

# การคลอดทารกแฝดสองในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

## Twin delivery in Sisaket Hospital

พญ.ราณี คงวัฒนานนท์

### Abstract

- Background** : Twin gestation is considered as one of the most common, high-risk conditions in obstetrics. Morbidity and mortality rate for twins was higher than singletons.
- Objective** : To study etiology and effect of twin pregnancy in Sisaket hospital
- Research Design** : Retrospective descriptive study
- Setting** : Obstetric and gynecological department and pediatric department, Sisaket hospital.
- Method** : To study the incidence of twin pregnancy in Sisaket hospital in period of 3 years during from October 1<sup>st</sup> 2002 – September 30<sup>th</sup> 2005. Data were collected from maternal chart.
- Result** : There were 167 twin delivers from total 11,638 deliveries. The incidence of twin deliveries was 14.35 per 1,000 deliveries. The mean maternal age was 28.45 years and mean gestational age of deliver was 35.6 weeks. The mean birth weight was 2215.75 grams and low birth weight rate was 70.66 percents. The most route of deliver of twins was vaginal delivery and female : male ratio was 1.12 : 1. The most common maternal complication was preterm labor and perinatal mortality rate was 53.89 per 1,000 twin deliveries.
- Conclusion** : The incidence of twin deliveries at Srisaket hospital was 14.35 per 1,000 deliveries. The perinatal mortality rate was high (53.89 per 1,000 twins deliveries).The effective antepartum and intrapartum care for twin gestation by experienced clinicians may reduce risk of perinatal mortality.
- Key word** : Twin

## บทคัดย่อ

- เหตุผลของการวิจัย :** ครรภ์แฝด จัดอยู่ในกลุ่มการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อน ทั้งต่อมารดาและทารกได้มากกว่าครรภ์ปกติ
- วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการตั้งครรภ์แฝดสองและปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์แฝดสองในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 ถึง 30 กันยายน 2548
- สถานที่ศึกษา :** กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ
- ชนิดของการวิจัย :** เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา
- วิธีวิจัย :** ศึกษาครรภ์แฝดที่มาคลอดในโรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2548 โดยค้นหาข้อมูล จาก รายงานการคลอด ประวัติจากเวชระเบียนของผู้ตั้งครรภ์
- ผลการวิจัย :** พบว่ามีการคลอดครรภ์แฝดทั้งสิ้น 167 ราย จากการคลอดทั้งหมด 11,638 รายคิดเป็น 14.35 รายต่อการคลอด 1,000 ราย ผลการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของมารดาเท่ากับ 28.45 ปี อายุเฉลี่ยเมื่อคลอดเท่ากับ 35.6 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย 2,215.75 กรัม โดยพบอุบัติการณ์ของทารก น้ำหนักน้อยเท่ากับร้อยละ 70.66 การคลอดส่วนใหญ่เป็นการคลอดทาง ช่องคลอดปกติ อัตราส่วนของทารกเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1.12 ต่อ 1 ภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่สำคัญคือ การคลอดก่อนกำหนด อัตราตาย ปริกำเนิดเท่ากับ 53.89 ต่อการคลอด 1,000 ราย
- สรุป :** อุบัติการณ์การคลอดทารกแฝดสองในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เท่ากับ 14.35 รายต่อการคลอด 1,000 ราย และมีอัตราตายปริกำเนิดสูงถึง 53.89 ต่อ การคลอด 1,000 ราย การวินิจฉัยให้ได้ก่อนคลอด การดูแลการฝากครรภ์ การดูแลระยะคลอด อย่างมีประสิทธิภาพและความชำนาญ น่าจะทำให้ อัตราตายปริกำเนิดลดลง

