

ผลการคลอดครรภ์แฝดในโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

อภิชัย มหารุ่งเรืองรัตน์ พ.บ., ว.ว. สุนิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของการคลอดครรภ์แฝดในโรงพยาบาลตากสิน และผลการคลอดครรภ์แฝด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง: หญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 438 ราย ที่คลอดในโรงพยาบาลตากสินระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2538 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2547 และทารกแรกเกิดที่คลอดจากการตั้งครรภ์แฝด

วิธีดำเนินการวิจัย: เก็บข้อมูลลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลการฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด จากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์แฝด และเก็บข้อมูลน้ำหนักแรกเกิด ค่าคะแนนแอฟการ์ (Apgar score) การคลอดไร้ชีพ และการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด จากเวชระเบียนของทารกแรกเกิด

ตัววัดที่สำคัญ: ความชุกของการคลอดครรภ์แฝด และผลการคลอดครรภ์แฝด

ผลการวิจัย: ความชุกของการคลอดครรภ์แฝดเท่ากับร้อยละ 0.7 หรือ 1:142 ของการคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์แฝดเท่ากับ 26.8 ± 5.8 ปี, หญิงตั้งครรภ์แฝดไม่ได้เข้ารับการฝากครรภ์ ร้อยละ 3.9, มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ร้อยละ 49.5, ไม่ได้รับการวินิจฉัยครรภ์แฝดก่อนการคลอด ร้อยละ 35.2, ในส่วนของการคลอด พบว่าร้อยละ 52.3 สามารถคลอดทางช่องคลอด, ร้อยละ 45.9 ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอด และร้อยละ 1.8 ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกแฝดน้องหลังคลอดแฝดพี่ นอกจากนี้การคลอดทารกแฝดน้องต้องใช้หัตถการช่วยคลอดมากกว่าทารกแฝดพี่ โดยเฉพาะการช่วยคลอดในท่าก้น ทารกแฝดพี่มีน้ำหนักเฉลี่ย $2,210 \pm 505$ กรัม แฝดน้องมีน้ำหนัก $2,160 \pm 511$ กรัม รวมแล้วพบว่า ร้อยละ 71.4 ของทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สำหรับค่าคะแนนแอฟการ์ที่น้อยกว่า 7 ในเวลา 5 นาทีของแฝดพี่เท่ากับร้อยละ 7.8 แฝดน้องเท่ากับร้อยละ 13.5 ในจำนวนทั้งหมดมีทารกที่พิการแต่กำเนิด 17 ราย โดยเป็นความผิดปกติของหัวใจ 12 ราย และมีอัตราตายปริกำเนิด เท่ากับ 30.8:1,000 ในกลุ่มทารกที่เสียชีวิตพบว่าร้อยละ 73.1 เป็นการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับร้อยละ 3.0

สรุป: ความชุกของการคลอดครรภ์แฝดในโรงพยาบาลตากสิน เท่ากับร้อยละ 0.7 โดยมีจำนวนหญิงคลอดครรภ์แฝดที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์แฝดสูงถึงประมาณ 1 ใน 3 การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และมีผลต่อการเสียชีวิตของทารกครรภ์แฝด โดยเฉพาะการที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยครรภ์แฝดมาก่อน ดังนั้นการวินิจฉัยการตั้งครรภ์แฝดให้ได้โดยเร็ว รวมไปถึงการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอและการปรับปรุงระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์แฝดจากสถานฝากครรภ์อื่นให้มีประสิทธิภาพที่ดี อาจช่วยลดการเสียชีวิตของทารกแฝดที่คลอดในโรงพยาบาลตากสินลงได้

Abstract

Outcomes of Twin Pregnancy in Taksin Hospital, Bangkok Metropolitan Administration

Apichai Maharungruangrat MD

Division of Obstetrics and Gynecology, Taksin Hospital

Objective: To determine the prevalence and outcomes of twin pregnancy delivery.

