

อัตราความสำเร็จของการใช้ยา Mifepristone ร่วมกับยา Misoprostol ในการยุติการตั้งครรภ์ สำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วิรุฬห์ ทองชุมนุช พ.บ. ; ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ; ว.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Corresponding author, Email: nureeza.zazaa@gmail.com

(วันรับบทความ : 19 กันยายน 2568, วันแก้ไขบทความ : 9 พฤศจิกายน 2568, วันตอบรับบทความ : 24 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

บทนำ : การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับและมีประสิทธิภาพสูง แต่ยังมีข้อจำกัดในบริบทของประเทศไทยหลังการแก้กฎหมายอาญามาตรา 305

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol ในการยุติการตั้งครรภ์สำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการแท้งไม่สมบูรณ์และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective cohort) โดยทบทวนเวชระเบียนสตรีอายุ 15-50 ปี ที่อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ และได้รับการยุติการตั้งครรภ์ด้วย Mifepristone 200 มก. รับประทาน ตามด้วย Misoprostol 800 ไมโครกรัม รับประทาน 1 ครั้ง ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต รวมทั้งหมด 126 ราย ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา : อัตราความสำเร็จของการแท้งครบอยู่ที่ร้อยละ 78.6 โดยการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแท้งไม่ครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (Adjusted OR 4.4, 95%CI 1.19-16.29) และอายุของฝ่ายชายตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป (Adjusted OR 5.52, 95%CI 1.04-29.12) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.2) พบผลข้างเคียงเพียง 1 อาการ โดยอาการปวดท้องน้อยพบมากที่สุดร้อยละ 65 และไม่พบผลข้างเคียงรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สรุป : สูตร Mifepristone 200 มก. ร่วมกับ Misoprostol 800 ไมโครกรัม เพียงครั้งเดียวในกลุ่มคนไข้อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ มีอัตราความสำเร็จในการแท้งครบอยู่ที่ร้อยละ 78.6 โดยมีปัจจัยด้านระดับการศึกษาและอายุของฝ่ายชายสัมพันธ์กับการแท้งไม่ครบอย่างมีนัยสำคัญ การรักษามีความปลอดภัยและไม่พบผลข้างเคียงรุนแรง

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การยุติการตั้งครรภ์ ยา misoprostol ยา mifepristone ประสิทธิภาพการรักษา ผลข้างเคียง

Success Rate of Mifepristone Combined with Misoprostol in Termination of Unwanted Pregnancy at Vachira Phuket Hospital

Wirun Thongchumnum, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Vachira Phuket Hospital

Abstract

Background: Unintended pregnancy is a major public health and social issue with significant physical, psychological, and socioeconomic consequences. Medical abortion using mifepristone in combination with misoprostol is a well-established and highly effective method; however, evidence in the Thai context remains limited, particularly following the amendment of the Criminal Code Section 305.

Objective: To evaluate the effectiveness of mifepristone combined with misoprostol for termination of unintended pregnancy, and to identify factors associated with incomplete abortion and adverse effects.

Materials and Methods: This retrospective cohort study reviewed medical records of women aged 15–50 years with gestational age ≤ 12 weeks who underwent medical abortion with oral mifepristone 200 mg followed by sublingual misoprostol 800 μg at Vachira Phuket Hospital. A total of 126 cases were included Between June 2024 to March 2025

Results: The complete abortion rate was 78.6%. Multivariate analysis demonstrated that lower educational attainment (secondary school vs. bachelor's degree or higher: adjusted OR 4.4, 95% CI 1.19–16.29) and partner's age ≥ 30 years (adjusted OR 5.52, 95% CI 1.04–29.12) were significantly associated with incomplete abortion. Most patients (76.2%) reported only one adverse effect, with lower abdominal cramping being the most common (65%) and no serious complications requiring hospitalization were observed.

Conclusion: A single regimen of mifepristone 200 mg followed by misoprostol 800 μg achieved a complete abortion rate of 78.6% among women with gestational age ≤ 12 weeks. Educational level and partner's age were significantly associated with incomplete abortion. The regimen was generally safe with no severe adverse events. Tailored counseling and consideration of repeat misoprostol dosing may enhance treatment effectiveness in clinical practice.