## บทนำ

อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์แฝดสองพบได้ตั้งแต่ 1/94 ของการตั้งครรภ์จนถึง 1/20 ของการตั้งครรภ์ ออุบัติการณ์เกิดแตกต่างกันในหลายพื้นที่ทั่วโลก เช่นหลายประเทศในทวีปแอฟริกา เช่น Nigeria พบได้ถึง 1/20 ของการตั้งครรภ์ ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นอาจพบน้อยเพียง 1/250 ของการตั้งครรภ์ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เชื้อชาติ พันธุกรรม อายุของมารดา การกระตุ้นการตกไข่ด้วยยา

แนวโน้มในระยะ 15-20 ปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์ของการเกิดครรภ์แฝดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ในประเทศสหรัฐอเมริการะหว่างปี พ.ศ.2523 - พ.ศ. 2543 มีอุบัติการณ์เกิดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 77

การตั้งครรภ์แฝดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอัตราการตายและทุพพลภาพปริกำเนิดค่อนข้างสูง ประกอบกับภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์แฝด เช่น การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การคลอดโดยใช้หัตถการต่างๆ ทารกตายในครรภ์ พบได้บ่อยและรุนแรงกว่าในครรภ์เดี่ยว การดูแลรักษาทำได้ยากกว่า ดังนั้นการดูแลมารดาตั้งครรภ์แฝดจึงมีความสำคัญมาก

การศึกษานี้ได้รวบรวมอัตราการตั้งครรภ์แฝด และปัจจัยพื้นฐาน รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ เพื่อให้ทราบปัญหาของการตั้งครรภ์แฝด เพื่อที่จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการดูแลการตั้งครรภ์แฝดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการตั้งครรภ์แฝดย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2548 รวมเวลา 3 ปี โดยคัดเลือกผู้ตั้งครรภ์ที่เป็นการคลอดทารกแฝดสอง ที่อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ขึ้นไป โดยได้ค้นหาข้อมูลจากรายงานการคลอด ประวัติจากเวชระเบียนของผู้ตั้งครรภ์ โดยเก็บข้อมูลในด้านอายุ ลำดับการคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด วิธีการคลอด เพศของทารก คะแนน APGAR ที่ 1 และ 5 นาที การตายปริกำเนิดของทารก และภาวะแทรกซ้อนของมารดา

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละและอัตราส่วน

## ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2548 รวมระยะ 3 ปี มีการคลอดทั้งสิ้น 11,638 ราย พบที่มีการคลอดครรภ์แฝดทั้งสิ้น 167 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์การคลอดทารกแฝดสอง 14.35 ต่อการคลอด 1,000 ราย โดยแยกเป็นรายปีของการคลอดทารกแฝดสองดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนการคลอดและอุบัติการณ์ของการคลอดทารกแฝดสองในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ปี พ.ศ.	จำนวนการคลอดแฝดสอง (ราย)	จำนวนการคลอดทั้งหมด ราย	อุบัติการณ์ (รายต่อการคลอด 1,000 ราย)
2546	59	3,786	15.58
2547	50	3,791	13.19
2548	58	4,061	14.28
รวม	167	11,638	14.35

พบว่าอายุเฉลี่ยของมารดาที่คลอดทารกแฝดสองเท่ากับ 28.45 ปี กลุ่มอายุที่พบอุบัติการณ์สูงที่สุด ถึงกลุ่มอายุ 31 - 40 ปี เท่ากับ 16.33 รายต่อการคลอด 1,000 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราการคลอดทารกแฝดสองเทียบกับจำนวนการคลอดทั้งหมดแยกตามอายุของมารดา

อายุมารดาที่คลอด (ปี)	จำนวนการคลอดแฝดสอง (ราย)	จำนวนการคลอดทั้งหมด (ราย)	อุบัติการณ์ (รายต่อ การคลอด 1,000 ราย)
< 20 ปี	22	1,774	12.40
21 - 30 ปี	99	6,972	14.19
31 - 41 ปี	45	2,754	16.33
> 40 ปี	1	138	7.25

จำนวนการคลอดครรภ์แฝดสองเป็นลำดับการคลอดครรภ์ที่หนึ่ง 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.51 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและอัตราการคลอดครรภ์แฝดสอง แยกตามลำดับการคลอด