Study design: Descriptive study.

Subjects: Between January 1995 and December 2004, 438 twin pregnancies with more than 28 weeks of gestational age who delivered at Taksin Hospital and their neonates were enrolled.

Methods: Hospital records and operative reports were retrospectively reviewed.

Main outcome measures: Prevalence of twin pregnancy delivery and outcomes.

Results: Prevalence of twin pregnancy delivery was 0.7% (1:142). The mean age was 26.8 ± 5.8 years. 3.8% of these pregnancies did not attend antenatal care. Preterm labour and premature contraction were the most antenatal complications with responsible for 49.5 %. Undiagnosed twin pregnancy before delivery occurred in 35.2%. The routes of delivery were vagina 52.3%, caesarean section for both twins 45.9% and caesarean section for the second twin 1.8%. During delivery, obstetric procedures were applied for the second twin more than the first twin especially for breech presentation. For neonates, the mean birth weight were $2,210 \pm 505$ gm in 1st twin, $2,160 \pm 511$ gm in 2nd twin and 71.4% of them were less than 2,500 grams. The Apgar score below 7 at 5 minutes were 7.8% and 13.5% respectively. Congenital heart anomalies were found in 12 cases from the overall anomalies of 17 cases. Perinatal death was 30.8:1,000. In these deaths, 73.1% were preterm labour. Post-partum hemorrhage occurred in 3.0%.

Conclusions: The prevalence of twin pregnancy delivery was 0.7%. Undiagnosed twin pregnancy was still high. Premature contraction and preterm labour were the most complication during pregnancy. So, prematurity was the main cause of perinatal mortality. Then, early diagnosis, regular antenatal care and improvement of referral system from primary health care will decrease the complications and perinatal death in Taksin Hospital.

Key words: prevalence, twin pregnancy delivery, outcomes

บทนำ

การตั้งครรภ์แฝดเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แฝดและทารกในครรภ์มากกว่าการ

ตั้งครรภ์เดี่ยว^{1,2} การตั้งครรภ์แฝดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม เชื้อชาติ การรักษากาวยามีบุตรยาก ฯลฯ โดยทั่วไปการตั้งครรภ์แฝดจะมีอุบัติการณ์ประมาณ 1:94 ของการคลอดทั้งหมด² และในปัจจุบันมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการ

รักษาภาวะมีบุตรยาก¹⁻³ การตั้งครรภ์แฝด พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว เช่น การแท้งบุตร ครรภ์เป็นพิษ เลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด การคลอดก่อนกำหนด ฯลฯ⁴ ส่วนผลต่อทารกมักจะพบว่าทารกในครรภ์มีการเติบโตช้า มีโอกาสเสียชีวิตในครรภ์ได้ง่าย และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์เดี่ยว¹⁻² ในการทำคลอดแฝดนั้น สูติแพทย์จะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ ท่าของทารกทั้งสอง และน้ำหนักของทารก⁵⁻⁷ ดังนั้นการวินิจฉัยครรภ์แฝดได้ในระยะแรก รวมไปถึงการดูแลรักษาอย่างดีตลอดการตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลทารกทั้งสอง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก^{1, 2, 8}

เนื่องจากในโรงพยาบาลตากสินยังไม่ได้มีการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นถึงผลของการคลอดครรภ์แฝดมาก่อน จึงได้ทำการศึกษาผลของการคลอดครรภ์แฝดในโรงพยาบาลตากสินเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวางแผนทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์แฝดต่อไป

ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์แฝดอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกแฝดทั้งสองคนที่คลอดในโรงพยาบาลตากสิน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2538 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2547

นิยาม

อัตราตายปริกำเนิด (perinatal mortality rate) หมายถึง จำนวนทารกคลอดไร้ชีพที่มีน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม รวมกับจำนวนที่เสียชีวิตของทารกที่มีอายุต่ำกว่า 7 วันต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน⁹

