

การคลอดท่าก้นในโรงพยาบาลโพธาราม

สุวิทย์ พัฒโนภาส

ร.พ. โพธาราม ราชบุรี

ABSTRACT :

Pathanopas S. Breech Delivery in Potharam Hospital. (Region 7 Medical Journal 1994 ; 2 : 95-103.)

Department of Obstetrics and Gynaecology, Potharam Hospital, Ratchaburi, Thailand.

A three years study of breech presentation delivery at Potharam Hospital (from 1991 - 1993). The 92 pregnancies with breech presentation were study for incidence, relation between mode of delivery and fetal size and various maternal characters. 40 cases of them were vaginal delivery and the other 52 cases were caesarean delivery. No severe morbidity, but 2 stillbirth and 1 hydrops fetalis.

บทคัดย่อ :

สุวิทย์ พัฒโนภาน. การคลอดทำกันในโรงพยาบาลโพธาราม. (วารสารแพทย์เขต 7 2537 ; 2 : 95-103.)

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว, ร.พ. โพธาราม, ราชบุรี.

รายงานการศึกษาการคลอดทารกทำกันในโรงพยาบาลโพธารามระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2534 - 2536) รวมทารกทำกัน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของการคลอดทั้งหมด 4,206 ราย ได้เลือกวิธีคลอดทางช่องคลอด 40 ราย (ร้อยละ 43.5) และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 52 ราย (ร้อยละ 56.5) ผลการคลอดไม่พบการบาดเจ็บรุนแรงของทารก มีทารกตายเป็น stillbirth 2 ราย และ hydrops fetalis 1 ราย

บทนำ

ตามปกติทารกในครรภ์จะอยู่ในลักษณะ longitudinal lie และส่วนที่จะเข้าเชิงกรานมารดาเป็นศีรษะ เมื่อศีรษะผ่านทางคลอดออกมาได้ ลำตัวและก้นซึ่งเป็นส่วนที่แคบกว่าศีรษะก็มักจะผ่านตามออกมาโดยง่าย

ทำกันพบได้บ่อยที่สุดในบรรดาส่วนนำผิดปกติทั้งหมด ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 3 - 4¹⁻⁴ ปัญหาของการคลอดทารกทำกันคือ อาจเกิดการชอกช้ำต่อทารกมาก^{1,2} จนทำให้ทารกเสียชีวิตหลังคลอด หรือบาดเจ็บทุพพลภาพ พบอันตรายมากกว่าการคลอดท่าศีรษะ 12 - 15 เท่า^{5,6} ซึ่งเกิดจากสาเหตุสำคัญคือ การคลอดก่อนกำหนด ทารกขาดออกซิเจน ความพิการแต่กำเนิดและการบาดเจ็บจากการคลอด อัตราตายก็พบมากกว่าการคลอดท่าศีรษะ 2 - 5 เท่า⁵⁻⁸

การทำคลอดทำกันทำได้ 2 ทางคือ การคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดทางช่องคลอดจะปลอดภัย ถ้าเลือกผู้ป่วยได้เหมาะสม เนื่องจากทำกันมักพบร่วมกับความผิดปกติอย่างอื่นด้วยเสมอ^{5,9} เช่น เด็กก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด น้ำ ครรภ์แฝด มดลูกมีลักษณะผิดปกติ ความผิดปกติของระบบประสาทของเด็ก เช่น เด็กหัวบาตร และ spina bifida เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงไม่มี trial of labor ในการคลอดทำกันเลยเป็นอันขาด ถึงแม้ว่าจะเป็นในรายที่เพียงแต่สงสัยว่าผู้คลอดรายนี้อาจจะมีตัวเด็กและเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกันเท่านั้นก็ตาม ก็เป็นข้อชี้บ่งข้อหนึ่งของการช่วยเหลือน โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สำหรับทางด้านมารดาจะมี morbidity เพิ่มขึ้นจากการผ่าตัด อันตรายจากยาชา และนอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการที่จะเกิดมดลูกแตก และการผ่าตัดซ้ำในครรภ์ต่อไป¹⁰⁻¹²

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการทารกทำกัน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดทางหน้าท้องกับลักษณะต่างๆ ของมารดาและทารกเพื่อเป็นแนวทางพัฒนางานสูติกรรมเพื่อลด morbidity และ mortality ของทารกและมารดา

ให้ได้มากที่สุด

วิธีการศึกษา

ได้ศึกษาทารกทำกันย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2534 - 2536) ไม่นับรวมครรภ์แฝด จากจำนวนการคลอดทั้งหมด 4,206 ราย พบทารกทำกัน 92 ราย ได้ศึกษาอุบัติการณ์ความสัมพันธ์ของมารดาในด้าน อายุ อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ อาชีพ และน้ำหนักของทารก เปรียบเทียบกับการเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รวมทั้งศึกษาผลของการคลอด

