

# เอกสารความรู้สำหรับสตรีตั้งครรภ์/ ผู้รับบริการ

## เรื่อง การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis)

โดย...คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ  
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเป็นการตรวจว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติหรือไม่ โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงที่ทารกในครรภ์อาจเกิดความผิดปกติจากสาเหตุต่างๆ การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดมีหลายวิธี แต่ที่นิยมทำ คือ การเจาะน้ำคร่ำ เนื่องจากสามารถทำได้ไม่ยากนักและอัตราเสี่ยงต่อมารดาและทารกในครรภ์น้อย ซึ่งมีข้อมูลที่ควรทราบดังนี้

๑. ชื่อการตรวจ : การเจาะน้ำคร่ำ

๒. ประโยชน์จากการตรวจ :

จุดมุ่งหมายของการตรวจส่วนใหญ่ เพื่อตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์ ที่อาจมีความผิดปกติของโครโมโซม เช่น สตรีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป (นับถึงวันครบกำหนดคลอด) นอกจากนี้อาจทำเนื่องจากข้อบ่งชี้อื่น เช่น โรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมบางโรคที่วินิจฉัยก่อนคลอดได้ โดยเฉพาะโรคที่พบบ่อยในประเทศไทยคือ โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย แพทย์จะแนะนำให้ตรวจในกรณีที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหรือตรวจพบว่าเป็นคู่สามีภรรยาที่มีความเสี่ยง

บางกรณีมีการนำน้ำคร่ำไปตรวจหาสารเคมีบางอย่าง เช่น alpha-fetoprotein (AFP) เพื่อช่วยวินิจฉัยโรคไขสันหลังเปิด (opened spina bifida) เป็นต้น

ผลการตรวจโครโมโซม มักใช้เวลาประมาณ ๒-๓ สัปดาห์ แต่ในกรณีที่ต้องใช้วิธีตรวจพิเศษหรือจำเป็นต้องมีการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยอาจใช้เวลานานกว่า

๓. วิธีการเจาะ :

ทำโดยวิธีการปราศจากเชื้อ แพทย์จะใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทาบริเวณท้องน้อย ตรงตำแหน่งที่จะทำการเจาะ โดยใช้เข็มขนาดเล็กเจาะผ่านหน้าท้องและผนังมดลูกเข้าสู่ถุงน้ำคร่ำ (น้ำที่อยู่รอบๆ ตัวทารกในครรภ์) โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์) ช่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการที่เข็มจะถูกตัวทารกในครรภ์และรก แล้วจะดูดน้ำคร่ำประมาณ ๑๐-๒๐ มิลลิลิตร (ประมาณ ๒-๔ ช้อนชา) มาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเจาะใช้เวลาประมาณ ๕-๑๐ นาที โดยทั่วไปทำเมื่ออายุครรภ์ ๑๖-๑๘ สัปดาห์ บางกรณีอาจจะทำที่อายุครรภ์มากกว่านี้ แล้วแต่แพทย์จะพิจารณา

๔. ข้อจำกัดของการตรวจ :

๔.๑ บางครั้งเจาะไม่ได้น้ำคร่ำหรือได้น้ำคร่ำปริมาณน้อย แพทย์อาจนัดมาตรวจซ้ำ

๔.๒ แม้ว่าจะได้น้ำคร่ำเพียงพอ แต่การเลี้ยงเซลล์อาจไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ไม่ได้ผลการตรวจ

- ๔.๓ ผลการตรวจโครโมโซมมีความแม่นยำมากกว่าร้อยละ ๕๕ (ไม่สามารถยืนยันว่าผลการตรวจจะถูกต้องร้อยละ ๑๐๐) เพราะบางครั้งอาจมีเซลล์ของมารดาปนเปื้อนในน้ำคร่ำที่นำมาตรวจ
- ๔.๔ การตรวจโรคทางพันธุกรรมด้วยวิธีอื่นๆ อาจมีความแม่นยำน้อยกว่าการตรวจโครโมโซม
- ๔.๕ ผลการตรวจจะบอกได้เฉพาะโรคหรือภาวะที่ส่งตรวจเท่านั้น แม้ว่าผลการตรวจจะเป็น “ปกติ” แต่ทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิดหรือเป็นโรคอื่นได้ เช่น ผลการตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์เป็นปกติ แต่ทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิดหรือเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ซึ่งการตรวจโครโมโซมไม่สามารถวินิจฉัยได้