Discordant twin หมายถึง ผลต่างของน้ำหนักทารกทั้งสองคนที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 โดยใช้น้ำหนักของแฝดที่มีขนาดใหญ่กว่าเป็นเกณฑ์อ้างอิง²

วิธีดำเนินการวิจัย

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และเวชระเบียนของทารกแฝดทั้งสองคนที่คลอดระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ. 2538 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2547

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ รายงานเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ รายงานเป็นค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

มีการคลอดครรภ์แฝดทั้งหมด 453 ราย เท่ากับร้อยละ 0.7 (1:142) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในช่วงเวลาดังกล่าวทั้งหมด 64,502 ราย ในจำนวนนี้มีการคลอดครรภ์แฝด 15 ราย ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์จึงคัดออกจากการศึกษาดังนั้นจึงเหลือการคลอดครรภ์แฝดที่นำมาศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 438 ราย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถิติกรรมของหญิงตั้งครรภ์แฝดพบว่าอายุเฉลี่ย 26.8 ± 5.8 ปี มีอายุตั้งแต่ 14-43 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 20-25 ปี มีจำนวนเท่ากับร้อยละ 36.5, ร้อยละ 51.4 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.4 เคยคลอดบุตรมาก่อน, ร้อยละ 68.0 เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์, ร้อยละ 3.9 ไม่เคยฝากครรภ์ ร้อยละ 55.0 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตากสิน, ร้อยละ 27.2 มีภาวะเลือดจาง (ฮีมาโทคริตน้อยกว่าร้อยละ 30) ร้อยละ 1.6 มีผลเลือดเอดส์เป็นบวก ร้อยละ 35.2 ของหญิงตั้งครรภ์แฝดไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอด ในจำนวนนี้ร้อยละ 54.6 เป็นการฝากครรภ์ในสถานพยาบาลอื่น สำหรับรายที่ได้รับการวินิจฉัยครรภ์แฝดก่อนคลอด สามารถวินิจฉัยได้ด้วยการใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงร้อยละ 96.1 สำหรับภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ พบว่าร้อยละ 49.5 มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และร้อยละ 9.1 มีภาวะความดันเลือดสูง (ตารางที่ 1, 2)

ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด พบว่า อายุครรภ์เฉลี่ยในขณะคลอดเท่ากับ 36.1 (2.9) สัปดาห์ ร้อยละ 47.5 คลอดก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด 37 สัปดาห์ ทารกแฝดร้อยละ 56.2 อยู่ในท่าหัวทั้งคู่ขณะคลอด ร้อยละ 52.3 คลอดทางช่องคลอด, ร้อยละ 45.9 คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 1.8 ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสำหรับทารกแฝดน้อง หลังจากทารกแฝดพี่คลอดทางช่องคลอด ในการคลอดทางช่องคลอดนั้นการคลอดทารกแฝดน้องต้องใช้หัตถการช่วยคลอดมากกว่าทารกแฝดพี่ ที่ใช้เพียงร้อยละ 8.2 เป็นร้อยละ 19.2 โดยทารกแฝดน้องต้องช่วยคลอดทำกัน ร้อยละ 14.4 ในขณะที่ยาทารกแฝดพี่มีเพียงร้อยละ 1.4 (ตารางที่ 3) สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดครรภ์แฝด พบภาวะตกเลือดหลังคลอด 13 ราย เท่ากับร้อยละ 3.0 มี 2 รายต้องเข้ารับการผ่าตัดตัดมดลูกหลังคลอด และมีการติดเชื้อหลังคลอด ร้อยละ 0.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางสุติกรรม

