

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

อุบัติการณ์ของการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด ในครรภ์เดี่ยว โรงพยาบาลบ้านโป่ง

Incidence of Vaginal Breech Delivery in Singleton in Banpong Hospital

ศกดา ลิ้มเทียมรัตน์ พ.บ. , วว. สูติ - นรีเวชวิทยา

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี

Sakda Limtiamratana M.D., Thai Board of OBGYN

Division of Obstetrics & Gynecology

Banpong Hospital, Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกทางช่องคลอดและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการคลอด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากแฟ้มเวชระเบียนของมารดาที่ตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีส่วนนำของทารกเป็นท่าก้นและมีอายุครรภ์ไม่ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ซึ่งมาคลอดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 ถึง 30 กันยายน 2549 จำนวน 213 ราย ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์ของการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดเท่ากับร้อยละ 40.8 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดและกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดด้วย การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่มีผลเพิ่มโอกาสการคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตรมาก่อน (OR = 2.948, 95% CI 1.604 - 5.419) การเปิดช่องปากมดลูกเพิ่มขึ้น (OR = 1.444, 95% CI 1.159 - 1.799) ปัจจัยที่มีผลลดโอกาสการคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ การฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลเอกชน (OR = 0.150, 95% CI 0.053 - 0.426) คะแนนน้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้น (OR = 0.994, 95% CI 0.992 - 0.996) พบภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดในกลุ่มทารกที่คลอดทางช่องคลอดมากกว่าคือ คะแนน Apgar ที่ 1 นาทีก่อนน้อยกว่า 8 การบาดเจ็บจากการคลอด การคลอดก่อนกำหนด และการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด แต่คะแนน Apgar ที่ 5 นาทีก่อนไม่แตกต่างกัน ภาวะแทรกซ้อนของมารดาไม่แตกต่างกัน

ABSTRACT

A retrospective study of 213 pregnant women who had singleton breech presentation, ≥ 28 weeks of gestation and delivered at Banpong Hospital during October 1, 2003 to September 30, 2006. The medical records of these women were reviewed to determine the incidence of vaginal breech delivery and evaluate factors that affected vaginal breech delivery and compare maternal and neonatal complications between

vaginal breech delivery and cesarean delivery groups. The incidence of vaginal breech delivery was 40.2%. Multiple logistic regression analysis demonstrated that numbers of previous delivery (OR = 2.948, 95% CI 1.604 - 5.419) and more cervical dilatation (OR = 1.444 , 95% CI 1.159 - 1.799) increased chance of vaginal breech delivery. On the other hand, antenatal care at non - government medical center (OR = 0.4150, 95% CI 0.053 - 0.426) and estimate more fetal weight (OR = 0.994 , 95% CI 0.992 - 0.996) decreased chance of vaginal breech delivery. Neonatal outcomes including lower Apgar score at 1st minute (not for 5th minute), birth trauma, prematurity and admission to the NICU were higher in vaginal delivery. The maternal complications were not different between two groups.

บทนำ

สตรีตั้งครรภ์ครบกำหนดที่ส่วนนำของทารกเป็นท่าก้นพบประมาณร้อยละ 3 - 4 ของการคลอด^{1,2} โดยทั่วไปแพทย์มักให้ผ่าตัดคลอดมากกว่าจะให้คลอดทางช่องคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีข้อบ่งชี้อื่นร่วมด้วย หรือในสถานที่ที่ขาดสูติ - นรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการทำคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดหรือไม่มีทีมดูแลทารกแรกเกิดที่ดีพอ มีการศึกษาพบว่า การคลอดทางช่องคลอดเพิ่มอัตราป่วยและอัตราตายทั้งต่อมารดาและทารก เมื่อเทียบกับการผ่าตัดคลอด³⁻⁶ แต่การผ่าตัดคลอดก็มีข้อเสียคือเพิ่มภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น⁴ มีการศึกษาที่พบว่า การผ่าตัดคลอดลดอัตราตายปริกำเนิด และอัตราตายของทารกแรกเกิดโดยไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อน หรืออัตราตายของมารดา³⁻⁶ แต่บางการศึกษาขัดแย้ง⁷ สำหรับในสหรัฐอเมริกาทางวิทยาลัยสูติ - นรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Obstetricians and Gynecologists : ACOG) แนะนำให้ผ่าตัดคลอดสตรีตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มีส่วนนำเป็นท่าก้น⁸

