

ยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศ

ไอฟาร์ จำกัดเมดิคัล*

ผลการศึกษาหลายแห่งในต่างประเทศพบว่าการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศชนิดเอสโตรเจน โปรเจสโตเจนและยารวมเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจนได้ผลค่อนข้างดี ไม่มีผลแทรกซ้อนที่ร้ายแรง น่าจะได้มีการนำเอายานี้มาลองศึกษาในหญิงไทยเกี่ยวกับฤทธิ์และความปลอดภัยของยาโดยเปรียบเทียบกับวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ก่อนที่จะนำยาประเภทนี้เผยแพร่ไปสู่ประชาชนทั่วไปที่ยังขาดความรู้และการบริการทางการแพทย์ แต่สามารถซื้อยารับประทานเองได้อย่างเสรี ถ้าผลการศึกษาพบว่ายาชนิดนี้สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ก็เท่าหรือดีกว่าวิธีคุมกำเนิดแบบอื่น และมีความปลอดภัยพอสมควร ก็น่าจะเป็นวิธีคุมกำเนิดอีกวิธีหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในแง่ของฐานะเศรษฐกิจของประเทศ นโยบายของรัฐบาล โดยไม่ขัดต่อศาสนา วัฒนธรรม สังคมและขนบธรรมเนียมประเพณีไทย

ในระยะไม่นานมานี้ในต่างประเทศได้มีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโดยให้กินหลังการร่วมเพศ ยานี้รู้จักกันแพร่หลายในชื่อของ “Morning after pill” ส่วนในประเทศไทยนั้นยังไม่เป็นที่รู้จักหรือนำมาใช้เลย จึงเป็นที่น่าสนใจว่าสมควรนำยานี้มาใช้เพื่อช่วยลดการเกิดของประชากรไทยอีกวิธีหนึ่งนอกเหนือไปจากวิธีมาตรฐานที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันหรือไม่

ปัจจัยที่นำมาประกอบการพิจารณาในการใช้ยา คือ

1. ฤทธิ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์และความปลอดภัยของยา
2. การยอมรับของผู้ใช้และสังคม

ฤทธิ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์และความปลอดภัยของยา

ยาคุมกำเนิดที่ใช้กินหลังการร่วมเพศในปัจจุบันมีอยู่ 3 ชนิดคือ

1. เอสโตรเจน
2. โปรเจสโตเจน
3. เอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสโตเจน

* แพทย์ที่ปรึกษาทางวิชาการ บริษัทเซอริง ประเทศไทย จำกัด

ในการพิจารณาฤทธิ์ในการป้องกันการตั้ง
ครรภ์และความปลอดภัยของยานั้น ต้องพิจารณา
เป็นรายชนิดคือ

เอสโตรเจน มีการทดลองใช้ในปี 2506
เป็นครั้งแรกโดยใช้ diethylstilbestrol (DES)
ซึ่งเป็นสารเอสโตรเจนที่ไม่ใช่พวกสเตียรอยด์ใน
หญิงที่ดุก่มขึ้น²⁸ พบว่ายาให้ผลดีที่สุดเมื่อรับ
ประทานหลังร่วมเพศไม่เกิน 24 ชั่วโมง และ
อย่างช้าที่สุดไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยใช้ DES
25-50 มก. ต่อวัน หรือ ethinyl estradiol (E.E.)
0.5 - 2.0 มก. ต่อวันติดต่อกัน 5 วันและไม่พบ
การตั้งครรภ์เลยในหญิง 100 คน³⁰ นอกจากนั้น
ยังมีการใช้ยาฉีด conjugated estrogen 20-25
มก./วัน นาน 3 วัน และ estradiol benzoate
30 มก./วัน นาน 5 วัน^{14,29} ด้วย

องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา
อนุญาตให้ใช้ DES ได้ในปี 2517 โดยอนุญาต
ให้แพทย์ใช้ได้ในการฉีดยา แต่ไม่ได้ให้ยืนยัน
ว่าการฉีดยาคืออะไร ปล่อยให้เป็นการวินิจฉัย
ของแพทย์ผู้ใช้เอง⁵