ลำดับการคลอด	จำนวนการคลอดครรภ์แฝดสอง (ราย)	ร้อยละ
1	71	42.51
2	69	41.32
3	22	13.17
4	4	2.40
5	1	0.6
รวม	167	100

อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดทารกแฝดสองเท่ากับ 35.6 สัปดาห์ โดยพบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 58.08 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 อายุครรภ์เมื่อคลอดแฝดสอง

อายุครรภ์ (สัปดาห์)	จำนวนการคลอดแฝดสอง (ราย)	ร้อยละ
28 - 32	20	11.98
33 - 36	77	46.10
37 - 40	66	39.52
> 40	4	2.40
รวม	167	100

น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ยของทารกแฝดสองเท่ากับ 2,215.75 กรัม น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ยของทารกแฝดพี่เท่ากับ 2,350.43 กรัม น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ยของทารกแฝดน้องเท่ากับ 2,105.53 กรัม พบว่ามีทารกน้ำหนักน้อยจำนวน 236 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.66 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การกระจายน้ำหนักแรกคลอดของทารกแฝดสอง

น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)	จำนวนทารกคลอดแฝดสอง (ราย)	ร้อยละ
< 1,000	8	2.40
1,000 - 1,499	23	6.89
1,500 - 1,999	86	25.74
2,000 - 2,499	119	35.63
2,500 - 2,999	87	26.05
3,000 - 3,499	11	3.29
รวม	334	100

การคลอดทารกครรภ์แฝดพบว่าส่วนใหญ่คลอดปกติทางช่องคลอด โดยการคลอดแฝดพี่เท่ากับร้อยละ 52.69 ส่วนการคลอดแฝดน้องเท่ากับร้อยละ 38.92 ตามลำดับ ส่วนการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดเท่ากับร้อยละ 38.92 (ตารางที่ 6)

## ตารางที่ 6 วิธีการคลอดแฝดสอง

วิธีการคลอด	แฝดพี่		แฝดน้อง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Normal delivery	88	52.69	65	38.92
Cesarean section	65	38.92	65	38.92
Cesarean section เฉพาะแฝดน้อง	0	0	2	1.20
Breech assisting	11	6.59	31	18.56
Vacuum extraction	2	1.20	4	2.40
Forceps extraction	1	0.60	0	0
<b>รวม</b>	<b>167</b>	<b>100</b>	<b>167</b>	<b>100</b>

เพศของคู่ทารกแฝดสอง เป็นคู่เพศหญิง - หญิง มากที่สุดคือ 76 คู่ คิดเป็นร้อยละ 45.51 อัตราส่วนของทารกเพศ หญิง : ชาย เท่ากับ 1 : 12 (ตารางที่ 7)

## ตารางที่ 7 เพศของทารกแฝดสอง

เพศ	จำนวน (คู่)	ร้อยละ
ชาย - ชาย	64	38.32
หญิง - หญิง	76	45.51
ชาย - หญิง	24	14.37
ชาย - ระบุเพศไม่ได้	2	1.20
หญิง - ระบุเพศไม่ได้	1	0.60
<b>รวม</b>	<b>167</b>	<b>0.60</b>

## ตารางที่ 8 Apgar score ที่ 1 นาที หลังคลอดของทารกแฝดสอง

Apgar score ที่ 1 นาที	แฝดพี่		แฝดน้อง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1 (DFIU)	2	1.20	10	5.99
0 (Still Birth)	1	0.60	2	1.20
1 - 3	1	0.60	3	1.80
4 - 7	13	7.78	22	13.17
8 - 10	150	89.82	130	77.84
<b>รวม</b>	<b>167</b>	<b>100</b>	<b>167</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 9 Apgar score ที่ 5 นาที หลังคลอดของทารกแฝดสอง

Apgar score ที่ 5 นาที	แฝดพี่		แฝดน้อง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
2 (DFIU)	2	1.2	10	5.99
0 (Still Birth)	1	0.6	2	1.20
1 - 3	0	0	0	0
4 - 7	5	2.99	12	7.18
8 - 10	159	95.21	143	85.63
รวม	167	100	167	100

