

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล ของยาไมโสพรอสตอล ขนาด 400 และ 600 ไมโครกรัม
เหน็บทางช่องคลอดในการยุติการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์
ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

The Study of Effectiveness of 400 or 600 Micrograms of Vaginal Misoprostol
for Terminations of Early Pregnancies in Sisaket Hospital

Patipol Sonthanakorn M.D.*

ปฏิพล สันธนาคร พ.บ.*

ABSTRACT

Objectives : To compare the effectiveness and side effects of transvaginal application of 400 or 600 µg of misoprostol for termination of pregnancy.

Study design : A prospective randomized single-blinded trial.

Setting : Department of Obstetrics & Gynecology Sisaket Hospital

Material and Method : 89 pregnant women with less than 20 weeks gestational, at Sisaket Hospital from May 1, 2010 to April 30, 2011 were recruited. The termination of pregnancy had been suggested by the obstetrician and the decision was made by the patient and her husband. The sample were randomized into 2 groups. Group 1 had 44 patients and 400 µg (2 tablets) of misoprostol was applied three times in a 6 hour interval. Group 2 had 45 patients and 600 µg (3 tablets) of misoprostol was applied in the same manner. Both groups were observed and evaluated within 24 hours.

Main outcome measures : Rate of complete abortion and side effects of both 400 and 600 µg misoprostol within 24 hours.

Results : No statistical significant difference was found in the general characteristics of both sample groups. Group 1 had an abortion rate of 40.33 % while group 2 had an abortion rate of 62.29%. This was statistically significant between two groups . The time interval after insertion to complete abortion was 11.25 ± 5.18 hours in group 1 and 10.55 ± 5.75 hours in group 2. Side effects, such as fever, lower abdominal pain, massive vaginal bleeding and diarrhea showed no statistical difference between two groups.

Conclusion : Transvaginal application of 600 µg misoprostol (3 times every 6 hours) caused a higher rate of complete abortion compared with an application of 400 µg misoprostol. The side effect of both groups showed no statistical difference.

Key words : Termination of pregnancy, Misoprostol

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรม) โรงพยาบาลศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น จากการใช้ยาไมโสพรอสตอล ขนาด 400 และ 600 ไมโครกรัม เหน็บทางช่องคลอดในการทำให้เกิด การแท้งครบในหญิงตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 20 สัปดาห์

ชนิดของการวิจัย : การวิจัยเชิงทดลองที่แบ่งตัวอย่างโดยการสุ่มทางเดียว

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วัสดุและวิธีการ : หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 89 ราย ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2554 ได้รับความเห็นชอบให้ยุติการตั้งครรภ์จากแพทย์ผู้ดูแลรักษา และได้รับความยินยอมจากหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีสุ่ม กลุ่มที่หนึ่ง 44 ราย เหน็บไมโสพรอสตอล ทางช่องคลอด ขนาด 200 ไมโครกรัม จำนวน 2 เม็ด (400 ไมโครกรัม ทุก 6 ชั่วโมง 3 ครั้ง) กลุ่มที่สอง 45 ราย เหน็บไมโสพรอสตอลทางช่องคลอด จำนวน 3 เม็ด (600 ไมโครกรัม ทุก 6 ชั่วโมง 3 ครั้ง) สังเกตและประเมินผล ภายใน 24 ชั่วโมง

ตัววัดที่สำคัญ : อัตราการแท้งครบ และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ไมโสพรอสตอล ขนาด 400 และ 600 ไมโครกรัม เหน็บทางช่องคลอด ใน 24 ชั่วโมง

ผลการศึกษา : จากการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในลักษณะข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มที่ทำศึกษาวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มที่เหน็บยาไมโสพรอสตอล ขนาด 400 ไมโครกรัม มีอัตราแท้งครบใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 40.91 ต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ยาไมโสพรอสตอล ขนาด 600 ไมโครกรัม ซึ่งมีอัตราแท้งครบ ร้อยละ 62.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น ไข้, ปวดท้องน้อย, เลือดออกมากทางช่องคลอด, ถ่ายเหลวไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษาวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม

สรุป : ไมโสพรอสตอล เหน็บทางช่องคลอด ขนาด 600 ไมโครกรัม ทุก 6 ชั่วโมง 3 ครั้ง สามารถทำให้เกิดแท้งครบได้สูงกว่า ขนาด 400 ไมโครกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่อาการข้างเคียงจากการใช้ยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การยุติการตั้งครรภ์, ไมโสพรอสตอล