ผลของการศึกษา

จากการคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลโพธาราม ปี 2534 - 2536 จำนวน 4,206 ราย มีจำนวนการตั้งครรภ์ทำกัน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.2 (ตารางที่ 1) อายุของมารดาจำแนกตามวิธีการคลอดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21 - 35 ปี ทารกทำกันได้รับเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 43.5) และวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 52 ราย (ร้อยละ 56.5) ครรภ์แรก ๆ คือ ครรภ์ที่ 1 และครรภ์ที่ 2 คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ส่วนครรภ์หลัง ๆ จะได้รับเลือกการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า สำหรับการฝากครรภ์ พบว่ามารดาสนใจการฝากครรภ์สูง 77 ราย (ร้อยละ 83.7) ที่ไม่ฝากครรภ์เพียง 15 ราย (ร้อยละ 16.3) ในทุก ๆ กลุ่มได้รับเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด และอาชีพรับราชการผ่าตัดคลอดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดชัดเจนกว่าอาชีพอื่น ซึ่งคลอดโดยวิธีทั้งสองพอ ๆ กัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 พบทำกันมากในครรภ์แรก 43 ราย (ร้อยละ 46.7%) และมารดาครรภ์แรกอยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี 41 ราย ในครรภ์หลัง ๆ ตั้งแต่ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป กลับพบทำกันน้อยกว่า

น้ำหนักทารกต่ำสุด 1,100 กรัม สูงสุด 4,600 กรัม ตามตารางที่ 4, 5, 6 พบว่าทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500

ตารางที่ 1 แสดงอุบัติการณ์ของการทากันในโรงพยาบาลไพศาราม 3 ปี (พ.ศ. 2534 - 2536)

การคลอด	จำนวน (ราย)
จำนวนการคลอดทั้งหมด	4,206
จำนวนทารกทากัน	92

ตารางที่ 2 วิเคราะห์มารดาในลักษณะต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างการคลอดทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ลักษณะของมารดา	คลอดทางช่องคลอด		ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. อายุของมารดา (ปี)				
น้อยกว่า 20	6	15.0	7	13.5
21 - 25	7	17.5	15	28.8
26 - 30	10	25.0	14	26.9
31 - 35	8	20.0	10	19.2
36 - 40	6	15.0	5	9.6
41 - 45	3	7.5	1	1.9
รวม	40	100	52	100
2. ลำดับการคลอด				
ครรภ์แรก	17	42.5	26	50.00
ครรภ์ที่ 2	12	30.0	17	32.7
ครรภ์ที่ 3	6	15.0	6	11.6
ครรภ์ที่ 4	1	2.5	2	3.8
ครรภ์ที่ 5	3	7.5	1	1.9
ครรภ์ที่ 6	1	2.5	0	0
รวม	40	100	52	100
3. การฝากครรภ์				
-ฝากครรภ์ที่	29	72.5	37	71.2

ลักษณะของมารดา	คลอดทางช่องคลอด		ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ร.พ.โพธาราม				
- ฝากครรภ์ที่ รพช	4	10.0	7	13.5
สต., คลินิก				
- ไม่ฝากครรภ์	7	17.5	8	15.3
รวม	40	100	52	100
4. อาชีพ				
เกษตรกร	12	30.0	13	25.0
รับจ้าง	21	52.5	26	50.0
งานบ้านค้าขาย	7	17.5	9	17.3
รับราชการ	0	0	4	7.7
รวม	40	100	52	100

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของมารดา กับลำดับครรภ์

อายุมารดา (ปี)	P ₀	P ₁	P ₂	P ₃	P ₄	P ₅	P ₆
น้อยกว่า 20	13	-	-	-	-	-	-
21 - 25	18	4	-	-	-	-	-
26 - 30	10	10	4	-	-	-	-
31 - 35	2	8	5	1	1	-	-
36 - 40	-	5	3	1	3	-	-
41 - 45	-	2	-	1	-	-	-
46 - 50	-	-	-	-	-	-	1
รวม	43	29	12	3	4	0	1

ตารางที่ 4 แสดงน้ำหนักของทารก เปรียบเทียบระหว่างการคลอดทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

น้ำหนักทารก (กรัม)	คลอดทางช่องคลอด (ราย)	ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ราย)
1,000 - 1,500	1	1
1,501 - 2,000	8	1
2,001 - 2,500	7	4
2,501 - 3,000	2	16
3,001 - 3,500	9	15
3,501 - 4,000	4	11
มากกว่า 4,000	-	4

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบน้ำหนักของทารกเฉพาะในครรภ์แรกกับวิธีการคลอด