ฤทธิ์ของยา ได้มีการทดลองใช้ยาในหญิง
121 ราย โดยให้กินยาไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังการ
ร่วมเพศและไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ปรากฏว่า
ไม่มีการตั้งครรภ์เลย²² และต่อมาได้ศึกษาในหญิง
จำนวน 10,500 ราย พบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ
0.4 สี่รายจากจำนวนนี้เกิดจากยาไม่ได้ผล³⁴

ในการประเมินผลฤทธิ์ของยานั้น ต้อง
ทราบถึงการร่วมเพศว่าเกิดใน ระยะใดของรอบ

เดือนร่วมกับคุณภาพเชื้ออสุจิของฝ่ายชายด้วย การ
ศึกษาทำได้ลำบากเนื่องจากหาหญิงที่สมัครใจเข้า
ร่วมโครงการศึกษายาก ในสหรัฐอเมริกา Na-
tional Institute of Child Health & Human
Development ก็กำลังศึกษาฤทธิ์ในการป้องกัน
การตั้งครรภ์และฤทธิ์ข้างเคียงของ ethinyl es-
tradiol และ conjugated estrogen เพื่อใช้ใน
การคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศอยู่ แต่ผลการศึกษา
ยังไม่เสร็จ อาจใช้เวลาอีกหลายปี³⁴

Szontagh และ Kovacs แห่งฮังการี ได้ศึกษา
ผู้หญิง 22 ราย ซึ่งพิสูจน์ว่าสามารถมีบุตรได้โดย
ให้กิน dienestrol 2.5 มก. ทันทีหลังร่วมเพศและ
อีก 3 วันต่อมาเป็นเวลา 195 รอบเดือนไม่ปรากฏ
ว่าเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น^{43,44}

กลไกการออกฤทธิ์ เข้าใจว่าเอสโตรเจน
ออกฤทธิ์โดยขัดขวางการฝังตัวของ blastocyst ใช้
ที่ผสมแล้วมักเคลื่อนตัวเข้าสู่มดลูกภายใน 4-5
วัน¹¹ แต่กลไกที่เอสโตรเจนขัดขวางการฝังตัวนี้
ยังไม่ทราบแน่ มีผู้ให้ความเห็นว่าการฝังตัวของ
blastocyst ขึ้นอยู่กับความสมดุลของเอสโตรเจน
และโปรเจสเตอเจนในร่างกาย การที่ได้รับเอส
โตรเจนจากภายนอกจะทำให้ความสมดุลนี้เสียไป
ทำให้เยื่อมดลูกไม่เหมาะกับการฝังตัว^{6,7}

การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอาจมีฤทธิ์ต่อ
เยื่อมุโพรงมดลูก โดยมีการเปลี่ยนแปลงของ in-
termediate biochemical และ morphological³²
ปกติการเปลี่ยนแปลงของ carbonic anhydrase
ในเยื่อมุโพรงมดลูกจะทำให้ไข่ติดกับเยื่อมุโพรง

มดลูกง่ายขึ้น⁸ หรือ carbonic anhydrase อาจช่วย metabolism ของ blastocyst²⁶ การใช้เอสโตรเจนหลังการร่วมเพศพบว่ามี carbonic anhydrase ลดลง แต่ไม่ปรากฏว่าเอสโตรเจนทำลาย blastocyst ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมโดยตรง^{6,7,28}

ฤทธิ์ข้างเคียง

1. การตั้งครรภ์นอกมดลูก

ในรายที่ใช้ยาไม่ได้ผลพบว่ามี การตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ 1 ใน 10 ราย³⁰ เมื่อเปรียบเทียบกับ การตั้งครรภ์นอกมดลูกทั่วไปพบ 1 ต่อ 200 ราย²³ Morris ให้ความเห็นว่าเอสโตรเจนได้รับหลังการร่วมเพศป้องกันการตั้งครรภ์ปกติในมดลูก แต่ไม่ป้องกันการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้นจึงดูเหมือนว่ายาทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก³⁰ Symthe คิดว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกนี้เกิดจากไข่เคลื่อนผ่านท่อรังไข่³⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกพบได้บ่อยเมื่อคุมกำเนิดโดยการใส่ห่วงหรือ mini pill ไม่ได้ผล^{7,23}