ในการคลอดทารกแฝดสอง 167 ราย มีทารกทั้งหมด 334 ราย มีการตายคลอด ( Dead fetus in utero) จำนวน 12 ราย คิดเป็นอัตราการคลอด 71.86 รายต่อการคลอด 1,000 ราย (ตารางที่ 10) มีการตายปริกำเนิดจำนวน 9 ราย แยกเป็นการเกิดไร้ชีพ (Still birth) จำนวน 3 ราย และทารกตายหลังคลอดในระยะ 7 วันแรก (Early neonatal death) จำนวน 6 ราย อัตราตายปริกำเนิดของการคลอดแฝดสองเท่ากับ 53.89 ต่อการคลอด 1,000 ราย (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 การตายคลอดและอัตราการตายคลอดของทารกแฝดสอง

จำนวนทารกแฝดสอง (ราย)	จำนวนการตายคลอด (ราย)	อัตราการตายคลอดต่อการคลอด 1,000 ราย
334	12	71.86

ตารางที่ 11 การตายปริกำเนิดและอัตราการตายปริกำเนิดของทารกแฝดสอง

จำนวนทารก แฝดสอง (ราย)	จำนวนทารกตายปริกำเนิด (ราย)		อัตราการตายปริกำเนิด (ราย) / การคลอด 1,000 ราย
	Still birth (ราย)	Early neonatal death (ราย)	
334	3	6	53.89

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่ตั้งครรภ์แฝดสอง ที่สำคัญและพบบ่อยที่สุด คือทารกคลอดก่อนกำหนด พบร้อยละ 58.08 (ตารางที่ 12)

## ตารางที่ 12 ภาวะแทรกซ้อนของมารดาตั้งครรภ์แฝดสอง

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Preterm labor	97	64.24
Anemia	21	13.91
Pregnancy induce hypertension	14	9.27
Premature rupture of membrane	5	3.31
Placenta previa	2	1.33
Post - partum hemorrhage	5	3.31
HIV - positive	2	1.32
Eclampsia	1	0.66
อื่นๆ	4	2.65
<b>รวม</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

## บทวิจารณ์

อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์แฝดค่อนข้างแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยพบได้ตั้งแต่ 1/94 ของการตั้งครรภ์ จนถึง 1/20 ของการตั้งครรภ์<sup>(1-5)</sup> ในสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี พ.ศ.2533 ถึง ปี พ.ศ.2543 นั้นมีการเกิดครรภ์แฝดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 77<sup>(1,5)</sup> โดยอธิบายจากการใช้เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ที่เพิ่มมากขึ้นและสัดส่วนประชากรที่ตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุที่สูงขึ้นมากขึ้น ปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการเกิดครรภ์แฝดได้แก่ เชื้อชาติ ประวัติการตั้งครรภ์ในรอบครัว และลำดับการคลอดที่สูงขึ้น<sup>(1,2,5)</sup> จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีผู้คลอดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ย้อนหลังเป็นเวลา 3 ปี มีการคลอดทั้งสิ้น 11,638 ราย มีการคลอดครรภ์แฝดทั้งสิ้น 167 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์การคลอดทารกแฝดสอง 14.35

ราย ต่อการคลอด 1,000 ราย ถ้าเปรียบเทียบกับข้อมูลในประเทศ เช่น โรงพยาบาลศิริราช (พ.ศ.2536 - 2541) มีการคลอดแฝดสองเท่ากับ 9.5 รายต่อการคลอด 1,000 ราย<sup>(6)</sup> โรงพยาบาลสระบุรีเท่ากับ 8 ราย ต่อการคลอด 1,000 ราย<sup>(7)</sup> แต่ในรายงานต่างประเทศพบอุบัติการณ์ได้ตั้งแต่ 10.6 - 50 ราย ต่อการคลอด 1,000 ราย<sup>(1,2,4)</sup> จึงพบว่าอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ จะสูงกว่าโรงพยาบาลในประเทศ แต่ก็ยังอยู่ในกลุ่มประเทศอื่นๆ