สำหรับกรณีทารกน้ำหนักน้อยหรือคลอดก่อนกำหนดที่มีส่วนนำเป็นท่าก้นนั้น มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดคลอดและคลอดทางช่องคลอด ในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม พบว่าอัตราป่วยของทารกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในกลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม แม้ว่าจะพบอัตราป่วย

และตายของทารกค่อนข้างสูง แต่น่าจะเป็นผลจากการที่ทารกมีน้ำหนักน้อยมาก การคลอดก่อนกำหนดและความพิการแต่กำเนิดมากกว่าที่จะเป็นผลของการคลอดทางช่องคลอดโดยตรง⁹ การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดในกรณีทารกคลอดก่อนกำหนด จึงขึ้นกับการพิจารณาของสูติ - นรีแพทย์ เป็นราย ๆ ไป

ในโรงพยาบาลบ้านโป่งไม่ได้ทำการผ่าตัดคลอดในทารกท่าก้นทุกราย แต่ขึ้นกับดุลยพินิจของสูติ-นรีแพทย์เป็นราย ๆ ไป การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษา เพื่อค้นหาอุบัติการณ์ของการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกคลอดทางช่องคลอด ซึ่งอาจจะนำมาใช้ปรับปรุงมาตรฐานการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีทารกเป็นท่าก้นให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ได้รวบรวมข้อมูลย้อนหลัง จากแฟ้มเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีท่าก้นเป็นส่วนนำที่มาคลอดในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2549 พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์เดียวที่มีส่วนนำของทารกเป็นท่าก้นและอายุครรภ์ไม่น้อยกว่า 28 สัปดาห์ จำนวน 227 ราย พบว่า 13 ราย ได้รับการผ่าตัดคลอดโดยมีข้อบ่งชี้อื่นคือ รกเกาะต่ำ, เคยผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน, fetal distress อีก 1 รายทารกตายในครรภ์ จึงไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้ รวมมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 213 ราย แบ่ง

สตรีตั้งครรภ์เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผ่าตัดคลอดบุตรและกลุ่มคลอดทางช่องคลอด และมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางสูติ-นรีเวชโดยตรง ได้แก่ อายุของสตรีตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร ชนิดของท่ากัน คะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เมื่อมาคลอด การเปิดของปากมดลูกเมื่อมาคลอด การแตกของถุงน้ำคร่ำ โรคแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด การฝากครรภ์และสถานที่ฝากครรภ์ นอกจากนี้ ได้ศึกษาภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกแรกเกิด เพื่อดูความแตกต่างในระหว่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ภาวะไข้หลังคลอด (puerperal morbidity) การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) น้ำหนักทารกแรกเกิด เพศของทารกแรกเกิด คะแนน Apgar score ที่ 1 และ 5 นาที โรคแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดที่ศึกษา คือ ภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด (neonatal jaundice) คลอดก่อนกำหนด (prematurity) การบาดเจ็บจากการคลอด (birth trauma) และการเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักของทารกแรกเกิด (admit NICU)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เบื้องต้นเปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ ระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วย chi-square test และ student t-test คำนวณ relative risk และ 95% confidence interval แล้ววิเคราะห์ต่อด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลอย่างอิสระต่อการคลอดทางช่องคลอด ค่า $p\text{-value} < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 - 30 กันยายน 2549 ในโรงพยาบาลบ้านโป่งมีการคลอดทั้งหมด 6,991 ราย พบว่ามีการคลอดทารกท่ากันที่อายุครรภ์ไม่น้อยกว่า 28 สัปดาห์ จำนวน 227 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.25 ของการคลอด มีจำนวน 213 ราย ที่นำเข้าศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์ 28.28 ± 6.65 ปี (อายุต่ำสุด 14 ปี และสูงสุด 43 ปี) อายุครรภ์ขณะคลอด