Keywords : unwanted pregnancy, medical abortion, mifepristone, misoprostol, efficacy, adverse effects

บทนำ

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมถือเป็นปัญหาทางสังคมและสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้หญิงและสังคมในวงกว้าง ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักจะเผชิญกับปัญหาเริ่มต้นตั้งแต่การตั้งครรภ์ในช่วงแรก เช่น การมาฝากครรภ์ช้า, ฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ หรืออาจไม่มาฝากครรภ์เลย นอกจากนี้ยังส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หลายประการ เช่น ภาวะแท้ง, ภาวะตกเลือดหลังคลอด, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และยังส่งผลต่อไปในช่วงหลังคลอดที่ทำให้การดูแลเด็กที่คลอดมาไม่เหมาะสม ทั้งการขาดการให้นมบุตร เกิดภาวะขาดสารอาหาร หรือแม้แต่เกิดการทอดทิ้งเด็กที่เกิดมา เป็นต้น โดยนอกเหนือจากภาวะทางกายแล้ว สภาวะทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมก็ยังได้รับผลกระทบเช่นกัน เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าทั้งระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งการขาดการสนับสนุนทางการเงินและการขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างครบครันแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาครัฐในการใช้ทรัพยากรมนุษย์และงบประมาณในการดูแลปัญหาเหล่านี้อีกด้วย ดังนั้นการแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อบุคลากรภาครัฐอย่างมาก⁽¹⁻⁵⁾

นอกเหนือจากการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยลดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมแล้วนั้น การยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย (Safe abortion) เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่สามารถช่วยลดปัญหาที่ตามมาของสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจุบันตั้งแต่ พ.ศ.2564 ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 305 ได้บัญญัติไว้ว่า “ถ้า

การกระทำความผิดตามมาตรา 301 หรือมาตรา 302 เป็นการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภาในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้กระทำไม่มีความผิด” โดยในวงเล็บ (4) ระบุว่า “หญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์”⁽⁶⁾ ซึ่งการเปลี่ยนบทบัญญัตินี้สามารถเป็นทางเลือกให้แก่สตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่สามารถเข้าสู่การรับบริการในการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยได้มากยิ่งขึ้น

ปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ได้เผยแพร่แนวทางการดูแลการยุติการตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2565 ภายใต้หัวข้อ "Abortion Care Guideline" ซึ่งมีคำแนะนำสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ หนึ่งในวิธีที่แนะนำคือการใช้ยา Mifepristone ร่วมกับยา Misoprostol เพื่อยุติการตั้งครรภ์ โดยองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้ยา Mifepristone ขนาด 200 มิลลิกรัมรับประทานทางปาก จากนั้นรอน้อย 24 ชั่วโมง และให้ยา Misoprostol ขนาด 800 ไมโครกรัม โดยสามารถเลือกใช้วิธีการเหน็บทางช่องคลอด อมใต้ลิ้น หรืออมทางกระพุ้งแก้มได้ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้แนะนำว่าหากอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ สามารถดำเนินการยุติการตั้งครรภ์แบบผู้ป่วยนอกได้ ในกรณีที่สตรีได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาและการจัดการผลข้างเคียง⁽⁷⁾

ผลการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์หลายฉบับได้แสดงให้เห็นว่า การใช้ Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol สำหรับการยุติการตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพที่สูงมาก โดยพบว่าอัตราการแท้งสมบูรณ์มีมากกว่า ร้อยละ 90

นอกจากนี้ ยังมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ ทำให้ในปัจจุบัน สูตรยาดังกล่าวได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการยุติการตั้งครรภ์ อีกทั้งยังมีข้อมูลและหลักฐานทางการแพทย์ที่สนับสนุนการให้ยาทั้งสองนี้อย่างมากมาย⁽⁸⁻¹²⁾

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาอัตราความสำเร็จของการให้ยา Mifepristone ร่วมกับยา Misoprostol ในการยุติการตั้งครรภ์ สำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