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสุติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน	177	40.4
รับจ้าง	225	51.4
ค้าขาย และอื่นๆ	36	8.2
การคลอดบุตร		
ไม่เคยคลอด	213	48.6
เคยคลอด	225	51.4
การฝากครรภ์		
ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์	298	68.0
หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์	123	28.1
ไม่ได้ฝากครรภ์	17	3.9
สถานที่ฝากครรภ์		
โรงพยาบาลตากสิน	241	55.0
ศูนย์บริการสาธารณสุข และอื่นๆ	180	41.1
ไม่ได้ฝากครรภ์	17	3.9
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์		
1-3 ครั้ง	33	7.5
มากกว่า 3 ครั้ง	388	88.6
ไม่ได้ฝากครรภ์	17	3.9
ผลการตรวจเลือดฝากครรภ์		
โลหิตจาง (ฮีมาโทคริต น้อยกว่าร้อยละ 30)	114	26.0
เฮโมโกลบินผิดปกติ	11	2.5
ผลการตรวจ เอชไอวี เป็นบวก	7	1.6
ผลการตรวจแอนติเจนต่อไวรัสตับ-	6	1.4
อักเสบชนิดบี (HBsAg) เป็นบวก		
ผลการตรวจซีฟิลิส (VDRL) เป็นบวก	1	0.2

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและคลอด-ก่อนกำหนด	217	49.5
ความดันเลือดสูง และโรคพิษแห่งครรภ์	38	8.7
น้ำเดินก่อนกำหนด	19	4.3
โรคเบาหวาน	5	1.1
รกเกาะต่ำ	3	0.7
รกลอกก่อนกำหนด	2	0.5
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	154	35.2
รวม	438	100.0

ตารางที่ 3 ข้อมูลการคลอดครรภ์แฝด

ข้อมูลการคลอดครรภ์แฝด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยครรภ์แฝด		
ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอด	154	35.2
- ไม่ได้ฝากครรภ์	17	11.0
- ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตากสิน	53	34.4
- ฝากครรภ์สถานบริการอื่น	84	54.6
วินิจฉัยได้ก่อนคลอด	284	64.8
- ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตากสิน	189	66.5
- ฝากครรภ์สถานบริการอื่น	95	33.5
ท่าของทารกขณะคลอด (แฝดพี่/แฝดน้อง)		
ท่าหัว/ท่าหัว	246	56.2
ท่าหัว/ไม่ใช่ท่าหัว	122	27.9
ไม่ใช่ท่าหัว/ท่าหัว หรือไม่ใช่ท่าหัว	70	15.9
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอดทั้งสองคน	229	52.3
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งสองคน	201	45.9
คลอดทางช่องคลอด/ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแฝดน้อง	8	1.8
การคลอดทารกแฝดพี่		
คลอดปกติทางช่องคลอด	201	45.9
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	22	5.0
คลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด	8	1.8
คลอดท่าก้น	6	1.4
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	201	45.9
การคลอดทารกแฝดน้อง		
คลอดปกติทางช่องคลอด	145	33.1
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	15	3.4
คลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด	6	1.4
คลอดท่าก้น	63	14.4
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	209	47.7

ในส่วนของการรกแรกเกิด พบว่าน้ำหนักเฉลี่ยของการรกแรกเกิดเท่ากับ 2,186 ± 508 กรัม ทารกแฝดพี่มีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 2,210 ± 505 กรัม และทารกแฝดน้องมีน้ำหนักเฉลี่ย 2,160 ± 511 กรัม ร้อยละ 8.5 ของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักของทั้งสองคนต่างกันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 ในทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย พบว่า ร้อยละ 71.4 มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย

กว่า 2,500 กรัม (low birth weight, LBW) โดยที่ร้อยละ 10.1 มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม (very low birth weight, VLBW) ทารกทั้งสองเกิดเป็นเพศเดียวกันร้อยละ 87.2 และสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.2 ทารกที่มีค่าคะแนนแอฟการ์น้อยกว่า 7 ที่ 5 นาที เป็นทารกแฝดที่ร้อยละ 7.8 ทารกแฝดน้อง ร้อยละ 13.5 ทารกคลอดไร้ชีพทั้งหมด 17 ราย เป็นทารกแฝดพี่ 4 ราย และทารกแฝดน้อง 13 ราย ทารกแรกเกิดเสียชีวิตภายใน 7 วันแรก ทั้งหมด 14 ราย เป็นทารกแฝดพี่