2. การเกิดมะเร็ง

การใช้เอสโตรเจนระยะยาวและขนาดสูง เช่นใช้เพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านม พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งของเยื่อบุโพรงมดลูกสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา^{35,46} แต่ยังไม่ทราบว่า การใช้เอสโตรเจนในขนาดต่ำและระยะสั้นภายหลังการร่วมเพศ จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนนี้หรือไม่

มีรายงานว่ามารดาที่ใช้ยาคุมกำเนิดขณะตั้งครรภ์แล้ว ถ้าคลอดบุตรเป็นหญิงบุตรจะเกิดมะเร็งได้เมื่อเข้าสู่วัยสาว^{16,17,18} ความจริงการเกิดมะเร็ง

ในบุตรเพศหญิงนี้น่าจะขึ้นกับระยะเวลาที่ทารกอยู่ในครรภ์ การใช้ยาเอสโตรเจนหลังการร่วมเพศ ใช้อยู่ในระยะ blastocyst แต่การใช้ยาคุมกำเนิดอื่นๆ ใช้อาจอยู่ในระยะ organogenesis ดังนั้นโอกาสทำให้เกิดมะเร็งในบุตรหญิงวัยรุ่นจากยาคุมกำเนิดที่ใช้หลังการร่วมเพศ จึงไม่น่าเป็นไปได้ แต่ควรจะได้ศึกษาต่อไป

3. การเกิดเส้นเลือดอุดตัน

ยังไม่มีรายงาน

4. การเกิด pulmonary edema

พบ 1 ราย³⁰

5. การเกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร

อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งป้องกันได้โดยใช้ยาแก้อาเจียนก่อนครึ่งชั่วโมง^{17,22,31} หรือใช้ยาที่ไม่ละลายในกระเพาะอาหาร¹⁴ ยาอาจออกมากับอาเจียน ดังนั้นควรใช้ชนิดฉีด estradiol benzoate 30 มก./วัน นาน 5 วันแทนยากิน ปรากฏว่าหญิง 124 ราย ต้องหยุดใช้ยา 2 ราย เนื่องจากอาการข้างเคียงนี้³⁷

6. ความผิดปกติของประจำเดือน

พบว่า มีหญิงจำนวนน้อยที่มีเลือดออกกระปริดกระปรอยหลังใช้ยาได้ไม่นาน²² ในการศึกษาผู้ใช้ 1217 คน พบว่าร้อยละ 13 มีประจำเดือนช้ากว่ากำหนด ร้อยละ 5.4 มีประจำเดือนเร็วกว่ากำหนด การบอกให้ผู้ได้รับทราบถึงเรื่องนี้จะช่วยลดความกังวลได้มาก²²

โปรเจสโตเจน ในการศึกษาดฤทธิ์ของโปรเจสโตเจนเพื่อใช้กินคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศนั้น วิธีใช้ยาแตกต่างจากการศึกษาเรื่องเอสโตรเจนคือ ศึกษาในผู้ที่ใช้ยาทุกครั้งหลังการร่วมเพศ ในสหรัฐอเมริกาได้มีการลองใช้ d-norgestrel (ปัจจุบันเรียก levo-norgestrel ตาม WHO) และ quingestanol acetate พบว่าสามารถคุมกำเนิดได้เมื่อให้หลังการร่วมเพศและใช้ขนาดสูงพอ ยาทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นตัวยาที่มีอยู่ในยาคุมกำเนิดมาตรฐาน แต่เหมาะสำหรับหญิงที่มีการร่วมเพศไม่บ่อย ถ้ามีการร่วมเพศมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรใช้ยาคุมกำเนิดมาตรฐาน

การใช้ d-norgestrel หลังการร่วมเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์อาจใช้ได้หลายขนาด แต่ quingestanol acetate ต้องใช้ขนาด 1.5–2 มก. และได้ผลดีเท่ากับ IUD หรือ mini pill โปรเจสโตเจนอาจออกฤทธิ์โดยทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกไม่เหมาะสำหรับการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว²⁷ เช่นเดียวกับ mini pill นอกจากนี้หญิงซึ่งกิน d-norgestrel 0.4 มก. หลังการร่วมเพศ พบว่าเชื้อสูกิจที่เคลื่อนไหวได้ลดจำนวนลงภายใน 10 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลจาก pH ภายในมดลูกเพิ่มขึ้น²⁰