สำหรับปัจจัยที่เป็นเหตุชวนให้เกิดการตั้งครรภ์แฝด ในด้านอายุของมารดา จากข้อมูลพบว่าอายุเฉลี่ยของมารดาที่มากลอดเท่ากับ 28.45 ปีพบว่าหญิงตั้งครรภ์แฝดสองมีอัตราสูงสุดในกลุ่มอายุ 31 - 40 ปี ซึ่งสนับสนุนรายงานที่มี

การศึกษาพบว่า อัตราการคลอดแฝดเพิ่มขึ้นตาม อายุ และสูงสุดเมื่ออายุ 37 ปีขึ้นไป<sup>(1,2,8)</sup> ซึ่งเชื่อว่าน่าจะเกิดจากการที่มีระดับฮอร์โมน FSH (Follicular stimulating hormone) ในมารดาในกลุ่มอายุสูงที่สุด ทำให้มีการตกไข่มากกว่า 1 ฟอง<sup>(1,2,8)</sup>

อายุครรภ์เฉลี่ยของการตั้งครรภ์แฝดเท่ากับ 35.6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการคลอดก่อนกำหนด ถึงร้อยละ 50.08 น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ยของทารกครรภ์แฝดโดยรวมเท่ากับ 2,215.75 กรัม แยกเป็นแฝดพี่น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 2350.43 กรัม แฝดน้องเท่ากับ 2,105.53 กรัม พบมีทารกแฝดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ .70.66 น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ร้อยละ 9.29 สอดคล้องกับรายงานในสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2544 พบมีการคลอดก่อนกำหนดของการตั้งครรภ์แฝดถึงร้อยละ 57.4 และพบมีทารกน้ำหนักน้อยมาก (น้อยกว่า 1500 กรัม) เท่ากับร้อยละ 10.2<sup>(1,6,9)</sup> สาเหตุที่ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อยเกิดจากการคลอดก่อนกำหนดและการเจริญเติบโตช้าในครรภ์<sup>(1,6,9,10)</sup>

วิธีการคลอดของทารกแฝดสอง พบว่ามี การคลอดทางช่องคลอดมากกว่าการผ่าตัดคลอด จากข้อมูลพบที่มีการคลอดทางช่องคลอดทางช่องคลอดของแฝดพี่ร้อยละ 52.60 แฝดน้อง ร้อยละ 38.92 มีการผ่าตัดคลอดร้อยละ 38.92 ในปัจจุบันสูติแพทย์มักตัดสินใจยอมให้มีการคลอดทางช่องคลอดในครรภ์แฝดสองที่ทารกมี

ส่วนนำเป็น Cephalic - Cephalic และ Cephalic - Breech หรือในกรณีที่ทารกมีขนาดเล็กจนคาดว่าจะเลี้ยงไม่รอด ส่วนการผ่าตัดทำในกรณีส่วนนำทารกไม่ใช่หัว เพราะเรากลัวในเรื่อง Fetal entangment<sup>(1,11,12)</sup> ซึ่งการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดทารกครรภ์แฝดต้องคำนึงถึงความชำนาญของสูติแพทย์ ความพร้อมของทีมแพทย์ พยาบาล และห้องผ่าตัด การเฝ้าระวังโดยติดตามการเต้นของหัวใจทารก การติดตามสัญญาณชีพของมารดา การติดตามความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์ ตลอดจนอายุครรภ์และคะแนน้ำหนักทารก จากข้อมูลนี้พบมีการผ่าตัดคลอดเฉพาะแฝดน้อง 2 ราย เนื่องจากเป็นท่าขวาง ส่วนการคลอดทางช่องคลอดในกรณีส่วนนำไม่ใช่หัวซึ่งมีจำนวน 11 ราย สูติแพทย์พิจารณาเห็นว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยที่จะสามารถคลอดทางช่องคลอดได้