37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 86.7 อายุครรภ์ 33 - 36 สัปดาห์ ร้อยละ 11.7 และอายุครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์ ร้อยละ 1.4 ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อนร้อยละ 52.6 เคยคลอดบุตร 1 ครั้งร้อยละ 28.6 และเคยคลอดบุตร 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 18.8 ชนิดของท่ากันเป็น non-footling breech ร้อยละ 86.9 และ footling breech ร้อยละ 13.1 คะเนน้ำหนักทารกมากกว่า 3,000 กรัมร้อยละ 38.5, 2,500 กรัม - 3,000 กรัมร้อยละ 51.2 และน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.3 การเปิดของมดลูกขณะตรวจภายในแรกรับไม่เกิน 3 ซม.ร้อยละ 74.2 เปิด 4 - 7 ซม.ร้อยละ 14.6 และเปิด 8 ซม.ขึ้นไปร้อยละ 11.2 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ร้อยละ 68.1 และถุงน้ำคร่ำแตกแล้วร้อยละ 31.9 ไม่พบโรคแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ก่อนมาคลอดร้อยละ 94.8 และพบโรคแทรกซ้อนร้อยละ 5.2 ไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 6.1 ฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลเอกชนร้อยละ 47.4 และฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลของรัฐร้อยละ 46.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ 213 ราย ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร จำนวน 126 ราย คิดเป็น ร้อยละ 59.2 และคลอดทางช่องคลอด จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.8

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการคลอดทางช่องคลอดมากกว่าคลอดโดยการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ประวัติเคยคลอดบุตรมาก่อน คะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ไม่เกิน 3,000 กรัม การเปิดของปากมดลูกตั้งแต่ 4 ซม. ขึ้นไป ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว การฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลของรัฐ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุของสตรีตั้งครรภ์ ชนิดของท่ากันและโรคแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ในขณะตั้งครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อนำปัจจัยที่มีผลเพิ่มโอกาสการคลอดทางช่องคลอดมากกว่าการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด จากการวิเคราะห์เบื้องต้นดังกล่าวไปวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ราย)
อายุมารดา (ปี) mean $\pm$ SD	28.28 $\pm$ 6.65
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	
≥ 37 สัปดาห์	185 (86.9%)
33 - 36 สัปดาห์	25 (11.7%)
28 - 32 สัปดาห์	3 (1.4%)
จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร	
0	112 (52.6%)
1	61 (28.6%)
≥ 2	40 (18.8%)
ชนิดของท่ากัน	
footling breech	28 (13.1%)
non - footling breech	185 (86.9%)
ค่าน้ำหนักทารก (กรัม) mean $\pm$ SD	2,926.76 $\pm$ 378.16
> 3,000 กรัม	82 (38.5%)
2,500 - 3,000 กรัม	109 (51.2%)
< 2,500 กรัม	22 (10.3%)
การเปิดของปากมดลูก	
≤ 3 เซนติเมตร	158 (74.2%)
4 - 7 เซนติเมตร	31 (14.6%)
≥ 8 เซนติเมตร	24 (11.2%)
ถุงน้ำคร่ำ	
ไม่แตก	145 (68.1%)
แตก	68 (31.9%)
โรคแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์	
ไม่มี	202 (94.8%)
มี	11 (5.2%)
สถานที่ฝากครรภ์	
สถานพยาบาลเอกชน	101 (47.4%)
สถานพยาบาลของรัฐ	99 (46.5%)
ไม่ฝากครรภ์	13 (6.1%)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อชนิดของการคลอด