การที่ยานี้สามารถคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศได้ คงไม่ใช่เนื่องจากการออกฤทธิ์ต่อ ovarian-pituitary axis ถึงแม้จะพบว่าใช้สุกข์และประจำเดือนช้ากว่าปกติได้หลังใช้ยา⁸ การใช้โปรเจสโตเจนอย่างเดียวก็น่าจะกำจัดฤทธิ์ข้างเคียงของเอสโตรเจน

ฤทธิ์ข้างเคียง ฤทธิ์ข้างเคียงพบได้น้อยกว่าร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกเล่าคือ ปวดศีรษะ หงุดหงิด ประสาทอ่อนไหวปวดท้อง¹¹ นอกจากนี้ยังทำให้ประจำเดือนเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะในรูปแบบของยาชนิด ยากินคุมกำเนิดหรือยาใช้กินหลังร่วมเพศ d-norgestrel ขนาด 0.15–2 มก. ทำให้เกิดเลือดออกกระหว่างรอบประจำเดือนถึงร้อยละ 10–30 โดยผู้ป่วยครึ่งหนึ่งจะมีเลือดออกกระหว่างรอบประจำเดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง^{21,27} แต่ถ้าใช้ขนาด 1.0 มก. จะไม่มีอาการเลือดออกเลย³⁴ ส่วน quingestanol acetate 0.3 มก. (ซึ่งเท่ากับขนาดยาใน mini pill) พบอาการเลือดออกร้อยละ 10^{18,25} ถ้าใช้ขนาด 1.5–2 มก. พบว่ามีเลือดออกกระหว่างรอบประจำเดือนร้อยละ 25–30 ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงจึงไม่เหมาะที่จะใช้ยารชนิดนี้ติดต่อกัน²⁶

เอสโตรเจนรวมกับโปรเจสโตเจน

ฤทธิ์ของยา แม้ว่ายังมีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับการใช้ยารชนิดนี้ แต่จากผลการศึกษาเชื่อว่ายานี้จะสามารถคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศได้ Yuzpe และพวก⁴⁵ ศึกษาการใช้ยาซึ่งมีส่วนประกอบ ethinyl estradiol 0.1 มก. และ d-norgestrel 1.0 มก. (เท่ากับยาคุมกำเนิดมาตรฐาน 2 เม็ด) กับนักศึกษาชาวคานาดา ซึ่งต้องการใช้ยาหลังการร่วมเพศจากจำนวนผู้รับการศึกษาคือ 13–15 คน ซึ่งอาจตั้งครรภ์ได้ถ้าไม่ได้ใช้ยา แต่ผู้ที่ใช้ยามีการตั้งครรภ์เพียง 3 คนเท่านั้น 1 ใน 3 มีการร่วมเพศเกินหนึ่งครั้ง ต่อมา Yuzpe ได้ศึกษาหญิงอีก 243

คนโดยให้รับประทานยาครั้งที่สองหลังครั้งแรก 12 ชั่วโมงและขนาดยาสูงกว่าครั้งแรกเท่า ไม่ปรากฏว่ามีผู้ตั้งครรภ์เลย

กลไกของอาการออกฤทธิ์ของยายังไม่ทราบแน่ Yuzpe และพวกเขาเชื่อว่ายานี้ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกในระยะเริ่มแรกของรอบเดือนไม่เหมาะในการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว แต่ถ้าให้ในระยะหลังของรอบเดือนจะทำให้ไข่ที่ผสมและฝังตัวแล้วไม่สามารถเจริญต่อไปได้⁴⁵ โดยแท้จริงแล้วได้มีการใช้ยาคุมกำเนิดมาตรฐานในขนาดสูงภายหลังการร่วมเพศ โดยผู้ใช้คิดขึ้นเองอยู่แล้ว¹²

ฤทธิ์ของยาคุมกำเนิดชนิดนี้ควรศึกษาต่อไปเพื่อให้ได้ขนาดยาน้อยที่สุดที่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้

