

การดูแลรักษาการคลอดบุตรทำกัน

ถนอม มะโนทัย*

การคลอดบุตรโดยมีกันเด็กเป็นส่วนนำเป็นท่าคลอดผิดปกติที่พบได้บ่อย พบได้ร้อยละ 1-3 ในเด็กที่คลอดครบกำหนด (น้ำหนักเด็ก 2500 กก.)^{19, 23, 24, 26, 35, 43} และร้อยละ 3-10 ในเด็กที่คลอดก่อนกำหนด (น้ำหนักเด็ก 1000-2495 กก.)^{14, 19, 23}

เด็กคลอดทำกัน มีอัตราการตายสูงกว่าเด็กคลอดท่าศีรษะ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่น้ำหนักเท่า ๆ กัน^{7, 25} ในปี ค.ศ. 1960 Potter Heaton และ Douglas³³ ได้รวบรวมรายงานระหว่างปี ค.ศ. 1946-1959 20 รายงาน ปรากฏผลว่าเด็กครบกำหนดคลอดทำกันมี corrected perinatal mortality ร้อยละ 1-9.3 เมื่อเทียบกับอัตราร้อยละ 0.5-1 ในเด็กครบกำหนดคลอดทุกท่ารวมกัน นับว่าสูงกว่า 2-10 เท่า ในระยะต่อมาแม้ว่าการแพทย์จะเจริญมากขึ้น อัตราตายของเด็กคลอดทำกันก็ยังสูงกว่าท่าศีรษะ 2-5 เท่า^{4, 18, 20, 25, 26, 36, 39, 43, 44, 45, 46} แต่เมื่อพิจารณาถึงอันตรายที่เกิดขึ้นขณะคลอดในเด็กซึ่งไม่ตายจะพบว่าอัตราสูงกว่า 10 เท่า^{36, 40} อันตรายที่เกิดขณะคลอดอาจจะไม่ปรากฏทันทีแต่ไป

ปรากฏในอนาคตก็ได้เช่น บัญญาอ่อน และ cerebral palsy เป็นต้น

การศึกษาเลือดจากสายสะดือเด็กพบว่าเด็กที่คลอดทำกันแม้ในรายที่คลอดง่ายก็มีโอกาสขาดออกซิเจน (Hypoxia) ได้ง่ายกว่าเด็กคลอดท่าศีรษะ³⁸ ในระหว่างเจ็บครรภ์เมื่อมดลูกหดตัวหัวใจเด็กทำกันเต้นช้าอยู่นานกว่าเด็กท่าศีรษะ และ Apgar score ต่ำกว่าด้วย⁴² ในการคลอดทำกันที่ยุ่ยากเด็กย่อมมีโอกาสขาดออกซิเจนได้มากขึ้นอีก เด็กคลอดทำกันส่วนใหญ่ถึงแก่กรรมหรือพิการเนื่องจากขาดออกซิเจน^{25, 26, 30, 33, 39, 43}

เด็กคลอดทำกัน ศีรษะติดได้บ่อยเนื่องจากศีรษะไม่มีโอกาส mold และการประมาณขนาดเชิงกรานผิดพลาด เป็นเหตุให้สายสะดือถูกกดทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน นอกจากนี้มีสาเหตุอีกประการหนึ่ง คือ สายสะดือโผล่ (prolapsed cord) ซึ่งพบได้มากกว่าเด็กคลอดที่ศีรษะประมาณ 10-15 เท่า^{8, 14, 18, 19} สาเหตุรองลงมาคือ manipulation ในการคลอดซึ่งอาจทำให้เด็กตายหรือพิการได้ จากผลของการตรวจศพพบว่าร้อยละที่

* แผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับอันตรายได้แก่สมอง ตับ ม้าม ต่อมหมวกไต
ไขสันหลัง และ pharynx^{1, 11, 41}

ปัญหาสำคัญยิ่งของสูติแพทย์คือ จะมีวิธีการ
อย่างไรที่จะลดอัตราการตายและอันตรายอันเกิดกับ
ทารกที่คลอดท่าก้นได้ มีผู้พยายามเปลี่ยนท่าเด็ก
โดยการกลับทางหน้าท้องให้เป็นท่าศีรษะ (exter-
nal cephalic version) นิยมทำมากในประเทศ
ภาคพื้นยุโรปและสแกนดิเนเวีย ในบางแห่งทำ
โดยใช้ยาสลบเข้าช่วย^{4, 5, 10, 27} ในสหรัฐอเมริกา
มีผู้นิยมทำน้อยกว่าและไม่ใช้ยาสลบ^{22, 26, 34} ผู้
รายงานเชื่อว่าการกลับทางหน้าท้องทำให้อุบัติการ
ของการคลอดที่นำลดลงเหลือร้อยละ 1-2.1 แต่
พบเด็กถึงแก่กรรมจากการกลับท่าโดยตรงถึงร้อย
ละ 0-4 สาเหตุที่ทำให้ถึงแก่กรรมมีหลายอย่าง
ต่าง ๆ กัน เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio
placentae) นอกจากนี้มีเด็กตายในครรภ์ น้ำเดิน
และคลอดก่อนกำหนดด้วย ในกลุ่มที่ใช้ยาสลบ
พบทารกเป็นอันตรายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ ในปี
ค.ศ. 1969 Pallock³³ พบว่าแม่มี hemoglo-
binuria หลังจากการกลับเด็กทางหน้าท้อง

สูติแพทย์หลายท่านไม่เชื่อว่าการกลับเด็ก
ทางหน้าท้องจะช่วยลดอุบัติการของทำนั ด้วยเหตุ
ผลที่ว่าเด็กท่าก้นส่วนใหญ่จะกลับท่าได้เองใน
ระยะท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์ ในบางสถาบันซึ่ง
ไม่ทำการกลับเด็กท่าก้นเลยก็พบว่า อุบัติการ
ของเด็กท่าก้นไม่แตกต่างกับรายงานที่มีการกลับ