ปัจจัยที่ศึกษา	คลอดทางช่องคลอด จำนวน (ราย)	ผ่าตัดคลอด จำนวน (ราย)	RR (95% CI)	P - value
อายุมารดา (ปี) mean $\pm$ SD	28.21 $\pm$ 7.06	28.33 $\pm$ 6.38		NS
อายุครรภ์				
≥ 37 สัปดาห์	65 (35.1%)	120 (64.9%)	1	< 0.001
33 - 36 สัปดาห์	19 (76.0%)	6 (42.6%)	2.16 (1.61 - 2.90)	
28 - 32 สัปดาห์	3 (3.4%)	0 (0%)	2.85 (2.34 - 3.46)	
จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร				
0	25 (22.3%)	87 (77.7%)	1	< 0.001
1	35 (57.4%)	26 (42.6%)	2.57 (1.71 - 3.86)	
≥ 2	27 (67.5%)	13 (32.5%)	3.02 (2.01 - 4.54)	
ชนิดของท่าก้น				
footling	15 (53.6%)	13 (46.4%)	1	NS
non - footling	72 (38.9%)	113 (61.1%)	0.76 (0.50 - 1.15)	
ค่าน้ำหนักทารก				
> 3,000 กรัม	5 (6.1%)	77 (93.9%)	1	< 0.001
2,500 - 3,000 กรัม	60 (55.0%)	49 (45.0%)	9.03 (3.79 - 21.46)	
< 2,500 กรัม	22 (100.0%)	0 (0%)	16.4 (7.01 - 38.34)	
การเปิดของปากมดลูก				
≤ 3 เซนติเมตร	42 (26.6%)	116 (73.4%)	1	< 0.001
4 - 7 เซนติเมตร	24 (77.4%)	7 (22.6%)	2.90 (2.11 - 4.02)	
≥ 8 เซนติเมตร	21 (87.5%)	3 (12.5%)	3.29 (2.44 - 4.44)	
ถุงน้ำคร่ำ				
ไม่แตก	49 (33.8%)	96 (66.2%)	1	0.002
แตก	38 (55.9%)	30 (44.1%)	1.50 (1.12 - 2.01)	
โรคแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์				
ไม่มี	80 (39.6%)	122 (60.4%)	1	NS
มี	7 (63.6%)	4 (36.4%)	1.66 (0.75 - 3.66)	
สถานที่ฝากครรภ์				
สถานพยาบาลเอกชน	18 (17.8%)	83 (82.2%)	1	< 0.001
สถานพยาบาลของรัฐ	59 (59.6%)	40 (40.4%)	3.34 (2.13 - 5.24)	
ไม่ฝากครรภ์	10 (76.9%)	3 (23.1%)	0.23 (0.14 - 0.39)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อชนิดของการคลอดจาก Multiple logistic regression analysis

ปัจจัย	B	Sig.	Exp(B)	95 % CI	
				Lower	Upper
จำนวนครั้งของการคลอด	1.081	.000	2.948	1.604	5.419
คะเนนน้ำหนักทารก	- 0.006	.000	0.994	0.992	0.996
การเปิดช่องปากมดลูก	0.367	.001	1.444	1.159	1.799
การฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลเอกชน	- 1.894	.000	0.150	0.053	0.426

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกกับชนิดของการคลอด

ผลลัพธ์ที่ศึกษา	คลอดทางช่องคลอด จำนวน (ราย)	ผ่าตัดคลอด จำนวน (ราย)	P - value
การมีไข้หลังคลอด			
ไม่มี	86 (98.9%)	119 (94.4%)	NS
มี	1 (1.1%)	7 (5.6%)	
การตกเลือดหลังคลอด			
ไม่มี	87 (100%)	123 (97.62%)	NS
มี	0 (0%)	3 (2.38%)	
น้ำหนักทารกแรกเกิด(กรัม) mean $\pm$ SD	2,733.56 $\pm$ 529.43	3,089.37 $\pm$ 417.34	< 0.001
เพศ			
หญิง	51 (58.62%)	69 (54.76%)	NS
ชาย	36 (41.38%)	57 (45.24%)	
คะแนน Apgar ที่ 1 นาที			
≥ 8	78 (89.66%)	125 (99.21%)	0.001
< 8	9 (10.34%)	1 (0.79%)	
คะแนน Apgar ที่ 5 นาที			
≥ 8	85 (97.70%)	125 (99.21%)	NS
< 8	2 (2.30%)	1 (0.79%)	
โรคแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด			
ไม่มี	56 (64.37%)	111 (88.10%)	< 0.001
ภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด	0 (0%)	1 (0.79%)	
คลอดก่อนกำหนด, บาดเจ็บจากการคลอดและการเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด	31* (35.63%)	14 (11.11%)	

