

การศึกษาผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนดที่คลอดโดยการผ่าตัด ทางหน้าท้องในระยะ 5 ปี พ.ศ. 2531-2535 ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ผดุงศักดิ์ อิมอุดม*
สุวัฒน์ ตนายะพงศ์**

Abstract : The retrospective study of 101 cases of prolonged pregnancy end with caesarean section from 10,955 deliveries performed at Banpong Hospital in the past five years (1988-1992). The incidence of prolonged pregnancy is 1:108. Among the prolonged gestations 74.26% were in primiparous women and 25.74% in multiparous women. The infant weighed 3,232 gram on average. The perinatal mortality was not found. Meconium was present in 17.82%. No meconium aspiration was seen and no blood replacement during operation. No maternal mortality was found. There was only one maternal morbidity from caesarean wound infection.

The Five Years (1988-1992) Study of Prolonged Pregnancy End With Caesarean Section At Banpong Hospital.
Padungsak Im-U-Dom, Suwat Tanayapong.
Banpong Hospital, Ratchaburi.
Region 7 Medical Journal 1993 ; 2 : 103-107

บทคัดย่อ การศึกษา ผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนดที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2531-2535) ของโรงพยาบาลบ้านโป่งพบ 101 ราย จากการคลอดทั้งหมด 10,955 ราย คิดเป็นอุบัติการ 1:108 ของการคลอด พบในครรภ์แรกร้อยละ 74.26 ครรภ์หลังร้อยละ 25.74 ทารกแรกคลอดน้ำหนักเฉลี่ย 3,232 กรัม ไม่พบทารกเสียชีวิต พบภาวะซีเทาผสมในน้ำคร่ำ 18 ราย เท่ากับร้อยละ 17.82 ไม่พบทารกสำลักน้ำคร่ำ ผลมซีเทา มารดาแข็งแรงดีทุกรายไม่ต้องให้เลือดทดแทนระหว่างผ่าตัด พบการอักเสบของแผลผ่าตัดเพียง 1 ราย

บทนำ

ภาวะครรภ์เกินกำหนด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ครบ 42 สัปดาห์เต็ม หรือเกิน 42 สัปดาห์

โดยนับจากวันแรกของระดูครั้งสุดท้าย ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า prolonged pregnancy, postdatism และ post term¹ ซึ่งจะแตกต่างกับคำว่า postmaturity และ dys-

* ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง

** หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว

maturity ที่หมายถึง ครรภ์เกิดกำหนดที่ทารกในครรภ์โตช้ากว่าปกติด้วย² พบอุบัติการณ์ร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์ ความสำคัญของภาวะครรภ์เกินกำหนด คือ ทำให้อัตราตายและทุพพลภาพของทารกในระยะปริกำเนิดพบมากขึ้นกว่าภาวะครรภ์ครบกำหนด^{3,4,5} เนื่องจากภาวะครรภ์เกินกำหนดมีผลต่อทารกในครรภ์ โดยอาจทำให้ทารกน้ำหนักและตัวโตมากกว่าปกติทำให้คลอดยาก¹ หรือบางรายเมื่อครรภ์เกินกำหนดอาจทำให้จำนวนน้ำคร่ำลดลง สายสะดือถูกบีบรัดทำให้ทารกขาดออกซิเจน ถ่ายสีเทา และอาจสาหัสในน้ำคร่ำได้¹ ดังนั้นการตรวจและติดตามมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดอย่างถี่ถ้วนและใกล้ชิด เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ เมื่อพบว่าทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายได้ สูติแพทย์จำเป็นต้องจัดการให้ทารกคลอดโดยเร็ว เพื่อให้ได้ทารกที่แข็งแรง และปลอดภัยจากภัยอันตรายที่จะทำให้ทารกเกิดทุพพลภาพ โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมในการเร่งคลอด หรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์ และ วิธีการ

ได้ศึกษาผู้ที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดที่คลอด โดยการผ่าตัดทางหน้าท้องทุกราย ของกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในช่วงเวลา 5 ปี พ.ศ. 2531-2535

- เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนดที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์ของการคลอด

- เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนดในลำดับครรภ์ต่าง ๆ

- เพื่อศึกษาน้ำหนักแรกคลอดของทารกที่มารดาตั้งครรภ์เกินกำหนด ที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง

- เพื่อศึกษาถึงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดทางหน้าท้องในมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดและน้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกคลอดในแต่ละข้อบ่งชี้

- เพื่อศึกษาสภาพทารกแรกคลอดจากการประเมิน Apgar score

- เพื่อศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารกและมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง

ผลของการศึกษา

1. อุตบัติการณ์ของผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนดที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง 1 : 108 ของการคลอด

2. อุตบัติการณ์ของผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนดในลำดับครรภ์ต่าง ๆ

3. น้ำหนักแรกคลอดของทารกที่มารดาตั้งครรภ์เกินกำหนด ที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง

4. ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดทางหน้าท้องของมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนด และ น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกคลอดในแต่ละข้อบ่งชี้

5. Apgar score ของทารกแรกคลอดที่ผ่าตัดทางหน้าท้องของผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนด

6. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารกและมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง

