

การเจ็บครรภ์คลอด : ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบ

Labor Pain : Risk Factor and Pregnancy Outcome

ณรงค์ ธนกิจวรบูรณ์ พ.บ.,

ว.ว, สูตินรีเวชวิทยา

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลท่าม่วง

จังหวัดกาญจนบุรี

Narong Thanakitworabool M.D.,

Thai Board of OBGYN

Division of Obstetrics and Gynecology

Tamuang Hospital

Kanchanaburi Province

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดและผลกระทบจากความเจ็บปวดต่อระยะเวลาการคลอดทารกในครรภ์

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง (Cross Sectional Research)

สถานที่ทำการศึกษา : โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้คลอดในช่วงวันที่ 15 พ.ย. 2551 - 15 ก.พ. 2552 โดยเป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 34 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม

การศึกษา : เก็บข้อมูลระดับความเจ็บปวดหลังคลอดโดยใช้ Wong-Baker-FACES Pain rating scale

ผลการศึกษา : ครรภ์แรก การคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ การใช้ syntocinon induction Pethidine มีความสัมพันธ์กับ Severe labor pain, Severe labor pain มีผลทำให้ระยะเวลาในการคลอดยาวนานขึ้น แต่ Severe labor pain ไม่มีความสัมพันธ์กับ APGAR score, Meconium stain amnionitic fluid

สรุป : ผู้คลอดส่วนใหญ่ได้รับความเจ็บปวดช่วงคลอดเป็นอย่างมากโดยที่การช่วยระงับความเจ็บปวดมักไม่เพียงพอ นอกจากนี้ Severe labor pain ยังเป็นอาการนำของภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น Abruptio placenta, Rupture uterus ดังนั้นในผู้คลอดที่มีภาวะ Severe labor pain ทุกฝ่าย ควรเฝ้าระวังระหว่างคลอดแบบครรภ์เสี่ยงสูง

ABSTRACT

Objective : To evaluate factor associated with labor pain. Effect of pain to labor time and fetus

Designs : Cross-sectional study

Setting : Data from parturient 15 Nov 2008 - 15 Feb 2009. Singleton, GA \geq 34 weeks, no Medical and Obstetrics complication

Methods : Pain was evaluated after delivery with Wong - Baker - FACES pain rating scale.

Result : Primipara, Vacuum extraction, Syntocinon induction, Pethidine were associated with severe labor pain. Severe labor pain was effect to prolong labor time but no relation to APGAR score and meconium stain amniotic fluid.

Conclusion : Most parturient suffer from intense pain during labor and analgesia insufficiency. Severe labor pain may be sign of Obstetrics complication abruption placenta, rupture uterus. severe labor pain during labor should be care as high risk pregnancy.

Keyword : Labor pain

บทนำ

การคลอดบุตรเป็นภาวะที่มีความเจ็บปวดและความเครียดเป็นอย่างมาก อาการเจ็บในระยะแรกของการเจ็บครรภ์เริ่มจากตัวมดลูกโดยโยประสาทรับความรู้สึกจากมดลูก ปากมดลูก และช่องคลอดส่วนบน จะรับความรู้สึกผ่าน Frankenhauser's ganglion เข้าสู่ Lumbar และ Thoracic sympathetic chain ซึ่งจะส่งเข้าสู่ไขสันหลังทาง T10-T12 และ L1

ในระยะแรกของการเจ็บครรภ์ความเจ็บปวดส่วนใหญ่จะผ่านทาง T11-T12 ความเจ็บปวดในระยะที่สองของการคลอดนอกจากจะมาจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแล้วยังมาจากอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่างด้วยโดยผ่านทาง Pudental nerve ซึ่งรับความรู้สึกบริเวณฝีเย็บ ทวารหนัก คลิตอริส และด้านในของ Vulva ส่งสัญญาณความเจ็บปวดเข้าสู่ไขสันหลังทาง S2-S4

มีการศึกษาพบว่า Pain และ Stress จะเพิ่ม Beta adrenergic agents ทำให้เกิด Uterine relaxation effect และ Epinephrine/Norepinephrine ที่เกิดจากความวิตกกังวลมีผลทำให้ Prolong labor²