* เสียชีวิตจากการคลอดก่อนกำหนด 1 ราย

ถดถอยพหุโลจิสติก พบปัจจัยอิสระที่มีผลเพิ่มโอกาสคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตรมาก่อน ($OR = 2.948$) และการเปิดของปากมดลูกเพิ่มขึ้น ($OR = 1.444$) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่ลดโอกาสของการคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ การฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลเอกชน ($OR = 0.150$) และคะแนนน้ำหนักทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น ($OR = 0.994$) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักทารกแรกเกิด และผลแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดพบว่า น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดในกลุ่มคลอดทางช่องคลอดน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เพศของทารกไม่แตกต่างกัน คะแนน Apgar score ที่ 1 นาทีต่ำ (น้อยกว่า 8) ของกลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดสูงกว่า ($p = 0.001$) แต่คะแนน Apgar score ที่ 5 นาทีต่ำไม่แตกต่างกัน โรคแทรกซ้อนต่อทารกแรกเกิด (คลอดก่อนกำหนด, บาดเจ็บจากการคลอด และการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของทารกแรกเกิด) ในกลุ่มคลอดทางช่องคลอดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รวมถึงมีทารกเสียชีวิต 1 รายจากการคลอดก่อนกำหนด ภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดพบ 1 ราย (ในกลุ่มผ่าตัดคลอดบุตร) สำหรับโรคแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์ (มีไข้หลังคลอด และตกเลือดหลังคลอด) ไม่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดในการศึกษานี้ต่ำกว่าร้อยละ 40.8 ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ อาทิโรงพยาบาลศิริราชพบร้อยละ 17.7¹⁰ โรงพยาบาลสตุลพบร้อยละ 17.2¹¹ ในสหรัฐอเมริกา ก็พบน้อยกว่าเช่นกัน รวบรวมร้อยละ 4.9 - 14.4^{5,12} ซึ่งความแตกต่างของอุบัติการณ์ดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน ความพร้อมของบริการทางการแพทย์ ความเชี่ยวชาญของทีมแพทย์ รวมถึงแนวทางการ

ดูแลรักษาของแต่ละสถานบริการ

ผลการศึกษานี้พบทั้งปัจจัยที่เพิ่มและลดโอกาสการคลอดทางช่องคลอด ดังนี้

1. ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสของการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอดบุตรที่เพิ่มขึ้น และการเปิดของปากมดลูกเพิ่มขึ้น

2. ปัจจัยที่ลดโอกาสของการคลอดทางช่องคลอด ได้แก่การฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลเอกชน และคะแนนน้ำหนักของทารกในครรภ์ที่เพิ่มขึ้น

จำนวนครั้งของการคลอดบุตรที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยที่ทำให้โอกาสของการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยในการศึกษาของธันยรัตน์ วงศ์วานานุรักษ์และคณะ ที่โรงพยาบาลศิริราชพบว่า ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีประวัติเคยคลอดบุตรมาก่อนช่วยเพิ่มโอกาสการคลอดทางช่องคลอด¹⁰ ทำนองเดียวกับการศึกษาของสิริรัตน์ ชัยพินิจพรรณที่โรงพยาบาลสตุล¹¹ สำหรับในต่างประเทศก็พบเช่นเดียวกัน¹³ แต่บางแห่งไม่แนะนำให้คลอดทางช่องคลอดในครรภ์แรกเนื่องจากพบว่า เพิ่มอัตราการตายของทารกมากกว่าในครรภ์หลัง⁵ สำหรับการศึกษา แม้จะพบโรคแทรกซ้อนต่อทารกแรกเกิดในกลุ่มคลอดทางช่องคลอดมากกว่าแต่ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักน้อย ซึ่งเป็นปัญหาของทารกเองมากกว่าที่จะเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอด รวมถึง 1 รายที่เสียชีวิตเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด

การเปิดของปากมดลูกเพิ่มขึ้น เพิ่มโอกาสของการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยในการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช¹⁰ พบว่า ถ้าปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 4 ซม.ขึ้นไปจะเพิ่มโอกาสการคลอดทางช่องคลอด ทำนองเดียวกับที่โรงพยาบาลสตุล¹¹ และสอดคล้องกับของ ACOG ที่ไม่แนะนำให้ผ่าตัดคลอดถ้าการคลอดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว⁸

ส่วนคะแนนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่เพิ่มขึ้นมีผลให้ลดโอกาสการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งหมายความว่า เมื่อคะแนนน้ำหนักทารกในครรภ์น้อย ย่อมจะเพิ่มโอกาสการคลอด