วัตถุประสงค์รอง

- ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการแท้งสมบูรณ์และไม่สมบูรณ์จากการให้ยา Mifepristone ร่วมกับยา Misoprostol
- ศึกษาผลข้างเคียงของการให้ยา Mifepristone ร่วมกับยา Misoprostol

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา (Research design)

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective cohort study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. สตรีอายุตั้งแต่ 15-50 ปี ตั้งครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 84 วัน (12 สัปดาห์)
2. ต้องการยุติการตั้งครรภ์โดยความประสงค์ของสตรีเอง เป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 305 วงเล็บ (4)

3. ได้รับการยืนยันอายุครรภ์จากการทำอัลตราซาวด์
4. ตั้งครรภ์ภายในมดลูก (Intrauterine pregnancy)
5. ทำการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการให้ยา Mifepristone 200 มิลลิกรัม ด้วยการรับประทาน แล้วตามด้วยยา Misoprostol ขนาด 800 ไมโครกรัมด้วยการอมใต้ลิ้น 24-48 ชั่วโมง หลังรับประทาน Mifepristone

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. สตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ไม่มาติดตามอาการตามนัดหลังการแท้งบุตร
2. มีการตั้งครรภ์ที่ตัวอ่อนเสียชีวิตแล้ว (Embryonic death) , ภาวะท้องลม (Blighted Ovum) หรือสตรีที่มีภาวะแท้ง (Abortion) เกิดขึ้นก่อนการให้ยา

ขนาดตัวอย่าง (Population size)

จากการทบทวนวรรณกรรมโดย Akter และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าการให้ยา mifepristone ขนาด 200 มิลลิกรัม ร่วมกับ misoprostol ขนาด 800 ไมโครกรัม มีประสิทธิภาพในการยุติการตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 92 ซึ่งเป็นการศึกษาที่ดำเนินการในกลุ่มผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ (unwanted pregnancy) เช่นเดียวกัน จึงมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผู้วิจัยต้องการดำเนินการ สำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างในงานวิจัยนี้ได้ดำเนินการผ่านสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในแอปพลิเคชัน n4studies⁽¹³⁻¹⁵⁾ ทางผู้วิจัยคำนวณเพื่ออีกร้อยละ 10 เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้นใช้จำนวนตัวอย่าง $114+12 = 126$ ราย

ขั้นตอนการติดตามอาการผู้ป่วย

1. แพทย์ประเมินอายุครรภ์จากประวัติประจำเดือนและการตรวจอัลตราซาวด์
2. ให้อายุครรภ์ตั้งครรภ์ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และสอดคล้องตามกฎหมาย มาตรา 305 (4)
3. ผู้ป่วยได้รับการนัดติดตามอาการที่ 2 สัปดาห์หลังได้รับยา เพื่อประเมินผลกรดยุติการตั้งครรภ์ โดยประกอบด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจอัลตราซาวด์ทางนรีเวช นอกจากนี้ยังทำการบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse effects) ลงในเวชระเบียน
4. วินิจฉัยภาวะการแท้งไม่สมบูรณ์จากอาการทางคลินิก ได้แก่ การมีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (persistent vaginal bleeding) และ/หรือ ผลอัลตราซาวด์ที่พบเศษชิ้นเนื้อการตั้งครรภ์ค้างในโพรงมดลูก (retained products of conception)

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้โปรแกรม R version 4.4.1

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลข้อมูลประกอบด้วย

1. แสดงข้อมูลพื้นฐาน

- ข้อมูลตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variables) นำเสนอในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ SD) หรือ มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) Median (IQR)

- ข้อมูลตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (Discrete

variables) นำเสนอในรูปแบบ จำนวน (ร้อยละ) Counts (Percentages)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรต่อเนื่องระหว่าง 2 กลุ่ม ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test ก่อนเลือกใช้ Student's t-test หรือ Wilcoxon rank-sum test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรไม่ต่อเนื่องระหว่าง 3 กลุ่ม โดยใช้ Pearson's Chi-squared test หรือ Fisher's exact test