เพศของคู่ทารกแฝด พบว่าเป็นคู่แฝดหญิง - หญิง มากที่สุดคือร้อยละ 45.51 เกี่ยวกับเรื่องเพศของทารกแฝดนั้น Machin พบว่าสัดส่วนของทารกเพศหญิงจะมากขึ้นเมื่อจำนวนของทารกในครรภ์เพิ่มมากขึ้น เชื่อว่าอาจเนื่องมาจากทารกแฝดหญิงมีอัตราการอยู่รอดดีกว่าทารกเพศชาย หรืออาจเกิดจาก Female - producing zygote มีแนวโน้มที่จะแบ่งตัวเกิดเป็นทารกแฝดได้มากกว่า<sup>(1,13)</sup>

ทารกที่มีคะแนน Apgar ที่ 1 นาที และ 5 นาทีต่ำ ของทารกแฝดสองไม่ต่างจากครรภ์เดี่ยว

ในทารกแฝดที่พบร้อยละ 8.38 และร้อยละ 2.99 และแฝดน้อง พบร้อยละ 14.97 และร้อยละ 7.18 ตามลำดับ สาเหตุสำคัญคือการคลอดก่อนกำหนดและทารกทำผิดพลาด<sup>(14-15)</sup>

การตายทารกปริกำเนิด (Perinatal death) จากการศึกษาอื่นพบว่า ครรภ์แฝดมีอัตราการตายทารกปริกำเนิด 14.9 - 116 ต่อ 1,000 การคลอดแฝด และสูงกว่าครรภ์เดี่ยว 4 - 10 เท่า<sup>(14,15,16)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในการศึกษานี้ ซึ่งพบว่าอัตราการตายปริกำเนิดเท่ากับ 53.89 รายต่อการคลอดครรภ์แฝด 1,000 ราย และในจำนวนทารกที่ตายปริกำเนิด 9 ราย พบว่า 7 รายเป็นทารกอายุครรภ์ต่ำกว่า 33 สัปดาห์ ซึ่งจากการศึกษาของ Chervana พบว่าร้อยละ 81 ของการตายปริกำเนิดทารกที่อายุน้อยกว่า 29 สัปดาห์<sup>(17)</sup>

ครรภ์แฝดพบอัตราการตายของทารกในครรภ์มากกว่าครรภ์ปกติ 3 - 10 เท่า พบได้ประมาณร้อยละ 2 - 7<sup>(1,6,18)</sup> จากข้อมูลในตารางพบมีการตายของทารก 12 ราย คิดเป็น 71.86 รายต่อการคลอด 1,000 ราย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่บันทึกไว้ ส่วนสาเหตุเราพบว่าอาจเนื่องมาจากการเชื่อมติดกันของเส้นเลือด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์, ภาวะแม่มีความดันสูง, รกลอกตัวก่อนกำหนด<sup>(1,6,10,14,15,18)</sup>

ภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์แฝดที่พบมากที่สุด คือ การคลอดก่อนกำหนดคิดเป็น

ร้อยละ 64.24 ดังรายงานการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิดในทารก สาเหตุสำคัญของการคลอดก่อนกำหนดที่พบคือ ภาวะความดันโลหิตสูงในมารดา, ภาวะเจริญเติบโตช้าของทารกและรกลอกตัวก่อนกำหนด<sup>(1,14,15,16,17,19)</sup> เพื่อลดอัตราการตายและทุพพลภาพปริกำเนิด สูติแพทย์ต้องดูแลทั้งระยะก่อนและระยะหลังคลอดเป็นอย่างดี รวมทั้งประสานงานกับกุมารแพทย์ในการดูแลทารกหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่คลอดก่อนกำหนด