ทางช่องคลอดนั่นเอง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดในกลุ่มคลอดทางช่องคลอดน้อยกว่าในกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดอย่างชัดเจน ผลการศึกษาข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลสตูลเช่นเดียวกัน¹¹ แต่แตกต่างกับที่โรงพยาบาลศิริราชซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ข้อนี้ แต่พบว่าอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดทางช่องคลอด¹⁰ แต่ในการศึกษาคั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ อาจเนื่องจากกลุ่มที่นำมาศึกษามีเพียง 3 รายที่อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ ซึ่งน้อยเกินกว่าจะเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มนี้ได้แน่นอน

ประเด็นการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลเอกชน เป็นปัจจัยที่ลดโอกาสการคลอดทางช่องคลอดนั้น น่าจะเป็นเพราะว่า ในระบบการฝากครรภ์ของสถานพยาบาลเอกชนนั้น สตรีตั้งครรภ์มักได้รับการตรวจครรภ์กับแพทย์ทุกครั้ง ทำให้สามารถตรวจพบปัญหาและให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์โดยตรง อีกทั้งอาจกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์บำรุงครรภ์เป็นอย่างดี ทำให้น้ำหนักทารกในครรภ์ค่อนข้างมาก และนำไปสู่การผ่าตัดคลอดมากขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากไม่ได้ศึกษาเชิงลึกจึงไม่ทราบเหตุผลที่แท้จริง น่าจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมในโอกาสต่อไป

ในการศึกษาคั้งนี้ ไม่พบว่าการคลอดทั้ง 2 วิธีมีภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาแตกต่างกันใน 2 ประเด็นที่ศึกษาคือมีไข้หลังคลอดและการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้^{3,5,14} ส่วนภาวะแทรกซ้อนต่อทารกแรกเกิดนั้น พบ Apgar score ที่ 1 นาที < 8 มากกว่าในกลุ่มที่คลอดทางช่องคลอด นอกจากนี้ พบว่า มีภาวะการคลอดก่อนกำหนด บาดเจ็บจากการคลอดและการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในกลุ่มคลอดทางช่องคลอดมากกว่า ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{3,5,14} อย่างไรก็ตาม เมื่อดู Apgar score ที่ 5 นาที กลับพบว่าไม่แตกต่างกัน น่าจะเป็นเพราะว่าโรงพยาบาลมีระบบดูแลทารกแรกเกิดที่ดีและมีประสิทธิภาพเพียงพอ ในการดูแลการคลอดทารกทำแท้ง ซึ่งมักมีความเสี่ยงสูงกว่าการผ่าตัดคลอด

สำหรับภาวะแทรกซ้อนของทารกในระยะยาวนั้นไม่ได้มีการศึกษาในรายงานนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลังประกอบกับมีข้อจำกัดด้านเวลา แต่ในต่างประเทศมีการรายงานว่าไม่พบความแตกต่างกันของความเสียหายที่จะเกิดภาวะ cerebral palsy และโรคแทรกซ้อนในระยะยาว¹⁵⁻¹⁶

อย่างไรก็ตาม แม้ในการศึกษานี้จะพบว่าผลการคลอดทางช่องคลอดในกรณีทารกมีส่วนนำเป็นทำแท้ง โดยที่มารดาเคยคลอดบุตรมาก่อน และปากมดลูกเปิดมากเมื่อมาถึงโรงพยาบาลจะค่อนข้างดี โดยพบมีโรคแทรกซ้อนอยู่บ้างแต่ไม่ร้ายแรง แต่ก็เพียงการศึกษาในประชากรที่มาคลอดในช่วงเวลาดังกล่าวเท่านั้น ยังคงต้องมีการติดตามผลในระยะยาวและประชากรกลุ่มใหญ่กว่านี้ รวมถึงต้องมีการพัฒนาประสิทธิภาพการทำคลอดทารกทำแท้ง รวมถึงการดูแลทารกแรกเกิดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สรุป