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแท้งไม่สมบูรณ์โดยใช้การวิเคราะห์ Logistic Regression โดยมีเกณฑ์คัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดล Multiple Logistic Regression จากการวิเคราะห์ Univariate ที่มีค่า p-value < 0.2 ผลการวิเคราะห์รายงานเป็นค่า Odds Ratio (OR), ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) และ p-value (แบบ 2-tailed) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษา

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำนวนทั้งสิ้น 126 ราย ที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา Mifepristone ร่วมกับ Misoprostol ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าอัตราความสำเร็จของการแท้งครบ (Complete abortion) อยู่ที่ร้อยละ 78.6 (จำนวน 99 ราย) ในขณะที่พบภาวะแท้งไม่ครบ (Incomplete abortion) ร้อยละ 21.4 (จำนวน 27 ราย)

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (Baseline characteristics)

เมื่อพิจารณาลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบว่าอายุครรภ์เฉลี่ยอยู่ที่ 53.6 ± 9.8 วัน ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 43.7) รองลงมาคือ ≥ 30 ปี (ร้อยละ 39.6) มากกว่าครึ่งหนึ่ง เคยตั้งครรภ์มาก่อน (ร้อยละ 56.3) และมีดัชนีมวลกาย < 25 kg/m² (ร้อยละ 57.9) ด้านปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าสัดส่วนสูงสุด มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย (ร้อยละ 33.3) ประกอบอาชีพ ลูกจ้าง/รับจ้าง (ร้อยละ 53.2) และส่วนมากมีสถานะทางการเงินจากการสอบถามโดยตรงกับผู้ป่วยในระดับ “แย่” (ร้อยละ 59.5) ด้านสถานภาพความสัมพันธ์

พบว่า ร้อยละ 38.9 แต่งงานแล้ว, ร้อยละ 34.1 อยู่ในความสัมพันธ์แบบคู่รัก, และ ร้อยละ 27 แยกทาง/หย่าร้าง ส่วนการคุมกำเนิด ร้อยละ 65.9 ไม่เคยใช้วิธีคุมกำเนิดใดๆมาก่อน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่แท้งสมบูรณ์และแท้งไม่สมบูรณ์ พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 ปัจจัย ได้แก่ อายุของฝ่ายชาย: กลุ่มแท้งไม่สมบูรณ์มีอายุของฝ่ายชายสูงกว่า (มัธยฐาน 32 ปี [IQR 25.5-39.5] เทียบกับ 27 ปี [IQR 22-33], $p = 0.048$) โรคประจำตัวของสตรี: พบสัดส่วนโรคประจำตัวสูงกว่าในกลุ่มแท้งไม่สมบูรณ์ (ร้อยละ 18.5 เทียบกับ ร้อยละ 4.0, $p = 0.038$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 126)

ปัจจัยพื้นฐาน	แท้งครบ (99)	แท้งไม่ครบ (27)	ทั้งหมด (126)	P value
ช่วงอายุ (ปี)				0.165
<20	18 (18.1%)	3 (11.1%)	21 (16.7%)	
20-29	46 (46.5%)	9 (33.3%)	55 (43.7%)	
≥ 30	35 (35.4%)	15 (55.6%)	50 (39.6%)	
ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)				0.346
<25	60 (60.6%)	13 (48.1%)	73 (57.9%)	
≥ 25	39 (39.4%)	14 (51.9%)	53 (42.1%)	
ประวัติการตั้งครรภ์				0.061
เคยตั้งครรภ์มาก่อน	51 (51.5%)	20 (74.1%)	71 (56.3%)	
ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน	48 (48.5%)	7 (25.9%)	55 (43.7%)	
อายุครรภ์ (วัน)				0.435
Mean (SD)	53.2 (9.5)	54.9 (11)	53.6 (9.8)	