น้ำหนักทารก (กรัม) ในมารดา ครรภ์แรก	คลอดทางช่องคลอด (ราย)	ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ราย)
น้อยกว่า 2,500	9	3
2,501 - 3,000	5	8
3,001 - ขึ้นไป	3	15
รวม	17	26

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบ อายุครรภ์ของมารดา กับวิธีการคลอด

อายุครรภ์ (สัปดาห์)	คลอดทางช่องคลอด (ราย)	ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ราย)
ครรภ์ก่อนกำหนด (< 37 wk)	9	5
ครรภ์ครบกำหนด (> 37 wk)	26	43
อายุครรภ์ ไม่แน่นอน	5	4
รวม	40	52

ตารางที่ 7 แสดงลักษณะของทารกที่คลอด - ผลการคลอด

ลักษณะของทารก	การคลอดทางช่องคลอด		ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	
	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	16	40	6	11.5
ทารกขาดออกซิเจน (Birth Asphyxia)				
- mild	17	42.5	7	13.5
- moderate	1	2.4	2	3.8
- severe	1	2.4	-	-
ตาย	2	4.8	1	1.9

mild asphyxia = Apgar score ที่ 1 นาที เท่ากับ 5 - 7

moderate asphyxia = Apgar score ที่ 1 นาที เท่ากับ 3 - 4

severe asphyxia = Apgar score ที่ 1 นาที เท่ากับ 0 - 2

ตารางที่ 8 แสดงอัตราตายของทารกทำกัน

การคลอด	จำนวนการคลอด (ราย)	ทารกตาย (ราย)	ร้อยละของการ คลอดทั้งหมด
การคลอดทางช่องคลอด	40	2	2.2
การผ่าตัดคลอด	52	1	1.1
รวม	92	3	3.3

กรัม และในครรภ์ก่อนกำหนด (ก่อน 37 สัปดาห์) การคลอดทางช่องคลอดมากกว่าการผ่าตัดคลอด ส่วนทารกที่น้ำหนักมากกว่า 2,501 กรัม และครรภ์ครบกำหนด จะได้รับการผ่าตัดคลอดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด จากตารางที่ 7 พบว่า ทารกทำกันที่น้ำหนักน้อย

กว่า 2,500 กรัม ได้รับเลือกวิธีคลอด คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 40 ผ่าตัดคลอดร้อยละ 11.5

สำหรับภาวะ severe asphyxia พบเพียง 1 ราย จากการคลอดทางช่องคลอดส่วน mild asphyxia พบในการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าการคลอดทางช่องคลอด

ทารกทำกันตาย 3 ราย (ร้อยละ 3.3) เป็น stillbirth 2 ราย โดยคลอดทางช่องคลอด และ hydrops fetalis 1 ราย โดยการผ่าตัดคลอด ส่วนการบาดเจ็บทุพพลภาพไม่พบเลย (ตารางที่ 8)

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบอุบัติการณ์ของการทารกทำกัน ร้อยละ 2.2 ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติของโรงพยาบาลรามาริบัติ (ร้อยละ 2.19) ของ Sinder และพวกร้อยละ 3 - 3.5¹ เป็นครรภ์แรก 43 ราย (ร้อยละ 46.7) ซึ่งต่างกับสถิติของ Dunn และพวก พบว่า ในเด็กทำกันครบกำหนดซึ่งมีร้อยละ 3.3 ของการคลอดทั้งหมด เป็นครรภ์แรกเพียงร้อยละ 38 เป็นครรภ์หลังร้อยละ 62 เพราะครรภ์หลังมีผนังหน้าท้องหย่อน

การเลือกวิธีคลอดยึดหลักความเหมาะสมในด้านอายุของมารดา อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ขนาดของเด็กกับเชิงกรานได้สัดส่วนกัน รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ถ้าไม่มี และการดำเนินการคลอดไม่หยุดชะงักก็เลือกวิธีคลอดทางช่องคลอด แต่หากเป็นมารดาครรภ์แรกอายุเกิน 35 ปี ครรภ์เกินกำหนด ครรภ์ก่อนกำหนด มารดามีประวัติคลอดยาก หรือมีบุตรยาก สายสะดือย้อย การคลอดชะงัก รกเกาะต่ำ ฤๅน้ำแตกก่อนคลอดเป็นเวลานาน หรือแม้เพียงแต่สงสัยว่าขนาดของเด็กกับเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน ต้องเลือกวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 56.5 เป็นเพราะว่า มีข้อชี้บ่งดังกล่าวและเป็นทารกทำกันในครรภ์แรกสูงถึง ร้อยละ 46.7