## บทสรุป

อุบัติการณ์การคลอดทารกแฝดสองในโรงพยาบาลศรีสะเกษเท่ากับ 14.35 รายต่อการคลอด 1,000 ราย และมีอัตราการตายปริกำเนิดสูงถึง 53.89 ต่อการคลอด 1,000 ราย การวินิจฉัยให้ได้ก่อนคลอด การดูแลการฝากครรภ์ การดูแลระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และความชำนาญ น่าจะทำให้อัตราการตายปริกำเนิดลดลง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา เจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกท่าน ที่ช่วยเหลือข้อมูลรวมทั้งครอบครัววงวัฒนานนท์ ที่ช่วยเป็นกำลังใจ

## เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, MacDonald RC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hankins GDV, Clark SL. Williams Obstetrics. 21th ed. Stamford : Appleton & Langc. 2005 : 911 - 48.
2. Barbara Luke. The rise in multiple births in the united states : Who, What, When, Where and Why. Clin Obstet Gynecol 2004 ; 47 : 118 - 33.
3. Blondel B, Kaminski M. Trend in the occurrence, determinants, and consequence of multiple births. Seminars in perinatology 2002 ; 26 : 239 - 49.
4. MacGilivray I. Epidemiology of twin pregnancy. Semin Perinatol. 1986 ; 10 : 4 - 8.
5. Templeton A : The multiple gestation epidemic : the role of the assisted reproductive technologies. Am J Obstet Gynecol 2004 ; 190 : 894 - 98.
6. ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, รณชัย อธิสุข. ครรภ์แฝด. ใน : มานี ปิยะอนันต์. ชาญชัย วันทนาศิริ, ประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล. บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ. ลีฟวิซ ; 2548. หน้า 284 - 304.
7. ฤชา ตั้งจิตธรรม. ผลของการตั้งครรภ์แฝดเปรียบเทียบกับตั้งครรภ์เดี่ยว. วารสารโรงพยาบาลสระบุรี 2546 ; 3 : 134 - 42.
8. Nylander PPS : Serum levels of gonadotropins in relation to multiple pregnancy in Nigeria . Br J Obstet Gynecol 1973 ; 80 : 651 - 6 .
9. Scott A, Roger N. Prediction and prevention of preterm delivery in multiple gestations. Clin Obstet Gynecol 2004 ; 47 : 203-15.
10. Conde - Agudelo A, Belizan JM, Lindmark G. Maternal morbidity and mortality associated with multiple gestations. Obstet Gynecol 2000 ; 95 : 899 - 904.
11. Laros RK, Dattle BJ . Management of twin pregnancy : The vaginal route is still safe. Am J Obstet Gynecol. 1988 ; 158 : 1330 - 8.
12. Christopher R, Sunee P. Intrapartum management of twins. Clin Obstet Gynecol 2004 ; 47 : 248 - 62.
13. Machin GA : Some causes of genotypic and phenotypic discordance in monozygotic twin pairs. Am J Med Genet 1996 ; 61 : 216 - 21.
14. Gnai V, Vidyasagar D. Morbidity and Mortality factors in twins, and epidemidologic approach. Clin Perinatol 1988 ; 15 : 123 - 40.
15. Bruce WK, Thomus HK, Richard HP. Twin gestation : I. Antenatal care and complication. Obstet Gynecol 1989 ; 74 : 313 - 7.
16. Garner MD, Robert LG, Suzanne PC, Jame MT, Kathleen GN, Rachel LC. The origin and outcome of preterm twin pregnancies. Obstet Gynecol 1995 ; 85 : 553 - 7.
17. Chervana FA, Youcha S, Jhnsom RE, Berkowitz RL, Hobbins JC. Twin gestation, antenatal diagnosis and perinatal outcome in 385 consecutive pregnancies. J Reprod Med 1984 ; 29 : 727 - 30.
18. Bruke MS. Single fetal demise in twin gestation. Clin Obstet Gynecol 1990 ; 33 : 69 - 78.
19. Goldenbery RL, lam JD. The preterm prediction study : risk factor in twin gestations. Am J Obstet Gynecol. 1996 ; 175 : 1047-53.