J, et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 1997;176(2):431–437.

24 Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction.* 2002;17(3):654–658.

25 Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal.* 1993;307(6906):714–717.

26 Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1998;105(12):1288–1295.

27 Hakim-Elahi E, Towell HM, Burnhill MS. Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology.* 1990;76(1):129–135.

28 Seeber B, Barnhart K. Suspected ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* 2006;107:399–413.

29 Rossing M, Daling J, Voigt L, Stergachis A, Weiss N. Current use of an intrauterine device and risk of tubal pregnancy. *Epidemiology.* 1993;4(3):252–258.

30 Pisarka M, Carson S, Buster J. Ectopic pregnancy. *The Lancet.* 1998;351:1115.

31 El-Refaey H, Templeton A. Early induction of abortion by a combination of oral mifepristone and misoprostol administered by the vaginal route. *Contraception.* 1994;49(2):111–114.

32 Tsai CS, Shepherd BE, Vermund SH. Does douching increase risk for sexually transmitted infections? A prospective study in high-risk adolescents. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2009;200(1):38.e1–8.

33 World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2000;107(4):524–530.

34 Davis A, Westhoff C, De Nonno L. Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of the American Medical Women's Association.* 2000;55(3Suppl):141–144.

35 Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction.* 1998;13(10):2962–2965.

36 Hausknecht R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception.* 2003;67(6):463–465.

37 Schaff E, Stadalius L, Eisinger S, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice.* 1997;44(4):353–361.

38 Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility.* 2009;91(5):1877–1880.

39 Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception.* 2004;70(3):183–190.

40 Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 1972; 113(4):469–473.

41 Mittal S. Contraception after medical abortion. *Contraception.* 2006;74(1):56–60.

42 World Health Organization (WHO). *Medical eligibility criteria for contraceptive use.* Third edition. Geneva: WHO; 2004.

43 Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception* 1998;58(2):99–103.

44 Tang OS, Gao PP, Cheng L, Lee SW, Ho PC. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction.* 1999; 14(3):722–725.

45 Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction.* 2002;17(1):99–102.

46 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *The Care of Women Requesting Induced Abortion: Evidencebased Clinical Guideline Number 7.* London: RCOG Press; 2004.

47 Reeves M, Kudva A, Creinin M. Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception.* 2008;78(4):332–335.

48 Exelgyn. *Mifepristone - Investigators Brochure.* Paris, France: Exelgyn S.A.; 2008.

แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

Castleman L, Winikoff B, Blumenthal P. Providing abortion in low-resource settings. In: Paul M, Lichtenberg S,Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, eds. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell; 2009.

Creinin MD and Gemzell Danielsson K. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, eds. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell; 2009.

Gynuity Health Projects and Reproductive Health Technologies Project (RHTP). Frequently asked questions about fatal infection and mifepristone medical abortion: technical version [fact sheet]. New York: Gynuity Health Projects and RHTP; 2006. Available at: www.gynuity.org/resources/info/faqs-on-fatal-infection-and-medical-abortiontechnical-version/. **Also available in Spanish and Turkish.**

Hyman AG, Castleman LD. *Woman-centered abortion care: Reference manual.* Chapel Hill, NC: Ipas; 2005. Available at: www.ipas.org/Publications/Woman-centered__abortion__care__Reference__manual.aspx. **Also available in French, Portuguese, and Spanish.**

Hyman AG, McInerny T, Turner K. *Woman-centered abortion care: Trainer's manual.* Chapel Hill, NC: Ipas; 2005. Available at: www.ipas.org/Publications/Woman-centered__abortion__ care__Trainers__manual.aspx. **Also available in French, Portuguese, and Spanish.**

Ibis Reproductive Health. *Medication Abortion: A Training Module for Health Professionals.* Cambridge, MA: Ibis Reproductive Health; 2003. Available at: www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication__ Abortion__Training__Module.ppt. **Also available in Arabic.**

International Consortium for Medical Abortion (ICMA). *The ICMA Information Package on Medical Abortion: Information for Health Care Providers.* Available at: www.medicalabortionconsortium.org/articles/for-healthcare-providers/. **Also available in Arabic, French, Hindi, Portuguese, Romanian, Russian, and Spanish.**

Ipas. Best practices in medical abortion: starting contraception after first-trimester abortion [fact sheet]. Chapel Hill, NC: Ipas; 2007. Available at: www.ipas.org/ Publications/asset__upload __file685__2890.pdf. **Also available in German, Russian, and Spanish.**

McInerny T, Baird TL, Hyman AG, Huber AB. *A Guide to Providing Abortion Care.* Chapel Hill, NC: Ipas; 2001. Available at: www.ipas.org/Publications/asset__upload__file207__2447.pdf. **Also available in Romanian and Russian.**

Paul M, Stewart FH, Weitz TA, Wilcox N, Tracey JM. *Early Abortion Training Workbook.* San Francisco, CA: University of California, San Francisco Center for Reproductive Health Research & Policy; 2003. Available at: www.teachtraining.org/Workbook.html.

Philip NM, Shannon C, Winikoff B, eds. *Misoprostol and Teratogenicity: Reviewing the Evidence.* New York: Gynuity Health Projects and Population Council; 2003. Available at: www.gynuityorg/resources/info/misoprostol-andteratogenicity-reviewing-the-evidence/. **Also available in Spanish.**

Talluri-Rao S, Baird TL. *Information and Training Guide for Medication-Abortion Counseling.* Chapel Hill, NC: Ipas; 2003. Available at: www.ipas.org/Publications/asset__upload __file24__2449.pdf. **Also available in Portuguese and Russian.**

แปลโดย
ผศ. รอ. นพ. มานพชัย ธรรมคันโธ, MD., F.R.C.O.G.
ดร. สุภาณี จิวาศักดิ์อภิมาศ

บรรณาธิการแปล
ดร. นุชรี ศรีวิโรจน์
ดร. วรรณภา นาราเวช

ที่ปรึกษา
Dr. Helena Von Hertzen
Mr. Peter Hall

Concept Foundation
111 Paholyothin Rd., Thailand Science Park
Klong 1, Klong Luang
Pathumthani 12120
THAILAND
www.conceptfoundation.org

Ipas
P. O. Box 5027
Chapel Hill, NC 27514
USA
www.ipas.org

PATH
1455 NW Leary Way
Seattle, WA 98107
USA
www.path.org

ท่านสามารถจัดพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลนี้ โดยไม่ต้องขออนุญาต เพื่อการสาธารณประโยชน์และการศึกษาที่ไม่หวังผลกำไร และโปรดระบุหน่วยงานที่พัฒนาข้อมูลคือ Concept Foundation, Ipas และ PATH

www.medabon.info