บทนำ

ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่จะยุติการตั้งครรภ์ที่สำคัญได้แก่ Blighted ovum, Dead fetus in utero (DFIU), Severe fetal anomalies, หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจรุนแรง, โรคไตวาย เป็นต้น ในหญิงมีครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 14 สัปดาห์ การขูดมดลูก (dilatation and curettage) ถือเป็นมาตรฐานในการทำหัตถการ^(1,2) พบว่าหัตถการการทำการขูดมดลูก มีภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ การติดเชื้อในโพรงมดลูก (uterine infection), มดลูกทะลุ (uterine perforation), ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ (anesthetic complication) การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยา oxytocin ทางหลอดเลือดดำ พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อมดลูกแตก (uterine rupture), ความดันโลหิตต่ำ (hypotension), ปัสสาวะไม่ออก (oliguria) การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธี intra - amniotic hyperosmotic fluid ด้วย 20 % NSS หรือ 30% urea ในปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนมาก เช่น electrolytes imbalance, congestive heart failure, intra-abdominal infection และ water intoxication^(1,2)

ในปัจจุบันมีการนำเอายา Prostaglandins มาใช้ในการยุติการตั้งครรภ์มากขึ้น เนื่องจากพบภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงของยาน้อยมาก การใช้ Prostaglandins E2 พบว่าใช้ได้ผลดี แต่ยามีราคาแพงในปัจจุบันจึงนิยมใช้น้อย ขณะที่ Synthetic Prostaglandins E1 หรือ Misoprostal (cytotec®) นิยมใช้มากขึ้น เนื่องจากยามีราคาถูกและมีผลข้างเคียงของยาน้อย^(3,4) พบว่าการใช้ยา Misoprostal (cytotec®) สามารถทำให้ปากมดลูกนุ่ม เป็ด และกระตุ้นให้มีการบีบรัดตัวของมดลูก (uterine contraction) ในปี 1988 สติแพทย์ที่

ประเทศบราซิลได้นำยา Misoprostal มาใช้ยุติการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก⁽⁵⁾ และใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลกในเวลาต่อมา ในประเทศไทยมีการใช้ยา Misoprostol เพื่อยุติการตั้งครรภ์ พบว่าให้ผลสำเร็จประมาณ 40% -90%⁽⁶⁻¹²⁾

ขนาดของยา Misoprostol ที่ใช้เน้นทางช่องคลอด ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะใช้ขนาดเท่าไรใช้บ่อยเท่าไรต่อวัน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ Misoprostal (cytotec®) ขนาดให้ยา 400 µg และ 600 µg ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง หลังจากให้ยา 24 ชั่วโมง เก็บข้อมูลถึงผลลัพธ์ของการแท้งครบ (complete abortion) ระยะเวลาในการแท้งหลังให้ยา และผลข้างเคียงของยา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น จากการใช้ยาไมโสพรอสตอล ขนาด 400 และ 600 ไมโครกรัม หนึ่บทางช่องคลอดในการทำให้เกิดการแท้งครบในหญิงตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 20 สัปดาห์

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ ที่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยุติการตั้งครรภ์ เช่น Blighted ovum, Fetal dead in utero, Severe fetal anomalies, Complicated medical condition in pregnant woman. ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยรับทราบวิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลรักษา และเซ็นยินยอมเข้ารับการรักษา

เกณฑ์ในการคัดออก

1. มีประวัติแพ้ยา Prostaglandins
2. มีโรคหอบหืด (asthma)
3. ความดันโลหิตสูง (hypertension)
4. โรคหัวใจ (heart diseases)
5. โรคไตวาย (renal insufficiency)
6. โรคตับ (hepatic dysfunction)
7. ประวัติเคยผ่าตัดมดลูก (previous uterine surgery)

อายุตั้งครรภ์คำนวณจาก LMP ร่วมกับขนาดความสูงของมดลูก และได้รับการยืนยันโดยการตรวจอัลตราซาวด์ ส่งวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ CBC with platelet count, PT, PTT, BUN, Creatinine, Electrolyte, LFT คนไข้แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่มสลับกันไปเรื่อยๆ ระหว่าง กลุ่มที่ 1 ได้รับยา Misoprostol 400 µg จำนวน 44 ราย กลุ่มที่ 2 ได้รับยา Misoprostol 600 µg จำนวน 45 ราย ภายหลังการเหนี่ยวนำ Misoprostol เข้าช่องคลอด (posterior fornix of vagina) ให้คนไข้นอนอย่างน้อย 30 นาที หลังจากนั้นสังเกตอาการของอาการแสดงทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อน เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร และให้สารน้ำทาง