ปัจจัยพื้นฐาน	แท้งครบ (99)	แท้งไม่ครบ (27)	ทั้งหมด (126)	P value
ระดับการศึกษา				0.079
ประถมศึกษา	8 (8.1%)	5 (18.5%)	13 (10.3%)	
มัธยมต้น	17 (17.2%)	9 (33.4%)	26 (20.6%)	
มัธยมปลาย	35 (35.4%)	7 (25.9%)	42 (33.3%)	
ปวช.	7 (7.1%)	1 (3.7%)	8 (6.4%)	
ปวส./อนุปริญญา	13 (13.1%)	0 (0%)	13 (10.3%)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	19 (19.1%)	5 (18.5%)	24 (19.1%)	
อาชีพ				1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14 (14.1%)	3 (11.1%)	17 (13.5%)	
นักเรียน/นักศึกษา	18 (18.2%)	5 (18.5%)	23 (18.3%)	
ธุรกิจ	10 (10.1%)	3 (11.1%)	13 (10.3%)	
ลูกจ้าง/รับจ้าง	52 (52.5%)	15 (55.6%)	67 (53.2%)	
ข้าราชการ	5 (5.1%)	1 (3.7%)	6 (4.7%)	
สถานภาพความสัมพันธ์				0.595
แฟน/คู่รัก	36 (36.4%)	7 (25.9%)	43 (34.1%)	
แต่งงาน	37 (37.4%)	12 (44.5%)	49 (38.9%)	
แยกทาง/หย่าร้าง	26 (26.2%)	8 (29.6%)	34 (27%)	
เศรษฐกิจฐานะ				0.888
แย่	59 (59.6%)	16 (59.3%)	75 (59.5%)	
ปานกลาง	35 (35.4%)	9 (33.3%)	44 (34.9%)	
ดี	5 (5%)	2 (7.4%)	7 (5.6%)	
การคุมกำเนิด				0.631
ไม่เคยคุมกำเนิด	67 (67.7%)	16 (59.3%)	83 (65.9%)	
ถุงยางอนามัย	8 (8.1%)	3 (11.1%)	11 (8.7%)	
ห่วงอนามัย	1 (1%)	1 (3.7%)	2 (1.6%)	
ยาคุมกำเนิดชนิดฉีด	1 (1%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
ยาคุมฉุกเฉิน	5 (5.1%)	3 (11.1%)	8 (6.3%)	
ยาคุมชนิดทาน (ทานสม่ำเสมอ)	3 (3%)	0 (0%)	3 (2.4%)	
ยาคุมชนิดทาน (ทานไม่สม่ำเสมอ)	14 (14.1%)	4 (14.8%)	18 (14.3%)	

ปัจจัยพื้นฐาน	แท้งครบ (99)	แท้งไม่ครบ (27)	ทั้งหมด (126)	P value
โรคประจำตัว				0.038
เบาหวาน	1 (1%)	2 (7.4%)	3 (2.4%)	
ความดันโลหิตสูง	1 (1%)	1 (3.7%)	2 (1.6%)	
โรคทางจิตเวช	2 (2%)	2 (7.4%)	4 (3.2%)	
ไม่มี	95 (96%)	22 (81.5%)	117 (92.8%)	
อายุฝ่ายชาย				0.048
Median (IQR)	27 (22,33)	32 (25.5,39.5)	28 (23,34.8)	

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariate logistic regression) เพื่อควบคุมตัวแปรกวน พบว่า มี 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแท้งไม่สมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2) ได้แก่

ระดับการศึกษา: สตรีที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น มีโอกาสเกิดการแท้งไม่สมบูรณ์ สูงกว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีการศึกษาระดับ ปวส./อนุปริญญา

หรือสูงกว่า 4.4 เท่า (*Adjusted OR 4.4, 95% CI 1.19–16.29, $p = 0.026$*)

อายุของฝ่ายชาย: การมีคู่นอนอายุ ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป สัมพันธ์กับโอกาสการแท้งไม่สมบูรณ์ สูงกว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีคู่นอนอายุน้อยกว่า 20 ปี 5.52 เท่า (*Adjusted OR 5.52, 95% CI 1.04–29.12, $p = 0.044$*)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) และการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis) ต่อการแท้งไม่ครบ