ฤทธิ์ข้างเคียง

1. ระบบทางเดินอาหาร

อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน¹² จากการศึกษาในชาวฮังกาเรียนซึ่งให้กินยารวม dienestrol 2.5 มก. และ ethynodiol diacetate 0.2 มก. ทันทีหลังร่วมเพศ และเพิ่มยาอีกเท่าตัวในวันรุ่งขึ้นอีกครั้ง จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และตั้งหน้าอก⁴⁴

2. การเปลี่ยนแปลงประจำเดือน

ประจำเดือนอาจมาช้าลงหรือเร็วขึ้น 1 สัปดาห์ ภายหลังใช้ยา 4 ใน 5 ราย มีประจำเดือน 2 สัปดาห์หลังกินยา ประจำเดือนมักช้าไปดำกินยา ภายหลังกลางรอบเดือนและเร็วขึ้นดำกินยาก่อนกลางรอบเดือน¹²

การยอมรับยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศโดยผู้ใช้และสังคม

ปัจจัยซึ่งทำให้ผู้ใช้และสังคมยอมรับวิธีคุมกำเนิดวิธีหนึ่งวิธีใดนั้นได้แก่¹⁴

1. ความต้องการส่วนตัว

การใช้ต้องสะดวก ไม่มีอุปสรรคต่อการร่วมเพศและไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงมาก ยาประเภทนี้มีคุณสมบัติเหมาะแก่ผู้ใช้ที่ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร และมีการร่วมเพศนาน ๆ ครั้ง ถ้ามีการร่วมเพศเป็นประจำน่าจะใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดมาตรฐาน ส่วนฤทธิ์ข้างเคียงนั้น เอสโตรเจนขนาดสูงมีฤทธิ์ข้างเคียงมากกว่าชนิดยารวม

2. ศาสนาและวัฒนธรรม

การใช้ยาหลังการร่วมเพศไม่น่าจะก่อให้เกิดการขัดแย้งทางศาสนาขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของไทย จากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศในสหรัฐอเมริกาพบว่าการใส่ห่วงคุมกำเนิดหรือการใช้ยาคุมกำเนิดไม่ทำให้หนุ่มสาวมีการร่วมเพศก่อนแต่งงานมากกว่าเดิม การร่วมเพศมักกระทำโดยไม่มีการคุมกำเนิดทั้ง ๆ ที่มีวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ⁴ หญิงสาวเหล่านี้เสี่ยงกับการตั้งครรภ์โดยคิดว่าไซคร่ายคงไม่เกิดขึ้นกับตัว และเชื่อว่าการร่วมเพศเกิดขึ้นโดยมีเหตุจูงใจ กระทั่งหัน ไม่ได้มีการวางแผนการณไวล่วงหน้า^{4,38} ดังนั้นความรู้เรื่องการคุมกำเนิดจะไม่เปลี่ยนแปลงค่านิยมและมาตรฐานศีลธรรมจรรยา แต่ความคิดและค่านิยมส่วนบุคคลมีความสำคัญในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด

ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นหนุ่มสาวผู้ที่มีการร่วมเพศไม่บ่อยนักคงไม่ได้คิดวางแผนการคุมกำเนิดล่วงหน้า และมักเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การใช้ยาคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ได้ และไม่น่าเป็นสาเหตุให้มีการร่วมเพศอย่างเสรีมากกว่าปัจจุบัน และไม่น่าก่อให้เกิดความผิดทางศาสนาหรือขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของไทย

3. ความต้องการทางเพศ

ยาเม็ดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศไม่เกี่ยวกับความต้องการทางเพศและความสุขจากการร่วมเพศโดยตรง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีระแต่จะทำให้คลายความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น

4. ด้านการแพทย์

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดนี้มีความปลอดภัยพอสมควร ใช้สะดวก แต่ยังมีปัญหาอื่นที่ยังตอบไม่ได้ในปัจจุบันคือการตั้งครรภ์นอกมดลูก การเกิดมะเร็งในผู้ใช้และบุตรเพศหญิงของผู้ใช้เมื่อใช้เอสโตรเจน สำหรับหญิงที่ถูกข่มขืนทุกรายควรได้รับยาคุมกำเนิดนี้ หรือยาชนิดฉีดซึ่งทำให้เกิดผลเสียทางจิตใจน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการทำแท้งหรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ประเทศไทยมีความขาดแคลนแพทย์ในชนบทอยู่มาก อัตราตายจากการตั้งครรภ์ของหญิงในชนบทสูงกว่าอัตราตายจากการใช้ยาคุมกำเนิด³⁶ ยาคุมกำเนิดหลังร่วมเพศชนิดเอสโตรเจนร่วมกับโปรเจสโตเจน