ในสัตว์ทดลองพบว่า Epinephrine/Norepinephrine มีผลลด Uterine blood flow โดย Heart rate และ Blood pressure ไม่เปลี่ยนแปลง ทำให้เกิด Occult fetal hypoxia³⁻⁵ ปัจจุบันข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์และผลกระทบต่อการคลอดยังมีค่อนข้างน้อย ทำให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร รวมถึงยัง

ขาดข้อมูลสนับสนุนในการให้ยาระงับความเจ็บปวดในระยะคลอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด
2. เพื่อศึกษาระดับความเจ็บปวดต่อระยะเวลาการคลอดและผลต่อทารกในครรภ์

วิธีการวิจัย

เป็นการเก็บข้อมูลแบบ Cross Sectional เก็บข้อมูลผู้คลอดในโรงพยาบาลท่าม่วงเป็นระยะเวลา 3 เดือน ช่วงเวลา 15 พฤศจิกายน 2551 - 15 กุมภาพันธ์ 2552

Inclusion Criteria ครรภ์เดียว

อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 34 สัปดาห์

Exclusion Criteria ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

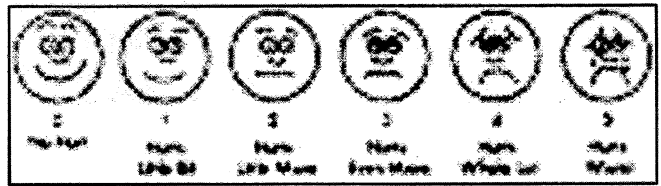
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ DFIU Abruption placenta

โดยการเก็บข้อมูล Pain หลังคลอด โดยใช้ Wang Baker FACES pain rating score (Whaley L, Wong D : nursing care of infant and children 4th ed, St. Louis 1991 Mosby-year book)

0 ไม่ปวดเลย

2 ปวดพอรำคาญ

- 4 ปวดพอประมาณ
- 6 ปวดปานกลาง
- 8 ปวดมาก
- 10 ปวดจนทนไม่ไหว



และแบ่งระดับความเจ็บปวดเป็น 3 ระดับได้แก่

- 0-4 Mild
- 5-7 Moderate
- 8-10 Severe

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. เชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)
 - จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง

เบนมาตรฐาน

2. เชิงวิเคราะห์ (Analytic Statistic)
 - Chi-Square test
 - Independent T-test

ผลการศึกษา

จากเก็บข้อมูลผู้คลอดที่เข้า Inclusion Criteria ในโรงพยาบาลท่าม่วง ช่วงเวลา 15 พฤศจิกายน 2551-15 กุมภาพันธ์ 2552 จำนวน 251 ราย พบว่า

ผู้คลอดที่มาคลอดอายุ 14-42 ปี เฉลี่ย 25 ปี (SD = 6.5) อายุครรภ์ 34-41 สัปดาห์ เฉลี่ย 38 สัปดาห์ (SD = 1.27) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ครรภ์แรก 116 ราย (46.2%) โดยระยะแรกของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 56 นาที ระยะที่สองของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ย 20 นาที ครรภ์หลัง 135 ราย (53.8%) โดยระยะแรกของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 27 นาที ระยะที่สองของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ย 12 นาที พบ Meconium ในน้ำคร่ำ 23 ราย (21.1%) ใช้ Syntocinon ในช่วงคลอด 82 ราย (36%) ได้ Pethidine 7 ราย (2.8%) การคลอดส่วนใหญ่คลอดปกติ อัตราการผ่าตัด

คลอดทางหน้าท้อง 22% และช่วยคลอดด้วยเครื่องมือสูญญากาศ 12% น้ำหนักเด็กแรกเกิด 1,900-4,600 กรัม เฉลี่ย 3,096 กรัม (SD = 1.27) ดังแสดงในตารางที่ 1