ปัจจัยพื้นฐาน	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	P-value	OR (95%CI)	P-value
ช่วงอายุ		0.165	-	-
น้อยกว่า 20 ปี	1			
20-29 ปี	1.17 (0.28,4.84)			
มากกว่าเท่ากับ 30 ปี	2.57 (0.66,10.06)			
ประวัติการตั้งครรภ์			-	-
เคยตั้งครรภ์ เทียบกับ ไม่เคย	2.69 (1.04,6.93)	0.032		
ระดับการศึกษา		0.079		0.052
ปวส./อนุปริญญาหรือสูงกว่า	1		1	
ประถมศึกษา	4 (0.93,17.25)		3.9 (0.83,18.26)	0.084
มัธยมต้น	3.39 (0.98,11.73)		4.4 (1.19,16.29)	0.026*
มัธยมปลาย	1.22 (0.36,4.08)		1.23 (0.36,4.23)	0.737

ปัจจัยพื้นฐาน	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	P-value	OR (95%CI)	P-value
โรคประจำตัว		0.128	-	-
เบาหวาน	1			
ความดันโลหิตสูง	0.5 (0.01,19.56)			
โรคทางจิตเวช	0.5 (0.02,11.09)			
ไม่มี	0.12 (0.01,1.33)			
อายุผู้ป่วยชาย		0.057		0.036*
น้อยกว่า 20 ปี	1		1	
20-29 ปี	1.28 (0.24,6.68)		2.2 (0.39,12.39)	0.373
มากกว่าเท่ากับ 30 ปี	3.45 (0.71,16.78)		5.52 (1.04,29.12)	0.044

* นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ในด้านความปลอดภัยและผลข้างเคียงของการรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.2) มีผลข้างเคียงเพียง 1 อาการ และอาการที่พบบ่อยที่สุดคือปวดท้องน้อย (ร้อยละ 65.0) โดยไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (serious adverse events) ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนถึงกำหนดนัดติดตาม เมื่อ

เปรียบเทียบ ระยะเวลาการมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังการขับถ่ายการตั้งครรภ์ออก ระหว่างกลุ่มแท้งสมบูรณ์และแท้งไม่สมบูรณ์ พบว่า กลุ่มแท้งไม่สมบูรณ์มีระยะเวลาเลือดออกยาวนานกว่ากลุ่มแท้งสมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 14 วัน และ 7 วัน ($p < 0.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลข้างเคียงจากการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ (n = 126)

	แท้งครบ (99)	แท้งไม่ครบ (27)	รวม (126)	P-value
ผลข้างเคียง*				0.655
ไม่มี	12 (12.1%)	4 (14.8%)	16 (12.7%)	
มีเพียง 1 อาการ	77 (77.8%)	19 (70.4%)	96 (76.2%)	
มีมากกว่า 1 อาการ	10 (10.1%)	4 (14.8%)	14 (11.1%)	
จำนวนวันที่เลือดออกหลัง การตั้งครรภ์หลุด				< 0.001
Median (IQR)	7 (5,7)	14 (13,14)	7 (5.2,10)	

* ผลข้างเคียงที่เก็บข้อมูล เช่น ปวดท้องน้อย, คลื่นไส้อาเจียน, ปวดศีรษะ เป็นต้น

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่าการใช้สูตร mifepristone 200 มิลลิกรัม ตามด้วย misoprostol 800 ไมโครกรัม รับประทานเพียงครั้งเดียว มีอัตราความสำเร็จของการแท้งที่ร้อยละ 78.6 ซึ่งต่ำกว่าประสิทธิผลที่รายงานจากงานวิจัยต่างประเทศซึ่งมักอยู่ที่ร้อยละ 94-98 ในสตรีที่มีอายุครรภ์ ≤ 63 วัน^(10,16) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ว่า เมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้นในช่วงปลายไตรมาสแรก (10-12 สัปดาห์) ประสิทธิภาพของการทำแท้งด้วยยาจะลดลง และมีรายงานอัตราความสำเร็จอยู่ระหว่างร้อยละ 78.6-94.6⁽¹⁷⁾ โดยเหตุผลที่อัตราสำเร็จต่ำกว่างานวิจัยสากล อาจอธิบายได้จากหลายปัจจัยได้แก่