อุบัติการณ์ของการคลอดทารกทำแท้งครรภ์เดียวทางช่องคลอดในโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบร้อยละ 40.8 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการคลอดทางช่องคลอด คือจำนวนครั้งของการคลอดบุตรที่เพิ่มขึ้น และการเปิดของปากมดลูกที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยที่ลดโอกาสการคลอดทางช่องคลอด คือคะแนนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่สูงกว่า และการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลเอกชน การคลอดทารกทำแท้งทางช่องคลอดมีผลเพิ่มการบาดเจ็บต่อทารกแรกเกิดบ้าง ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการบาดเจ็บจากการคลอดและภาวะคลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าเพิ่มอัตราภาวะเกิดภาวะ birth asphyxia ที่ 5 นาทีหลังคลอดแต่อย่างใด นับว่าการคลอดทารกทำแท้งทางช่องคลอดเป็นทางเลือกที่ดี โดยเฉพาะหากมีการคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเหมาะสมต่อการคลอดทางช่องคลอด และหากได้พัฒนาประสิทธิภาพในการทำคลอดทารกทำแท้งทางช่องคลอดให้ดียิ่งขึ้น ก็จะเป็นสิ่งที่ดีอย่างยิ่ง และถือเป็นแบบอย่างที่ดีต่อโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ ตนายะพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่สนับสนุน และอนุญาตให้เผยแพร่รายงานการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในการอำนวยความสะดวกเรื่องการค้นหาและรวบรวมข้อมูล และสุดท้ายขอขอบคุณกลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านโป่งในการพิมพ์และจัดทำรูปเล่มจนแล้วเสร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Hannah M, Hannah W. Caesarean section or vaginal birth for breech presentation at term. *BMJ* 1996 ; 312 (7044) : 1433-4.
2. Hickok DE, Gordon DC, Millberg JA Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth : a large population - based study. *Am J Obstet Gynecol* 1992 ; 166 : 851-6.
3. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willam AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term : a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000 ; 356 : 1375-83.
4. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term : a critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993 ; 82 : 605-18.
5. Gilbert WM, Hicks SM, Boe NM, Danielsen B. Vaginal versus cesarean delivery for breech presentation in California : a population-based study. *Obstet Gynecol* 2003 ; 102 (5) : 911-7.
6. Krebs L, Langhoff-Ross J. Elective cesarean delivery for term breech. *Obstet Gynecol* 2003 ; 101 (4) : 690-6.
7. Sanchez-Ramos L, Wells TL, Adair CD, Arcelin G, Kaunitz AM, Wells DS. Route of breech delivery and maternal and neonatal outcomes. *Int J*

Gynaecol Obstet 2001 Apr ; 73 (1) : 7-14.

8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Mode of term singleton breech delivery. ACOG committee opinion no. 265. *Obstet and Gynecol* 2001 ; 98 : 1189-90.
9. Isamil MA, NA gib N, Ismail T, Cibils LA. Comparison of vaginal and cesarean section delivery for fetuses in breech presentation. *J Perinat Med* 1999 ; 27 (5) : 339-51.
10. ธันยรัตน์ วงศ์วานิช, ศิริกานต์ บริบูรณ์ศิริรัฐสาร. อุบัติการณ์การคลอดทารกท่าก้น ทางช่องคลอดในครรภ์เดี่ยวในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย 2548 ; 88 (5) : 582-7.
11. สิริรัตน์ ชัยพินิจพรรณ. อุบัติการณ์และปัจจัยการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดในครรภ์เดี่ยวในโรงพยาบาลสตูล. วารสารวิชาการเขต 12 2548 ; 16 (4.2) : 87-94.
12. Diro M, Puangsricharern A, Royer L, Osullivan M, Burkett G. Singleton term breech deliveries in nulliparous and multiparous women : a 5 year experience at the University of Miami/Jackson Memorial Hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1999 ; 181 : 247-52.
13. Halmesmaki E. Vaginal term breech delivery-a time for reappraisal. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 ; 80 : 187-90.
14. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Kahn K. A meta-analysis of infant outcomes after breech delivery. *Obstet Gynecol* 1995 Jun ; 85 (6) : 1047-54.
15. Krebs L, Topp M, Langhoff-Ross J. The relation of breech presentation at term to cerebral palsy. *Br J Obstet Gynaecol* 1999 ; 106 : 943-7.
16. Danielian PJ, Wang J, Hall MH. Longterm outcome by mode of delivery of fetuses in breech presentation at term : population based follow up. *BMJ* 1996 ; 312 : 1451-3.