จากการศึกษาพบว่า อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา น้ำหนักทารกแรกเกิด APGAR Score และ Meconium จะพบว่าระดับความเจ็บปวดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ครรภ์แรกและครรภ์หลังพบว่ามีความเจ็บปวดรุนแรง (Severe pain) มากกว่าความเจ็บปวดระดับน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate pain) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) วิธีการคลอดแบบ Normal labor และ Vacuum Extraction มีความเจ็บปวดระดับรุนแรง (Severe pain) มากกว่าระดับน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate pain) ซึ่งแตกต่างจากการคลอดโดย Caesarean Section ที่มีความเจ็บปวดระดับน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate pain) มากกว่าความเจ็บปวดระดับรุนแรง (Severe pain) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การใช้ Syntocinon Augmentation ไม่มีผลต่อระดับความเจ็บปวดแต่การใช้ Syntocinon Induction มีผลต่อความเจ็บปวดระดับรุนแรง (Severe pain) มากกว่าความเจ็บปวดระดับน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate pain) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) ระดับของความเจ็บปวดมีผลต่อระยะเวลาการคลอดโดยพบว่ากลุ่มที่มีความเจ็บปวดระดับรุนแรง (Severe pain) จะมีระยะที่ 1 และที่ 2 ของการคลอดนานกว่ากลุ่มที่มีความเจ็บปวดระดับน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate pain) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) ระดับของความเจ็บปวดไม่มีความสัมพันธ์กับ Meconium ในน้ำคร่ำและ APGAR Score ที่ 1, 5 และ 10 นาที

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ	
รับราชการ	10 (4.0)
เกษตรกรรม	20 (8.0)
ค้าขาย	22 (8.8)
รับจ้าง	83 (33.1)
ไม่ได้ทำงาน	116 (46.3)
รายได้ (บาท/เดือน)	
< 10,000	191 (76.1)
10,000-200,000	50 (19.9)
> 200,000	10 (4.0)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	72 (28.7)
มัธยมศึกษา	122 (48.6)
ปวช./ปวส.	26 (10.4)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	31 (12.4)
วิธีการคลอด	
Normal labor	116 (66.0)
Vacuum Extraction	31 (12.0)
Caesarean Section	54 (22.0)
ระดับความเจ็บปวด	
Mild pain	58 (23.0)
Moderate pain	68 (27)
Severe pain	125 (50)

วิจารณ์

ความเจ็บปวดจากการคลอดจะเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้คลอดจำนวนครึ่งหนึ่งที่มีความเจ็บปวดอย่างรุนแรงในช่วงคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดที่ได้ผลดีส่วนใหญ่ได้จาก Epidural Anesthesia จากการศึกษาของ Bucklin ในสหรัฐอเมริกาพบว่าการใช้

Epidural Anesthesia 60% และใช้ยาลดความเจ็บปวดระหว่างการคลอด 30%⁷ เมื่อเทียบกับการศึกษานี้ พบว่าไม่มีการใช้ Epidural Anesthesia เลย เนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์ และการให้ยาระงับความเจ็บปวดระหว่างการคลอดเท่ากับ 2.8% เนื่องจากผู้คลอดมีความอดทนต่อการเจ็บปวดสูงและยอมเจ็บปวด ในครรภ์แรกจะมีระดับความเจ็บปวด

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเจ็บปวด

ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด	Mild to Moderate pain	Severe pain	P-Value.
Age (ปี)			
Up to 20	25	39	0.06
21-30	66	63	
More than 31	35	23	
อาชีพ			
รับราชการ	6	4	0.60
เกษตรกรรม	12	8	
ค้าขาย	10	12	
รับจ้าง	46	37	
ไม่ได้ทำงาน	52	64	
รายได้ (บาท/เดือน)			
< 10,000	90	101	0.08
10,000-200,000	28	22	
> 200,000	8	2	
การศึกษา			
ประถมศึกษา	29	41	0.24
มัธยมศึกษา	62	60	
ปวช./ปวส.	18	12	
ปริญญาตรี	27	12	
จำนวนการตั้งครรภ์			
ครรภ์แรก	47	69	0.04*
ครรภ์สอง	79	56	
Body Weight			
< 30,000 กรัม	49	47	0.83
> 30,000 กรัม	77	78	
APGAR 1			
< 8	3	9	0.74
≥ 8	123	116	
APGAR 5			
< 8	2	2	0.99
≥ 8	124	123	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด	Mild to Moderate pain	Severe pain	P-Value.
Labor Type			
Normal labor	74	92	< 0.01*
Vacuum Extraction	8	23	
Caesarean Section	44	10	
Syntocinon Induction			
No	114	97	0.05
Yes	12	28	
Syntocinon Augmentation			
No	105	96	0.195
Yes	21	29	
Meconium			
No	61	64	0.06
Yes	13	28	
ระยะเวลา			
1 st Stage	28	53	0.02*
2 nd Stage	29	44	