1. สูตรการใช้ยา - ในการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ mifepristone 200 mg. ตามด้วย misoprostol 800 μ g เพียงครั้งเดียว ขณะที่แนวทางองค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ให้ซ้ำหากยังไม่ขับออกในเวลาที่เหมาะสม⁽⁷⁾

2. อายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มศึกษา - มีสัดส่วนของสตรีที่มีอายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์สูงกว่าการศึกษาส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โอกาสแท้งไม่ครบเพิ่มขึ้น⁽¹⁷⁾

3. ปัจจัยด้านการปฏิบัติจริง - ในระบบบริการจริง แพทย์อาจพิจารณาทำหัตถการเพิ่มเติมเพื่อยุติการตั้งครรภ์เร็วกว่าการรอผลของยา ซึ่งอาจทำให้ภาพรวมของอัตราสำเร็จด้วยยาดำกว่าความเป็นจริง

ในการวิเคราะห์หลายตัวแปร ระดับการศึกษาพบมีความสัมพันธ์กับการแท้งไม่สมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น มีโอกาสแท้งไม่สมบูรณ์สูงกว่ากลุ่มที่มี

การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (Adjusted OR 4.4, 95% CI 1.19-16.3, $p = 0.026$) ซึ่งอาจสะท้อนความแตกต่างด้านความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) และความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ อายุของคู่่อนฝ่ายชาย ≥ 30 ปี ยังมีความสัมพันธ์กับการแท้งไม่สมบูรณ์ (Adjusted OR 5.52, 95% CI 1.04-29.12, $p = 0.044$) อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เพิ่มเติมในกลุ่มนี้พบว่า อายุของฝ่ายหญิงระหว่างกลุ่มแท้งสมบูรณ์และแท้งไม่สมบูรณ์มีความใกล้เคียงกัน (ค่ามัธยฐาน 32 ปี เทียบกับ 33 ปี) ซึ่งชี้ว่าอายุของฝ่ายหญิงไม่น่าจะเป็นปัจจัยอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ ปัจจุบันกลไกที่เชื่อมโยงอายุของคู่่อนฝ่ายชายกับผลลัพธ์การแท้งยังไม่ชัดเจน โดยอาจเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยเชิงบริบททางสังคมและพลวัตของความสัมพันธ์ มากกว่าปัจจัยทางชีวภาพโดยตรง เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือความพร้อมของคู่สมรส ซึ่งยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันสมมติฐานดังกล่าว

แม้ผลการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ควรตีความด้วยความระมัดระวังเนื่องจาก ขนาดตัวอย่างที่ไม่มาก ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของค่าประมาณ (estimate precision) และช่วงความเชื่อมั่น (confidence intervals)

จากผลการศึกษาทางผู้วิจัยสามารถสรุปข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติได้ว่า

1. การให้ misoprostol ซ้ำ อาจสามารถนำมาใช้ในเวชปฏิบัติจริงได้ โดยเฉพาะในสตรีที่มีอายุครรภ์มากกว่า 9 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา^(17, 18)

2. พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและสื่อสารศึกษาให้สอดคล้องกับระดับการศึกษาและบริบทผู้รับบริการ เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษา การสื่อสารที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมความเข้าใจ การปฏิบัติตามคำแนะนำ และการประเมินอาการผิดปกติอย่างทันท่วงที

3. การใช้รูปแบบการรักษาที่บ้านร่วมกับ telemedicine เป็นแนวทางที่ควรพิจารณาเพื่อลดภาระของระบบบริการและเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึง โดยยังคงประสิทธิผลและความปลอดภัย⁽⁹⁾