**๕. ภาวะแทรกซ้อน :**

- ๕.๑ โดยทั่วไปการเจาะน้ำคร่ำเป็นวิธีการตรวจที่ปลอดภัย อาจเจ็บบริเวณที่เจาะหรือปวดเกร็งเล็กน้อยบริเวณท้องน้อย มีเลือดหรือน้ำคร่ำออกทางช่องคลอด โอกาสแท้ง ทารกตายหรือเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดพบประมาณร้อยละ ๐.๕ (๑ ราย จากการเจาะ ๒๐๐ ราย)
- ๕.๒ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงพบได้แต่ไม่บ่อย เช่น การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ การติดเชื้อในกระแสเลือดชั้นรุนแรงเกิดขึ้นน้อยกว่า ๑ รายจากการเจาะ ๑,๐๐๐ ราย โอกาสเสียชีวิตจากการเจาะน้ำคร่ำพบน้อยมาก  
 ในผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้รับยาบางชนิด การตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝด อาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น
- ๕.๓ ผู้ที่มีกลุ่มเลือด Rh negative ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนการเจาะ เพราะการเจาะน้ำคร่ำในผู้ที่มีกลุ่มเลือด Rh negative อาจทำให้มารดาสร้างภูมิคุ้มกันต่อเม็ดเลือดแดงของทารกในครรภ์ และจะทำให้เกิดปัญหาในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการฉีด Anti-D immunoglobulin หลังการตรวจ

**๖. คำแนะนำหลังการเจาะน้ำคร่ำ**

- ๖.๑ สิ่งที่ต้องสังเกต และมาพบแพทย์ หากมีอาการเหล่านี้
  - ปวดเกร็งหน้าท้องมากหรือไม่หายไปหลังจากนอนพัก
  - ไข้ ภายใน ๒ สัปดาห์หลังการเจาะน้ำคร่ำ
  - มีน้ำหรือเลือดออกทางช่องคลอด
- ๖.๒ ควรพักหลังการเจาะน้ำคร่ำ เป็นเวลา ๑ วัน หลังจากนั้นควรงดการออกกำลังกาย เช่น ยกของหนัก ออกกำลังกาย และงดการร่วมเพศ อีก ๔-๕ วัน ไม่ควรเดินทางไกลภายใน ๗ วันหลังการเจาะน้ำคร่ำ

หากท่านมีข้อสงสัยอื่นใดนอกเหนือจากนี้ กรุณาสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องหรือแพทย์ผู้ให้การดูแล

ท่าน

หนังสือแสดงความยินยอม/เจตนา เข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำ  
(Amniocentesis)

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....ในฐานะ  
เป็น

- สตรีตั้งครรภ์  
 ผู้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับใกล้ชิดทางเครือญาติ / คู่สมรส ในฐานะ.....ของ

ชื่อ คณ. / นาง / นางสาว..... (กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถให้ความ  
ยินยอมได้ด้วยตนเอง เช่น อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือมีความบกพร่องทางจิต ให้มีปกครองลงนามยินยอมแทน)

เลขประจำตัวของสถานพยาบาล.....

ซึ่งเข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำ ด้วยข้อบ่งชี้คือ.....

ได้รับทราบคำอธิบายดังต่อไปนี้

๑. การเจาะน้ำคร่ำเป็นวิธีการเจาะเข้าไปในถุงน้ำที่ห่อหุ้มตัวทารกและดูน้ำคร่ำนำมาตรวจหาความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการดาวน์ โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย เป็นต้น
๒. วิธีการตรวจทำโดยใช้เข็มขนาดเล็กเจาะผ่านหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์และดูน้ำคร่ำ (รายละเอียดตามเอกสาร ความรู้เรื่องการเจาะน้ำคร่ำ)
๓. ประโยชน์ของการตรวจเพื่อตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์หรือโรคทางพันธุกรรมบางโรค (เฉพาะในกรณีที่เป็นการบ่งชี้ของการตรวจ)
๔. ข้อจำกัดของการตรวจ
  - บางครั้งไม่สามารถดูน้ำคร่ำมาตรวจได้หรือการเพาะเลี้ยงเซลล์ในน้ำคร่ำอาจไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ไม่สามารถทราบผลการตรวจ
  - แม้ว่าผลการตรวจจะเป็น “ปกติ” แต่ทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิด หรือมีพัฒนาการช้า จากสาเหตุอื่น
๕. ภาวะแทรกซ้อน โดยทั่วไปการเจาะน้ำคร่ำเป็นวิธีการตรวจที่มีความเสี่ยงน้อย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ปวดเกร็งท้องเล็กน้อยหลังการเจาะ แต่บางครั้งอาจเกิดการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ การแท้งหรือเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้ ๑ ราย จากการตรวจ ๒๐๐ ราย การตรวจอาจทำให้เกิดการสร้างภูมิต้านทานในผู้ที่มิกลุ่มเลือด Rh negative ซึ่งป้องกันได้โดยการฉีด Anti-D immunoglobulin ในผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้รับยาบางชนิด การตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝด อาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

ข้าพเจ้าได้สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและได้อ่านเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำแล้ว โดยปราศจากข้อสงสัย  
ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้แสดงความยินยอม / เจตนา เข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำ

ลงชื่อ.....

(.....)

- สตรีตั้งครรภ์  ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....(ผู้ให้การศึกษา)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้าขอยกเลิกความยินยอมที่ให้ไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

- สตรีตั้งครรภ์  ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.