เช่นเดียวกับยาคุมกำเนิดมาตรฐาน ก็น่าจะเหมาะสมในกรณีที่ใช้ยังไม่สามารถตั้งครรภ์ด้วยเหตุผลทางสังคมและเศรษฐกิจ และผู้ใช้มีการร่วมเพศไม่บ่อยนัก และน่าจะปลอดภัยกว่าการลักลอบทำแท้ง ซึ่งมีอันตรายและอัตราตายสูง¹

เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ post-coital IUD ซึ่งใช้โลหะทองแดง^{26,37} post-coital IUD ต้องทำโดยแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกมาดีแล้วมีประสิทธิภาพและผลแทรกซ้อนเหมือนห่วงคุมกำเนิดชนิดที่ใช้ทั่วไป ข้อดีของ post-coital คือใส่แล้วใช้ได้ตลอดไปโดยไม่ต้องเอาออก แต่ในหญิงที่เป็นภาวะโรคเช่น เป็นโกโนเรียหรือมีการอักเสบในอุ้งเชิงกรานใช้ post-coital IUD ไม่ได้⁴

การล้างช่องคลอดหลังการร่วมเพศไม่มีประสิทธิภาพที่เชื่อถือได้ เพราะเชื้อสุกิเคลื่อนตัวเร็วเข้าสู่ปากมดลูกภายในเวลาเพียง 90 วินาทีภายหลังที่มีการหลั่งน้ำสุกิ⁴¹ ดังนั้นจึงไม่สามารถล้างเอาเชื้อสุกิพวกนี้ออกได้หมด การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจึงน่าจะได้ผลดีกว่า

5. นโยบายของการบริหารประเทศ

รัฐบาลไทยได้ตั้งนโยบายลดการเกิดของประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 และได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพพอควรคือ ลดอัตราการเกิดจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 2.5 จากการวิจัยพบว่าการให้ยาเม็ดคุมกำเนิดสามารถแจกจ่ายไปสู่ผู้ที่อยู่ในชนบทห่างไกลและขาดแคลนแพทย์โดยไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ ถ้าได้มีการศึกษาวิจัยในประเทศเพื่อประเมินผลการใช้ยาคุม

กำเนิดหลังการร่วมเพศในด้านฤทธิ์ของการป้องกัน การตั้งครรภ์ผลข้างเคียงและปฏิกิริยาการยอมรับของหญิงไทยแล้วว่าเป็นที่น่าพอใจ เรายังสามารถนำขามืดกำเนิดหลังร่วมเพศมาใช้ เพื่อชลอการเกิดได้เช่นกัน

6. เศรษฐกิจ

ขามืดคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศราคาไม่แพงเกินไปนัก เป็นภาระเศรษฐกิจส่วนตัวและส่วนรวมน้อย เปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์และมีบุตร แต่เป็นการคุมกำเนิดไม่ถาวร ถ้าคิดในด้านเศรษฐกิจการทำหมันชายให้ผลดีกว่า² ยังมีปัญหาบางประการที่ยังสรุปไม่ได้ คือ ข้อขัดข้องของการใช้ขามืดกำเนิดหลังการร่วมเพศ ควรให้กับหญิงที่ถูกข่มขืนเท่านั้น หรือกับหญิงทุกคนที่ไม่ต้องการมีบุตร และการใช้ขามืดจะช่วยลดอัตราการลักลอบทำแท้งได้หรือไม่ และเมื่อขามืดมีใช้ในประเทสไทยหญิงไทยจะซื้อมาใช้เองอย่างเสรีจนกระทั่งทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือไม่⁴² อย่างไรก็ตาม ภาวะการเมืองเศรษฐกิจและสังคมไทยในปัจจุบันถ้าใช้ขามืดกำเนิดหลังการร่วมเพศอย่างมีหลักเกณฑ์ อาจเหมาะที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอีกวิธีหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. นงลักษณ์ วิวัฒน์ และคณะ: การศึกษาผู้ช่วยแท้งเนื่องจากการฉีดลูก: วชิรเวชสาร 18:10-26, 2517
2. วีระสิงห์ เมืองมัน รายงานของหน่วยทำหมันชายเคลื่อนที่ของโครงการขยายทำหมันชาย รามารับตี พ.ศ. 2518-2519. แพทยสภาสาร 5 12 : 671-676, 2519