4. ใช้ระยะเวลาการมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นหนึ่งในตัวชี้ทางคลินิกระหว่างการติดตามผล เนื่องจากผู้ที่มีการแท้งไม่สมบูรณ์มีระยะเวลาการมีเลือดออกนานกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3) ดังนั้น หากยังพบเลือดออกต่อเนื่องในวันที่ติดตามผล (2 สัปดาห์ตามระเบียบวิธีของการศึกษานี้) ควรพิจารณาประเมินเพิ่มเติมด้วยการตรวจภายในร่วมกับอัลตราซาวด์ เพื่อยืนยันความสมบูรณ์ของการแท้งและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที

ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้ว่าการศึกษานี้จะสะท้อนข้อมูลจริงจากบริบทบริการในประเทศไทยหลังการแก้กฎหมายซึ่งเป็นจุดแข็งที่สำคัญ แต่ข้อจำกัดคือเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง, กลุ่มตัวอย่างมาจาก

โรงพยาบาลเดียว, นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยที่แท้งไม่ครบซึ่งเป็นผลลัพธ์หลักของการศึกษามีจำนวนน้อยอาจส่งผลต่อกำลังทางสถิติ (Statistical Power) ทำให้การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงมีความคลาดเคลื่อนได้ และการไม่ได้ใช้สูตรการให้ misoprostol ซ้ำ อาจทำให้อัตราความสำเร็จโดยรวมต่ำกว่างานวิจัยสากลได้

ข้อเสนอแนะในอนาคต

ควรมีการศึกษาแบบ prospective หรือ randomized controlled trial ที่เปรียบเทียบการให้ misoprostol ครั้งเดียวกับการให้ซ้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุครรภ์ 9–12 สัปดาห์ หรือเปรียบเทียบการรักษาแบบผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน เพื่อหาความแตกต่างของประสิทธิผลการรักษา

สรุป

สูตร mifepristone 200 มิลลิกรัม ตามด้วย misoprostol 800 ไมโครกรัม เพียงครั้งเดียว มีอัตราความสำเร็จร้อยละ 78.6 ในสตรีอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแท้งไม่ครบ ได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำและอายุคู่สมรสชาย ≥ 30 ปี การปรับใช้แนวทางสากลที่เน้นการให้ misoprostol ซ้ำและการพัฒนาการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม อาจช่วยเพิ่มประสิทธิผลการรักษาได้แม้ว่าอาจต้องรอนงานวิจัยสนับสนุนเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. Finer LB, Zolna MR. Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008–2011. *N Engl J Med*. 2016;374(9):843–52.
2. Klima CS. Unintended pregnancy: consequences and solutions for a worldwide problem. *J Nurse Midwifery*. 1998;43(6):483–91.

3. Leftwich HK, Alves MV. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64(2):381–8.
4. Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D. Unintended pregnancy and postpartum depression: a meta-analysis of cohort and case-control studies. *J Psychosom Res.* 2020;138:110259.
5. Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: a narrative review article. *Iran J Public Health.* 2015;44(1):12–21.
6. Royal Thai Government Gazette [Internet]. Bangkok: Office of the Council of State; 2021 [cited 2025 Aug 7]. Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/010/T_0001.PDF
7. World Health Organization. Abortion care guideline [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
8. Bryant AG, Regan E, Stuart G. An overview of medical abortion for clinical practice. *Obstet Gynecol Surv.* 2014;69(1):39–45.
9. Podolskyi V, Gemzell-Danielsson K, Maltzman LL, Marions L. Effectiveness and acceptability of home use of misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023;102(5):541–8.
10. Chen MJ, Creinin MD. Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2015;126(1):12–21.
11. Ferguson I, Scott H. Systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of mifepristone and misoprostol for medical abortion in low- and middle-income countries. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(12):1532–42.e2.
12. Akter S, et al. Termination of unwanted pregnancy by medication (mifepristone and misoprostol). *Sch Int J Obstet Gynecol.* 2024;7(4):148–54.
13. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies [mobile application]. Version 2.3. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2024. Available from: App Store.

14. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
15. Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2021.
16. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(1):26–37.
17. Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*. 2019;99(2):77–86.
18. Løkeland M, Iversen OE, Dahle GS, Nappen MH, Ertzeid L, Bjørge L. Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstet Gynecol*. 2010 May;115(5):962-968.