เส้นเลือดดำ คนไข้จะได้รับการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จนครบ 24 ชั่วโมงภายหลังการแท้งครบสมบูรณ์ (complete abortion) ในรายที่แท้งไม่ครบ (incomplete abortion) จะได้รับการดูแลรักษาต่อโดยการขูดมดลูก (dilatational curettage) และนัดติดตามผู้ป่วยกลับมาตรวจภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ในรายที่สูญเสียโลหิตจำนวนมากและวัดค่าความเข้มข้นเลือด (Hct) <30% จะได้รับโลหิตทดแทน, ผู้ป่วยที่มีไข้สูงมากกว่า 38° C จะได้รับยาปฏิชีวนะ และยาลดไข้ Paracetamol ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องน้อย จะได้รับยาแก้ปวด Pethidine 50 mg และผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนรุนแรง จะได้รับยา Plasil 10 mg ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ ทำการเก็บข้อมูลถึงระยะเวลาที่ใช้หลังจากเหนี่ยวนำ Misoprostol จนถึงแท้งครบสมบูรณ์ ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ อาการปวดหน่วงท้องน้อย เลือดออกทางช่องคลอด ท้องร่วง และไข้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วย Chi-squared test, Students t - test, และ Arithmetic mean, Standard deviation และ Range ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติตั้งไว้ที่ $p < 0.05$ ข้อมูลทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้ SPSS Software programs

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย	คนไข้ที่ได้รับยา		p-value
	ไมโสพรอสตอล 400(µg)	ไมโสพรอสตอล 600(µg)	
อายุ (ปี)	25.54±5.32	24.52±4.48	0.09
Mean±SD			
จำนวนการคลอดบุตร (คน)	1	1	0.25
Range	(0-3)	(0-3)	
BMI(kg/m ²)	21.65±1.58	22.15±1.49	0.75
Mean±SD			

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย	คนไข้ที่ได้รับยา		p-value
	ไมโสพรอสตอล 400(µg)	ไมโสพรอสตอล 600(µg)	
จำนวนการแท้งบุตรในอดีต (ครั้ง)	0.15	0.18	0.34
Range	(0-3)	(0-3)	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	11.15±3.84	11.24±2.25	0.50
Mean±SD			

ตารางที่ 1 แสดงถึงคนไข้ที่ทำการศึกษา วิจัยทั้งหมดจำนวน 89 ราย แบ่งเป็น คนไข้กลุ่มที่ 1 44 ราย ได้รับยา Misoprostol 400 µg และคนไข้กลุ่มที่ 2 จำนวน 45 ราย ได้รับยา Misoprostol 600 µg ข้อมูลทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ถึงข้อมูลข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย (demographic data) และค่า BMI แสดงในตารางที่ 1 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์

ข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์	จำนวนคนไข้ที่ได้รับยา		p-value
	ไมโสพรอสตอล 400(µg)	ไมโสพรอสตอล 600(µg)	
Fetal dead in utero	28	29	0.554
Blighted ovum	14	15	
Others	2	1	
	-anencephaly 2	- anencephaly 1	

ตารางที่ 2 แสดงถึงข้อบ่งชี้ของการยุติการตั้งครรภ์ (indication of termination of pregnancy) พบว่าข้อบ่งชี้ของการยุติการตั้งครรภ์ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 3 อัตราการแท้งใน 24 ชั่วโมง

ชนิดการแท้ง	จำนวนคนไข้ที่ได้รับยา		p-value
	ไมโสพรอสตอล 400(µg)	ไมโสพรอสตอล 600(µg)	
Complete abortion	18 (40.91 %)	28 (62.22%)	0.04
Incomplete abortion	16 (36.36 %)	12 (26.67%)	0.68
Total abortion	34 (77.27 %)	40 (88.89%)	0.64

ตารางที่ 3 แสดงถึงผลลัพธ์ของอัตราการแท้งใน 24 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มที่ 2 ที่ได้รับยา misoprostol 600 µg มีอัตราการแท้งครบสมบูรณ์ (complete abortion) ร้อยละ 62.22 สูงกว่ากลุ่มที่ 1 ที่ได้รับยา Misoprostol 400 µg ร้อยละ 40.91

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอัตราการแท้งทั้งหมด (complete และ incomplete abortion) ในกลุ่มที่ 2 สูงกว่าในกลุ่มที่ 1 ในอัตราร้อยละ 88.89 และ 77.27 ตามลำดับ แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 4 ระยะเวลาของการแท้งหลังได้รับยาไมโสพรอสตอล

	คนไข้ที่ได้รับยา		p-value
	ไมโสพรอสตอล 400(µg)	ไมโสพรอสตอล 600(µg)	
ระยะเวลาของการแท้งหลังได้รับยา (ชม.)	11.25±5.18	10.95±5.75	0.142