3. Basic, M, Wesselius de Caspares, A and Diczfalusy, E: Failure of large doses of ethinyl estradiol to interfere with early embryonic development in the human species. Am J Obstet Gynecol 107(4): 531-34, 70
4. Baumann, KE: Selected aspects of the contraception of an unmarried university students. Med asp Hum sexual 5: 76, 71
5. Bergsjö, P, Langenen, H and Aas, J: Tubal Pregnancies in women using progestogen-only contraception. Acta Obstet Gynecol Scand 53 (4): 377-78, 74
6. Blye, RP: The effect of estrogens and related substances on embryonic viability Raspe, G, ed Advances in the Biosciences 4 (Schering symposium on mechanisms involved in conception, Berlin, March 13-15, 1969) New York, Pergamon-Vieweg 1970, p 323-43
7. Blye, RP: The use of estrogens as postcoital contraceptive agents Am J Obstet Gynecol 116 (7): 1044-50, 73
8. Boving, BG: The biology of trophoblast Ann N Y Acad Sci 80: 21-43, 59
9. Board, JA Endometrial carbonic anhydrase after diethylstilbestrol as a postcoital antifertility agent. Obstet Gynecol 36(3): 347-49, 70
10. Craft, I, Foss, GL, Warren, RJ et al: Effect of norgestrel administered intermittently on pituitary ovarian function Contraception 12 (5): 589-99, 75
11. Croxatto, HB, Diaz, S, Fuentealba, B, et al Studies on the duration of egg transport in the human oviduct I The time interval between ovulation and egg recovery from the uterus in normal women Fertil Steril 23(7): 447-58, 72
12. Davis, G: Interception of pregnancy Sydney: Augus and Robertson, 1973, pp 117-91
13. Family Planning in Thailand, 1965, 1971 National Family Planning Programme, Ministry of Public Health, Bangkok, Printing Press Dept of the Co-op Marketing & Purchasing Federation of Thailand Ltd, 1972
14. Green, RO: Reproductive and Human Welfare, A challenge to research Cambridge, the MIT Press 1976
15. Haspels, AA and Andriessse, R: The effect of large doses of estrogens post coitum in 2000 women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 3 (4): 113-17, 73
16. Herbst, AL, Robboy, SJ and Scully, RE: Clinical and epidemiologic characteristics of young females developing cancer after intrauterine exposure to diethylstilbestrol and related drugs Buccalossi, P, ed Chemical and viral oncogenesis Vol 2 Proceedings of the 11th International Cancer Congress, Florence, 1974 Amsterdam, Excerpta Medica, 1974 (Int Congr Series No. 350) p 139-145