ตารางที่ 1

ลำดับครรภ์	จำนวนผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนดที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องราย	ร้อยละ
ครรภ์แรก	75	74.26
ครรภ์ที่ 2	16	15.84
ครรภ์ที่ 3	8	7.92
ครรภ์ที่ 4	2	1.98
รวมครรภ์ที่ 2-4	26	25.74
รวมทั้งหมด	101	100.00

ตารางที่ 2

น้ำหนักทารกแรกคลอด กรัม	จำนวนทารก	ร้อยละ
2500 - 2599	28	27.72
3000 - 3499	46	45.55
3500 - 3999	22	21.78
4000 - 4499	3	2.97
4500 - 5000	2	1.98
รวม	101	100.00

เฉลี่ยน้ำหนักทารกที่มารดาตั้งครรภ์เกินกำหนดที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง 3,232 กรัม

ตารางที่ 3

ข้อบ่งชี้	จำนวน		น้ำหนักเฉลี่ย กรัม
	ราย	ร้อยละ	
การฉีดส่วระหว่าง ศีรษะทารกและช่อง เชิงกราน (C.P.D.)	39	38.62	3,478
การชักนำให้เกิดการ คลอดไม่ได้ผล (Failed induction)	33	32.67	3,096
ทารกอยู่ในภาวะเครียด (Fetal distress)	25	24.75	3,007
ท่าก้น (Breech presentation)	4	3.96	3,350

ตารางที่ 4

Apgar score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6	จำนวนทารก	
	ราย	ร้อยละ
ที่ 1 นาที	20	19.80
ที่ 5 นาที	5	4.95

ตารางที่ 5

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	
	ราย	ร้อยละ
ทารก ซีเทาสมในน้ำคร่ำ	18	17.82
เหลือง	10	9.90
มารดา แผลผ่าตัดอักเสบ	1	0.99

ไม่พบทารกและมารดาเสียชีวิตจากการผ่าตัดทางหน้าท้องในมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนด

วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่าในปี พ.ศ. 2531 - 2535 จำนวนการคลอดทั้งหมด 10,955 ราย มีผู้ตั้งครรภ์เกินกำหนด ที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง 101 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 108 ของการคลอดเป็นครรภ์แรกร้อยละ 74.26 ครรภ์หลังร้อยละ 25.74 อุบัติการณ์พบมากในครรภ์แรก และค่อยลดลงไปตามลำดับครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ตามตารางที่ 1

การศึกษาน้ำหนักแรกคลอดของทารกที่มารดา ตั้งครรภ์เกินกำหนดที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ตามตารางที่ 2 พบว่าทารกทุกรายหนักมากกว่า 2,500 กรัม ส่วนใหญ่จะหนักมากกว่า 3,000 กรัม และเฉลี่ยหนัก 3,232 กรัม ซึ่งมากกว่าน้ำหนักเฉลี่ยของทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องรวมทั้งครบกำหนด และเกินกำหนด ที่เฉลี่ย = 3,080 กรัม⁹

การศึกษาถึงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดทางหน้าท้อง ของมารดา ที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดและน้ำหนักเฉลี่ยของ ทารกแรกคลอดในแต่ละข้อบ่งชี้ ตามตารางที่ 3 พบว่า ข้อ บ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุด คือ การมีเลือดส่วนระหว่างศีรษะทารก และช่องเชิงกราน พบร้อยละ 38.62 เฉลี่ยหนัก 3,448 กรัม แสดงถึงภาวะครรภ์เกินกำหนด ส่วนใหญ่ทารกยังสามารถ เจริญเติบโตต่อไป ทำให้ขนาดใหญ่และน้ำหนักมากขึ้น จึง เกิดการมีเลือดส่วนระหว่างศีรษะทารกและช่องเชิงกราน¹

ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยอันดับสองคือ การเร่งคลอดไม่ได้ผล พบร้อยละ 32.67 เฉลี่ยทารกหนัก 3,096 กรัม ผู้ตั้งครรภ์ ในกลุ่มนี้ได้รับ oxytocin ผสมน้ำเกลือหยดเข้าหลอดเลือด ดำเพื่อเร่งคลอด แต่ปากมดลูกไม่พร้อม (unripened cervix) ปากมดลูกไม่เปิดการคลอดไม่ก้าวหน้า^{7,8,9,10}

ข้อบ่งชี้อันดับ 3 สำคัญที่สุด คือ ทารกอยู่ใน ภาวะเครียด (fetal distress) เนื่องจากทารกอาจเสียชีวิต หรือทุพพลภาพได้ เนื่องจากทารกอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน จากการที่ครรภ์เกินกำหนดทำให้น้ำคร่ำมีปริมาณลดลง สายสะดือถูกบีบรัดทำให้ทารกขาดออกซิเจน ถ้ายืดเยื้อ ออกมาผสมในน้ำคร่ำอาจทำให้ทารกสำลักน้ำคร่ำผสมซีเทา เกิดทุพพลภาพ หรือขาดออกซิเจนจนเสียชีวิตได้^{11,12,13,14} การช่วยคลอดโดยเร็วเพื่อให้ทารกพ้นจากภาวะเครียด จะ ช่วยให้ทารกปลอดภัย ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จะวินิจฉัย ทารกอยู่ในภาวะเครียด โดยอาศัยจาก ประวัติว่าตั้งครรภ์ เกินกำหนดจริง น้ำหนักมารดาไม่เพิ่ม หรือลดลงเด็กคั่ง น้อยลง ตรวจอัลตราซาวด์พบภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohy- dramnios)¹² ตรวจสภาพทารก non stress test ได้ผล non reactive¹⁵ โดยวิธีวินิจฉัยเหล่านี้พบทารกอยู่ในภาวะเครียด