8 ราย และทารกแฝดน้อง 6 ราย อัตราตายปริกำเนิด (perinatal mortality rate) ทั้งหมดเท่ากับ 30.8:1,000 ทารกแฝดมีความพิการแต่กำเนิด 17 ราย ในจำนวนนี้เป็นความผิดปกติของหัวใจ 12 ราย เมื่อศึกษาเฉพาะทารกที่ตายปริกำเนิดทั้งหมด 31 ราย พบว่าร้อยละ 15.4 ไม่ได้มีการฝากครรภ์ ร้อยละ 61.5 ฝากครรภ์จากสถานบริการอื่นๆ ร้อยละ 57.7 ไม่ได้รับการวินิจฉัยครรภ์แฝดก่อนคลอด และร้อยละ 73.1 เป็นการคลอดก่อนกำหนด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลของทารกแรกเกิด

ข้อมูล	แฝดพี่	แฝดน้อง	รวม
น้ำหนักเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (กรัม)	2,210 ± 505	2,160 ± 511	2,186 ± 508
พิสัยของน้ำหนักเมื่อแรกเกิด (กรัม)	870-3,410	400-3,360	400-3,410
- LBW (< 2,500 กรัม)*	298 (63.0)	327 (74.7)	625 (71.4)
- VLBW (< 1,500 กรัม)*	45 (10.3)	43 (9.8)	88 (10.1)
คะแนนแอฟการ์น้อยกว่า 7			
- ที่ 1 นาที*	63 (14.4)	109 (24.9)	172 (16.6)
- ที่ 5 นาที*	34 (7.8)	59 (13.5)	93 (10.6)
ทารกคลอดไร้ชีพ*	4 (0.9)	13 (2.9)	17 (1.9)
ทารกเสียชีวิตภายใน 7 วัน*	8 (1.8)	6 (1.4)	14 (1.6)
อัตราตายปริกำเนิด (ต่อ 1,000)#	13.7	17.1	30.8
ทารกพิการแต่กำเนิด*	6 (1.4)	11 (2.5)	17 (1.9)

* จำนวนคน (ร้อยละ)

ไม่รวมทารกคลอดไร้ชีพที่น้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม จำนวน 4 ราย

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการคลอดครรภ์แฝดในโรงพยาบาลตากสิน มีความชุกร้อยละ 0.7 (1:142) ซึ่งน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ร้อยละ 0.90, 1:111)¹⁰ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ร้อยละ 0.77, 1:129)¹¹ และโรงพยาบาลศิริราช (ร้อยละ 0.95, 1:105)² ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าโรงพยาบาลตากสินไม่มีบริการรักษากะโหลกศีรษะที่มักจะพบว่ามีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์แฝดสูงชัน ในการศึกษาแล้วยังพบว่าการคลอดครรภ์แฝดที่ไม่ได้

รับการวินิจฉัยก่อนคลอดถึงร้อยละ 35.2 ซึ่งสูงกว่ารายงานอื่นๆ^{12,13} และส่วนใหญ่เป็นการฝากครรภ์ จากสถานบริการอื่นๆ ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้ต่อไป สำหรับการคลอดครรภ์แฝดก่อนกำหนดที่เท่ากับร้อยละ 47.5 นั้นไม่ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 27-54^{10, 14} สำหรับทารกที่คลอดจากครรภ์แฝดนี้ มีถึงมากกว่า 2 ใน 3 ส่วนที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย โดยพบว่าสาเหตุสำคัญได้แก่การคลอดก่อนกำหนดซึ่งสูงกว่าการคลอดครรภ์เดียวมาก ซึ่งไม่ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาเช่นกัน^{13,14}