* Significant p < 0.05

จากการคลอดมากกว่าครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Ranta ที่พบว่าช่วงการคลอดในครรภ์หลังปากมดลูกจะยืดขยายได้รวดเร็วกว่าครรภ์แรก ทำให้ความเจ็บปวดในช่วงการคลอดน้อยกว่า⁸ วิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบว่ามึระดับความเจ็บปวดน้อยที่สุดเพราะหลังจากการผ่าตัดสามารถให้ยาระงับความเจ็บปวดได้อย่างเต็มที่ เมื่อเทียบกับการคลอดปกติ การให้ยาระงับความเจ็บปวด จะต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของยาต่อทารกในครรภ์ Syntocinon Induction จะมีระดับความเจ็บปวดมากเนื่องจากตัวมดลูกจะหดตัวอย่างรุนแรงกว่าการคลอดปกติ

จากการศึกษานี้ พบว่าความเจ็บปวดไม่มีผลต่อ Meconium ในน้ำคร่ำและ APGAR Score ที่ 1, 5 และ 10 นาที ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Falcorner, Rosenfeld, Morishima ที่ศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าความเจ็บปวดจะลด Uterine blood flow^{3,5} อาจเกี่ยวกับกลไกการคลอดที่เกิดในมนุษย์ต่างจากสัตว์ทดลอง

จากการศึกษานี้พบว่า Severe pain มีผลทำให้ระยะเวลาในการคลอดนานขึ้นซึ่งตรงกับการศึกษาของ Lederman พบว่าช่วงที่มี Severe pain จะมี Epinephrine มากขึ้น มีผลให้ Uterine contraction ลดลงทำให้เกิด Prolong progression of labor²

สรุป

ในผู้คลอดครรภ์แรก Syntocinon Induction, Prolong progression of labor จะมีความเจ็บปวดจากการคลอดอย่างมากซึ่งส่วนใหญ่ยังได้รับการดูแลในการลดความเจ็บปวดไม่เพียงพอเนื่องจากปัญหาการขาดแคลนวิสัญญีแพทย์ และการให้ยาระงับความเจ็บปวดน้อยเนื่องจากผู้คลอดยอมรับความเจ็บปวดและมีความกังวลในเรื่องผลข้างเคียงของยาต่อทารกในครรภ์ นอกจากนี้ Severe pain ในช่วงการคลอดอาจเป็นอาการนำของ Rupture uterus และ Abruptio placenta ดังนั้นในรายที่มี Severe pain ในช่วงการคลอด ควรเฝ้าระวังการคลอดแบบครรภ์เสี่ยงสูง

เอกสารอ้างอิง

1. วรวิทย์ ปิยะมงคล, วิสัญญีทางสูติศาสตร์ ใน: ธีระทองสง, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : พีบีฟอเรน บুকส์ เซ็นเตอร์ ; 2541 : 155-68.
2. Leaderman RP, Work BA, McCann DS. The relationship of maternal anxiety, Plasma catecholamines and plasma cortisol to progress of labor. AJOG 1978 ; 132 : 495-50.
3. Rosenfeld CR, Barton MD, Meschia G. Effects of epinephrine on distribution of blood flow in pregnant ewe. AJOG 1976 ; 124 : 156-63.
4. Falconer AD, Powles AB. Plasma noreadrenaline levels during pregnancy. Anesthesia 1982 ; 37 : 416-20.
5. Morishima HO, Yeh MN, James LS. Reduced uterine blood flow and fetal hypoxemia with acute maternal stress : Experimental observation in pregnant baboon. AJOG 1979 ; 134 : 270-5.
6. พงษ์ภารดี เจาฑะเกษตริณ. การประเมินและมาตรฐานวัดอาการปวด. ใน : พงษ์ภารดี เจาฑะเกษตริณ และคณะ, บรรณาธิการ. Pain ความปวด พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเมดิมีเดีย (ประเทศไทย) จำกัด; 2547 : 95-156.
7. Bucklin BA, Hawkin JL, Anderson JR, Ulrich FA : Obstetric anesthesia workforce survey. Anesthesiology 2005 ; 103 : 645-53.
8. Rapta P, Jouppila P, Jouppila R. The intensity of labor pain in grand multipara. Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavia 1996 ; 75 : 250-4.