ตารางที่ 4 แสดงถึงระยะเวลาของการแท้งหลังได้รับยาไมโสพรอสตอล พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 5 อาการข้างเคียงหลังได้รับยาไมโสพรอสตอล

อาการข้างเคียงหลังได้รับยา	จำนวนคนไข้ที่ได้รับยา		p-value
	ไมโสพรอสตอล 400(µg)	ไมโสพรอสตอล 600(µg)	
ปวดท้องน้อย	15(34.09%)	17(37.78%)	0.412
เลือดออกทางช่องคลอด	8(18.18%)	7(15.56%)	
ไข้	2(4.55%)	3(6.67%)	
ท้องร่วง	1(2.27%)	1(2.22%)	

ตารางที่ 5 แสดงถึงอาการข้างเคียงของยา ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาพบว่าไม่มีความ

แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่มเช่นกัน

บทวิจารณ์

ในปัจจุบันมีการนำยา Misoprostol มาใช้สำหรับยุติการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กันอย่างแพร่หลายทั่วโลกเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนของการรักษาต่ำ และมีค่าดูแลทางการแพทย์ต่ำกว่าวิธีการรักษาแบบมาตรฐานคือการขูดมดลูก (dilatational and curettage)⁽¹⁻¹³⁾

การขูดมดลูก (dilatational and curettage) ถือเป็นมาตรฐานของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของการยุติการตั้งครรภ์พบว่า การขูดมดลูกมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ การติดเชื้อ (uterine infection), มดลูกทะลุ (uterine perforation) และภาวะแทรกซ้อนของการได้รับยาสลบ (anesthetic complication)^(1,2)

ในการศึกษานี้เปรียบเทียบขนาดของยา Misoprostol ที่ใช้เหน็บเข้าทางช่องคลอดในขนาด 400 µg และ 600 µg พบว่าขนาดยา misoprostol 600 µg มีอัตราการแท้งครบ (complete abortion) สูงกว่า 400 µg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 62.22 และ 40.91 ตามลำดับ ระยะเวลาของการแท้งหลังได้รับยาไมโสพรอสตอล 11.25 ± 5.18 และ 10.95 ± 5.75 ชั่วโมงในกลุ่มที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม

อัตราการแท้งครบในกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 62.22 พบว่าต่ำกว่าในการศึกษาของ Herabutya และคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งมีอัตราการแท้งครบร้อยละ 71.66 การศึกษาของ ไกล่เคียงกับ Wong และคณะ¹⁵ พบอัตราการแท้งครบที่ร้อยละ 60.8 ภายหลังการให้ยา Misoprostol 400 µg 24 ชั่วโมง และพบว่า จะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 75.7 เมื่อสังเกตต่อไปจนครบ 48 ชั่วโมงภายหลังการให้ยา ซึ่งต่ำกว่าการศึกษา

ครั้งนี้เล็กน้อย (ร้อยละ 77.27)

Kovavisarach และ Sathapanachai⁽¹⁶⁾ ศึกษาถึงผลลัพธ์ของการให้ยา Misoprostol 400 µg เหน็บช่องคลอดครั้งเดียว ในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ที่มีข้อบ่งชี้ของการยุติการตั้งครรภ์ พบว่าสามารถชักนำให้มีการแท้งครบที่ร้อยละ 63 ซึ่งพบว่าสูงกว่าในการศึกษาครั้งนี้ที่พบอัตราการแท้งครบที่ร้อยละ 40.91 (ขนาด 400 µg) Jain และคณะ⁽¹⁷⁾ ศึกษาผลสำเร็จของการให้ยา Misoprostol 200 µg เหน็บช่องคลอดทุก 6 ชั่วโมง และทุก 12 ชั่วโมง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 13-26 สัปดาห์ (second trimester) พบว่าการแท้งครบ ร้อยละ 87.2 และ 89.2 ภายหลังการให้ยา 48 ชั่วโมง ซึ่งได้สรุปผลการศึกษาว่า การให้ยาลดขึ้นทุก 6 ชั่วโมง ไม่ได้เพิ่มอัตราการแท้งที่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การให้ยาทุก 12 ชั่วโมง

Zieman M และคณะ⁽¹⁸⁾ ศึกษาถึงผลการให้ยา Misoprostol 400 µg เหน็บช่องคลอด พบว่าระดับยาในกระแสเลือดสูงสุดในเวลา 80 นาที ภายหลังการเหน็บยาทางช่องคลอด และอยู่นาน 4 ชั่วโมง และได้สรุปว่า การให้ยาเหน็บยาทางช่องคลอดถี่ขึ้น อาจให้ผลการชักนำการแท้งให้สำเร็จสูงขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับผลการศึกษาของ Jain และคณะ⁽¹⁷⁾