17. Herbst, AL, Robboy, SJ, Scully, RE, et al: Clear-cell adenocarcinoma of the vagina and cervix in girls: analysis of 170 registry cases. *Am J Obstet Gynecol* 119(5): 713-24, 74
18. Herbst, AL, Ulfelder, H and Poskanzer, DC: Adenocarcinoma of the vagina, association of maternal stilbestrol therapy with tumour appearance in young women *N Eng J Med* 284: 878-81, 71
19. Jacob, D and Morris, JM: The estrogenic activity of postcoital antifertility compounds *Fertil Steril* 20(2): 211-21, 69
20. Kesserue, E, Garmendia, F, Westphal, N et al: The hormonal and peripheral effects of d-norgestrel in postcoital contraception *Contraception* 10(4): 411-24, 74
21. Kesserue, E, Larraneaga, A and Parada, J: Postcoital contraception with d-norgestrel *Contraception* 7(5): 367-79, 73
22. Kuchera, LK: Postcoital contraception with diethylstilbestrol-updated *Contraception* 10(1): 47-54, 74
23. Lehfeldt, H, Tietze, C and Gorstein, F: Ovarian pregnancy and the intrauterine device *Am J Obstet Gynecol* 108(7): 1005-09, 70
24. Lippes, J, Malik, T and Tatum, HJ: The postcoital copper T Paper presented at the 13th Annual Meeting of the Association of Planned Parenthood Physician, Los Angeles, California, April 17, 1975, p 8
25. Marshall, J The risks of conception throughout the menstrual cycle *Med Counterpoint* 3(8): 47-49, 71
26. Mischler, TW, Berman, E, Bubio, B et al: Further experience with quingestanol acetate as a postcoital *Contraception* 9(3): 221-225, 74
27. Moggia, A, Beauquis, A, Ferrari, F, et al: The use of progestogens as postcoital oral contraceptive. *J Reprod Med* 13(2): 58-61, 74
28. Morris, JM: Mechanisms involved in progesterone contraception and estrogen intercession. *Am J Obstet Gynecol* 117, (2): 167-76, 73
29. Morris, JM and Van Waganen, G: Compounds interfering with ovum implantation and development III The role of estrogens *Am J Obstet Gynecol* 66(6): 804-15, 66
30. Morris, JM and Van Waganen, G: Interception: the use of postovulatory estrogens to prevent implantation. *Am J Obstet Gynecol* 115(1): 101-06, 73
31. Morris, JM and Van Waganen, G: Postcoital oral contraception Hankinson, RKB, Kleinman, RL, Eckstein, P, and Romero, H, eds *Proceedings of the 8th International Conference of the International Planned Parenthood Federation, Santiago, Chile, April 9-15, 1967* London, International Planned Parenthood Federation, 1967, p 256-59
32. Potts, M: The ultrastructure of egg implantation *Advances Reprod Physiol* 4: 241-67, 69
33. Reers, IL: The influence of contraception knowledge on premarried sexual activity. *Med Aspect Hum sexual* 4: 71, 70
34. Reinhart, W: Postcoital contraceptive An appraisal *Population report* 9: 141-53, 76
35. Smith, DC, Prentice, R, Thompson, DJ, et al: Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma *N Eng J Med* 293, (23): 1164-67, 75
36. Rosenfeld, A: The ethic of medical supervision in family planning program: Too little or too much? *Proceeding of the 7th Asian Congress of Ob & Gyn, Bangkok, 1977*
37. Rosenfeld, DL, Huggins, GR, Jusczyk, AM, et al: Medical psychological & social factors in morning after pill utilization. Paper presented at the 13th Annual meeting of the Assoc of Planned Parenthood Physicians. Los Angeles, California, April 17-18, 1975, 9 p
38. Schofield, M: The sexual behaviour of young people, Boston, Mass, Little Brown Co, 1965
39. Smythe, AR, Underwood, PB, Jr: Ectopic pregnancy after postcoital diethylstilbestrol. *Am J Obstet Gynecol* 121(2): 284-85, 75
40. Sobrero, AJ and McLeod, J: The morning-after pill *N Z Med J* 79(513): 862-64, 74
41. Sobrero, AJ and McLeod, J: The immediate postcoital test *Fertil Steril* 13: 184-89, 62
42. Sombon, N: *Polital Ob & Gyn Proceedings. 7th Asian Congress of Obstetrics & Gynecology Bangkok, 1977*
43. Szontagh, FE and Kovacs, L: Postcoital oral contraception *European Sterility Congress Organization Abstract of the 2nd European Congress on Sterility Dubrovnik, Yugoslavia, October 8-11, 1969* Zagreb, Sekcija Za Sterilitet I Fertilitet Ugoj-a, 1969 Abstract No. 252
44. Szontagh, FE and Kovacs, L: Postcoital contraception with dienestrol *Med Gynecol Social* 4(2): 36-37, 69
45. Yuzpe, AA, Thurlow, HJ, Ramzy, I, et al: Postcoital contraception-a pilot study *J Reprod Med* 13(2): 53-58, 74
46. Ziel, HK and Finkle, WD: Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens *N Eng J Med* 293(23): 1167-70, 75