25 ราย เมื่อผ่าตัดคลอดพบซีเทาผสมในน้ำคร่ำ 18 ราย เท่ากับร้อยละ 72 ของผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าทารกอยู่ใน ภาวะเครียด

จากการศึกษา Apgar score ของทารกแรก คลอดทั้งหมด พบทารกที่มี Apgar score น้อยกว่าหรือเท่า กับ 6 ที่หนึ่งนาที 20 ราย และที่ห้านาที 5 รายคิดเป็น ร้อยละ 19.80 และ 4.95 ตามตารางที่ 4

จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารก พบภาวะเหลือง (hyperbilirubinemia) ร้อยละ 9.90 และ พบซีเทาผสมในน้ำคร่ำ ร้อยละ 17.82 แต่ไม่พบภาวะ สำลักน้ำคร่ำผสมซีเทา และไม่พบทารกเสียชีวิตทางด้าน มารดาพบแผลผ่าตัดอีกเสบเพียง 1 ราย ไม่พบการตายจาก การผ่าตัดคลอด แสดงถึงการพยากรณ์โรค ของภาวะตั้ง- ครรภ์เกินกำหนดที่รักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่ง อยู่ใน เกณฑ์ดีมาก

สรุป

การช่วยคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องในผู้ตั้ง- ครรภ์เกินกำหนด ที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนจะลดอัตราการตาย และทุพพลภาพของมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Williams Obstetric. 19 th ed. Con- necticut : Appleton & Lange, 1993 ; 871-875.
2. Arias F. Management of prolonged pregnancy. In : Arias F, ed. High-risk pregnancy and delivery. First edition. St. Louis : The C.V.Mosby Company, 1984 ; 173-180.
3. Shime J, Gare DJ, Andrews J, Bertrand M, Salgado J, Whillans G : Prolonged pregnancy : Surveillance of the fetus and the neonate and the course of labor and delivery. Am J Obstet Gynecol 1984 ; 148:547.

4. Eden RD, Seifert LS, Wineger A, et al. Maternal risk status and post date outcome. J Reprod Med 1988 ; 33:53.
5. Votta RA, Cibils LA, Active management of prolonged pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1993 ; 168:557.
6. ผดุงศักดิ์ อิ่มอุดม. การศึกษาการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ปี (พ.ศ. 2533-2534) ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง วารสารแพทย์ เขต 7 2535 ; 1 : 41-48.
7. Cardozo L, Fysh J, pearce JM. Prolonged pregnancy : the management debate. Br Med J Clin Res 1986 ; 293:1059.
8. Usher RH, Boyd ME, McLean FH, et al. Assesment of fetal risk in postdate pregnancies. AM J Obstet Gynecol 1988 ; 158:259.
9. Augensen K, Bergsj P, Eideland T, et al. Randomized comparison of early versus late induction of labor in post term pregnancy. Br Med Clin Res 1987 ; 294: 1192.
10. Gibb OMG, Cardozo L, Shedd JWW, et al. Prolonged pregnancy : is induction of labor indicated? Br J Obstet Gynecol 1982 ; 89:292.
11. Leveno KJ, Quirk JG, Cunningham FG, et al. Prolonged pregnancy, I. Observations concerning the causes of fetal distress. Am J Obstet Gynecol 1984 ; 150:465.
12. Phelan JP, Platt LD, Yeh SY, Boussard P, Paul RH. The role of ultrasound assessment of amniotic fluid volume in the management of the postdate pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1985 ; 151:304.
13. Bochner CJ, Medearis AL, Davis J, Oakes GK, Hobel CJ, Wade ME : Antepartum predictors of fetal distress in postterm pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1987 ; 153:353.
14. Silver RK, Dooley SL, Tamura RK, Depp R. Umbilical cord size and amniotic fluid volume in prolonged pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1987 ; 157:716.
15. Phelan JP, Platt LD, Yeh SY, Trujillo M, Paul RH : continuing role of the nonstress test in the management of postdates pregnancy. Obstet Gynecol 1984 ; 64:624.

หจก.ประเวชอุปกรณ์

จำหน่ายอุปกรณ์การแพทย์

๗๒๓/๔๗๐ ถนนจรัญสนิทวงศ์ บางบำหรุ บางพลัด กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

โทร ๔๓๕ ๖๘๕๓-๔, ๔๓๕ ๖๘๐๐-๑

โทรสาร ๔๓๕ ๖๘๕๓