ผลข้างเคียงของยา Misoprostol ทั้ง 2 กลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ไข้, ปวดหน่วงท้องน้อย, เลือดออกมากทางช่องคลอด, ท้องร่วง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม

ในรายที่แท้งไม่ครบ (incomplete abortion) ได้รับการรักษาต่อโดยวิธีมาตรฐานคือการขูดมดลูก (dilatational and curettage) และให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งในการศึกษานี้ไม่พบว่ามี การติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นที่รุนแรง

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้ยา Miso-prostol 600 µg ให้ผลลัพธ์ของการแท้งครบสูงกว่าขนาด 400 µg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราการแท้งทั้งหมดไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขนาดของการให้ยา Misoprostol (dosage), วิธีการให้ (route of administration), ความถี่ของการให้ยา (frequency and time interval for administration) ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาวิจัยที่สมบูรณ์กว่านี้ในการศึกษาครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชาย ธีระสุด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่อนุญาตและสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณแพทย์หญิงทัศนีย์ สันธนาคร คุณวิไลวรรณ เสาร์ทอง ที่ช่วยตรวจทานผลการศึกษาวิจัย คุณสุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์ ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล คุณพิไลวรรณ เกตุสี ช่วยพิมพ์รายงานวิจัย และเจ้าหน้าที่ตึกนรีเวชกรรมทุกท่าน ที่ช่วยเก็บบันทึกข้อมูล

บรรณานุกรม

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LCIII, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21th ed. New York: McGraw-Hill ; 2001 : 855-82.
2. วิรัช วิศวสุขมงคล. การแท้ง. ใน : ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนันทน์ มโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2548. หน้า 273-86.
3. Hughes J, Ryan M, Hinshaw K, Henshaw R, Rispin R, Templeton A. The costs of treating miscarriage : a comparison of medical and surgical management. Br J Obstet Gynaecol 1996 ; 103 : 1217-21.
4. Norman JE, Thong KJ, Baird DT. Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. Lancet 1991 ; 338 : 1233-6.
5. Barbosa RM, Arilha M. The Brazilian experience with Cytotec. Stud Fam Plann 1993 ; 24 : 236-40.
6. Bugalho A, Bique C, Almeida L, Fauades A. The effectiveness of intravaginal misoprostol (cytotec®) in inducing abortion after eleven weeks of pregnancy. Stud Fam Plann 1993 ; 24 : 319-23.
7. Carbonell JL, Velazco A, Varela L, Tanda R, Sanchez C, Barambio S, et al. Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. Eur J Contracept Reprod Health Care 2001 ; 6 : 39-45.
8. Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Barambio S, Chami S. Vaginal misoprostol 600 micrograms for early abortion. Eur J Contracept Reprod Health Care 2000 ; 5 : 46-51.
9. Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. Obstet Gynecol 1997 ; 89 : 768-72.
10. Zalanyi S. Vaginal misoprostol alone is effective in the treatment of missed abortion. Br J Obstet Gynaecol 1998 ; 105 : 1026-8.

11. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. Hum Reprod 2001 ; 16 : 1493-6.
12. Srisomboon J, Pongpisuttinun S. Efficacy of intracervicovaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination : a comparison between live and dead fetuses. J Obstet Gynaecol Res 1998; 24 : 1-5.
13. Herabutya Y, Prasertsawat P. Second trimester abortion using intravaginal misoprostol. Int J Gynaecol Obstet 1998 ; 60 : 161-5.
14. Herabutya Y, Chabrachakul B, Punyavachira P. Second trimester pregnancy termination: a comparison of 600 and 800 micrograms of intravaginal misoprostol. J Obstet Gynaecol Res 2001 ; 27 : 125-8.
15. Wong KS, Ngai CS, Wong AY, Tang LC, Ho PC. Vaginal misoprostol compared with vaginal gemeprost in termination of second trimester pregnancy. A randomized trial. Contraception 1998 ; 58 : 207-10.
16. Kovavisarach E, Sathapanachai U. Intravaginal 400 micrograms misoprostol for pregnancy termination in cases of blighted ovum: a randomised controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2002 ; 42 : 161-3.
17. Jain JK, Kuo J, Mishell DR Jr. A comparison of two dosing regimens of intravaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination. Obstet Gynecol 1999 ; 93 : 571-5.
18. Zieman M, Fong SK, Benowitz NL, Banskter D, Darney PD. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. Obstet Gynecol 1997 ; 90 : 88-92.