สรุป

การคลอดครรภ์แฝดในโรงพยาบาลตากสิน มีความชุกน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการรักษาภาวะมีบุตรยาก หญิงตั้งครรภ์แฝดที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอดอยู่ในเกณฑ์สูง ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ฝากครรภ์จากสถานบริการอื่นๆ การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย และมีผลต่อการเสียชีวิตของทารกแฝด ดังนั้นการวินิจฉัยการตั้งครรภ์แฝดให้ได้โดยเร็ว รวมไปถึงการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอและการปรับปรุงระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์แฝดจากสถานฝากครรภ์อื่นให้มีประสิทธิภาพที่ดี อาจช่วยลดการเสียชีวิตของทารกแฝดที่คลอดในโรงพยาบาลตากสินลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวชกรรม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน ที่อนุญาตให้ทำวิจัย และนำเสนอผลงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

- Cunning FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. Boston: Mc Graw-Hill; 2005: p.911-48.
- รณชัย อธิสุข. ครรภ์แฝด (multifetal pregnancy). ใน: มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, สิงห์เพชร สุขสมปอง, มงคล เบญจภิบาล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2543. หน้า 385-410.
- Jewell SE, Yip R. Increasing trends in Plural births in the United States. Obstet Gynecol 1995; 85: 229-32.
- Spellacy WN, Handler A, Ferre CD. A case-control study of 1253 twin pregnancies from a 1982-1987 perinatal data base. Obstet Gynecol 1990; 75: 168-71.
- Yang Q, Wen SW, Chen Y, Krewski D, Fung KFK, Walker M. Neonatal death to mode of delivery and birth weight. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 840-7.
- Luke B, Brown MB, Alexandre PK, Kinoshi T. O'Sullivan MJ, Martin D. et al. The cost of twin pregnancy: Maternal and neonatal factors. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 909-15.
- Zhang J, Bowes WA Jr, Grey TW, McMahon MJ. Twin delivery and neonatal and infant mortality: A population base study. Obstet Gynecol 1996; 88: 593-98.
- Heyborne KD, Porreco RP, Garite TJ, Phair K, Abril D. Improved perinatal survival of monoamniotic twins with intensive inpatient monitoring. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 96-101.
- กรกฎ ศิริชัย, วิทยา ธิธาพันธ์. บทนำทางสูติศาสตร์ (obstetric in broad perspection). ใน: มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, สิงห์เพชร สุขสมปอง, มงคล เบญจภิบาล บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2543. หน้า 1-16.
- Suntharasaj T, Sinpisut P. Are there any changes in twin deliveries at Songklanagarind Hospital during different periods of time? Thai J Obstet Gynecol 1999; 11: 149-53.
- Sitsirat P, Komwilaisak R. Multiple pregnancy in Srinagarind Hospital. Thai J Obstet Gynecol 1999; 11: 265.
- Hawrylyshyn PA, Barkin M, Bernstein A, Papsin FR. Twin pregnancies - A continuing perinatal challenge. Obstet Gynecol 1982; 59: 463-6.
- จิตติมา สุนทรสัจ. Undiagnosed twins and outcomes of deliveries. ใน: อเนก อารีพรพร, ประทัญญ์โอประเสริฐ สวัสดิ์, เชื้อน ดันนรินทร์, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, วิทยา ธิธาพันธ์, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการครั้งที่ 14 และการประชุมสามัญประจำปี 2542 ราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 26-29 ตุลาคม 2542; กรุงเทพฯ: อุดมสุขการพิมพ์ (1993) จำกัด; 2542. หน้า 148.
- Gardner MO, Goldenberg RL, Cliver SP, Tucker JM, Nelson KG, Copper RL. The origin and outcome of preterm twin pregnancies Obstet Gynecol 1995; 85: 553-7.