การฝากครรภ์มีความสำคัญมาก ทำให้เพิ่มอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ ช่วยขจัดสาเหตุการคลอดก่อนกำหนด สามารถวินิจฉัยทารกมีส่วนนำผิดปกติ เช่น ทำกันได้ตั้งแต่การฝากครรภ์จะได้เตรียมพิจารณาวิธี และการปฏิบัติช่วยเหลือการคลอดที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป การศึกษานี้ไม่พบอันตรายที่รุนแรงทั้งทารกและมารดา อาจเนื่องจากอัตราการฝากครรภ์สูงถึงร้อยละ 85 ส่วนทารกตาย 3 ราย (ร้อยละ 3.3) เป็น stillbirth 2 ราย และ

hydrops fetalis 1 ราย การปรับปรุงเลือกวิธีการคลอดได้เหมาะสมเป็นการแก้ปัญหาที่ถูกต้องอย่างยิ่ง แพทย์ส่วนใหญ่ในสมัยปัจจุบันมีความเห็นว่า อัตราการผ่าท้องทำคลอด ควรจะเพิ่มขึ้นเพราะมีความปลอดภัยกว่าสมัยก่อนมาก เด็กที่คลอดโดยการผ่าตัดมี perinatal mortality ต่ำกว่าการคลอดทางช่องคลอด โดยเฉพาะเด็กทำกันครบกำหนดที่มีข้อชี้บ่งดังกล่าวแล้ว

สรุป

เด็กคลอดทำกัน เมื่อเปรียบเทียบกับทำศีรษะ จะเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนด, fetal morbidity, fetal mortality และเพิ่ม maternal morbidity ด้วย ปัจจุบันมีหลายสถาบันที่แนะนำให้ผ่าตัดคลอดในเด็กทำกันมากขึ้น แต่ยังมีผู้ไม่เห็นด้วย เพราะเกรงจะมี maternal morbidity ได้ และเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตก และการผ่าตัดคลอดซ้ำในครรภ์ต่อ ๆ ไป

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant N, Gilstrap III LC. Williams Obstetrics. 19th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1993 : 493 - 501.
2. สมพล พงศ์ไทย, ยงยุทธ เหราบัตย์. ส่วนนำผิดปกติ. ใน : กำแหง จาตุรจินดา, และคณะ. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หจก. การพิมพ์, 2531 : 309-13.
3. Collea JV. Cumat management of breech presentation. Clin Obstet Gynecol 1980 ; 23 : 525-32.
4. Seed JW, Cefals RC. Malpresentation. Clin Obstet Gynecol 1982 ; 25 : 145-56.
5. ประมุข ดันตยาภรณ์. การคลอดทำกัน. ใน : สุจิตต์ เฝ้าสวัสดิ์, สุภาวัฒน์ สุติวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, สุทัศน์ กลกิจไกรวินท์. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ ภาค วิชาสูติ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัท

- ทริโอแอ็ค จำกัด, 2526 : 348-68.
6. ถนอม มะโนทัย. ท่าก้น. ใน : มานา บุญค้ำผล. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์หัตถการ. ฉบับที่ 2. โครงการทดลองหน่วยผลิตเอกสารมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2505 : 169-95.
 7. Confino E, Gleicher N, Elrad H, Ismajovich B and David MP. The breech dilemma. A review Obstet Gynecol Surv 1985 ; 40 : 330-7.
 8. สมหมาย อุสุวรรณ. การคลอดท่าก้น. ใน : สมหมาย อุสุวรรณ. บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินทางสูติ - นรีเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์เนต, 2524 : 172-86.
 9. วราวุธ สุมาวงศ์. การคลอดท่าก้น. ใน : วราวุธ สุมาวงศ์. บรรณาธิการ. คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 13. โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2532 : 499-527.
 10. Bowes WA, Taylor ES, O'brien M and Bowes C. Breech delivery : evaluation of the method of delivery on perinatal results and maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol 1979 ; 135 : 965-73.
 11. Callea JV, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation : a Study of 208 cases. Am J Obstet Gynecol 1980 ; 139 : 137-42.
 12. Green JE, Mc lean F, Smith LP and Usher R. Has an Increased Caesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of birth asphyxia, trauma, and death. Am J Obstet Gynecol 1982 ; 142 : 643.

ด้วยความปรารถนาดี

จาก



บริษัท บี.เอ็ล.อ้าว จำกัด
ก่อตั้งปี 2466

ผู้ผลิต และจำหน่ายเวชภัณฑ์
ที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานตาม
G.M.P. ของกระทรวงสาธารณสุข

CIPRAM

FLUANXOL-DEPOT

AMACONE

OREDA

CLOPIXOL-ACUPHASE

FLUANXOL TAB

BLUCO

PEPSITASE

CLOPIXOL DEPOT

LIT 300

CODICET

TERCO-C

DEANXIT

NORTRILEN

MUCOTIC

TERCO-D