เด็ก^{13, 17, 20, 35, 39, 40} จากสถิติของโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ ระหว่าง มิถุนายน ถึง ธันวาคม
พ.ศ. 2515 มีคลอดครบกำหนด 9476 ราย เป็น
คลอดท่าก้นร้อยละ 1.50²³ (ทั้งนี้สิ่งที่แพทย์ทำ
การกลับเด็กทางหน้าท้องและไม่ทำรวมกัน)
เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของผู้เขียนเองตั้งแต่ พ.ศ.
2508-2515 คลอด 2464 ราย ไม่ทำการกลับเด็ก
เลย มีอุบัติการของคลอดท่าก้นร้อยละ 1.51

การลด perinatal mortality และอันตราย
ของการคลอดท่าก้นควรจะมีปฏิบัติได้โดยวิธีการ
คลอดที่ถูกต้อง ในปี ค.ศ. 1959 Wright⁴⁸ ให้
ความเห็นว่าการทำคลอดเด็กท่าก้นที่ครบกำหนด
โดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งไม่มีผู้เห็น
ด้วย เพราะเกรงว่ามารดาจะเป็นอันตรายจาก
การผ่าตัด รวมทั้งจำเป็นต้องนึกถึงอันตรายจาก
การผ่าตัดทำคลอดในการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป
ด้วย ได้มีผู้พยายามวางกฎเกณฑ์สำหรับการผ่า
ตัดทำคลอดทางหน้าท้อง เช่น รายที่มีเชิงกราน
แคบ เด็กมีขนาดโตกว่า 3600 กรัม ท่าก้นชนิด
เอาเท้าออกมาก่อน (footling) ครรภ์แรกที่มีมารดา
อายุเกิน 35 ปี ผู้ที่ตั้งครรภ์ยากและมารดาเป็น
เบาหวาน ฯลฯ^{21, 24, 26, 35, 43, 46, 49} กฎเกณฑ์ที่รู้
จักแพร่หลายคือ Breech scoring index ของ
Zatuchni และ Andros⁴⁹ ซึ่งใช้วิธีให้คะแนน
จากประวัติและการตรวจเมื่อมารดาเจ็บครรภ์มา
โรงพยาบาลครั้งแรก อย่างไรก็ตามมีผู้ไม่เห็นด้วย

กับ Breech Scoring Index นี้^{16,35} โดยอาศัย
กฎเกณฑ์ดังกล่าวสามารถลดอันตรายและพิการ
จากการคลอดท่าก้นได้บ้าง และมีข้อสังเกตจาก
รายงานจำนวนมากว่า เด็กท่าก้นที่คลอดโดยการ
ผ่าตัดมีอันตรายและพิการต่ำที่สุด หรือในบาง
รายงานไม่มีเลย^{12, 15, 25, 26, 30, 35, 40, 47} จึงมีผู้
คิดว่าอุบัติเหตุของการผ่าตัดทำคลอดควรเพิ่ม
ขึ้นได้ แต่ไม่ควรทำทุกรายแม้จะเป็นครรภ์
แรก^{6, 8, 14, 18, 19, 24, 25, 30, 33, 36, 43, 48, 49}

ผู้เขียนมีความเห็นว่า การทำคลอดเด็กท่าก้น
ทางช่องคลอดนั้นยุ่งยากและเป็นอันตรายต่อทั้ง
มารดาและเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครรภ์แรก
การประมาณขนาดของเชิงกรานผิดเป็นสาเหตุสำ
คัญของการตาย^{4, 33, 43} เราไม่สามารถบอกขนาด
ของเชิงกรานได้แน่นอนในเด็กท่าก้น เพราะ
ศีรษะเด็กอยู่ในมดลูกส่วนบน แม้จะตรวจภายใน
หรือใช้การถ่ายภาพรังสีช่วย^{19, 43, 47, 49} การประ
มาณขนาดของเด็กทางหน้าท้องทำได้ยากกว่าเด็ก
ท่าศีรษะ^{16, 35} การใช้ ultrasound อาจช่วยประ
มาณขนาดศีรษะเด็กได้ดีขึ้น³⁷ แต่ในทางปฏิบัติ
จริง ๆ ยังไม่สามารถทำได้ทั่วไป การประมาณ
ขนาดเด็กผิดโดยคาดคะเนน้ำหนักน้อยกว่าความ
เป็นจริง แล้วให้คลอดทางช่องคลอดจะทำให้อัตรา
ตายของเด็กยิ่งสูงขึ้น^{6, 28} การให้ผู้คลอดลองคลอด
เอง (Trial of Labor) เมื่อแพทย์ไม่แน่ใจว่าจะ
คลอดเองได้หรือไม่เป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำในเด็ก

ท่าก้น เพราะแม้ว่าอาการขณะคลอดจะดำเนินไป
ตามปกติได้ก็ไม่ได้หมายความว่าศีรษะเด็กจะผ่าน
เชิงกรานได้² ในรายที่มดลูกหดตัวผิดปกติ (dys-
functional labor) การใช้ Oxytocin ทำให้
อัตราเด็กตายสูงขึ้น^{6, 8, 15, 43, 45, 47} แม้จะมีผู้ราย
งานว่าใช้ยาได้โดยปลอดภัย แต่เป็นเพียงส่วน
น้อย^{14, 29, 43, 47} และต้องใช้อย่างระมัดระวังมาก
ด้วยเหตุผลดังกล่าวประกอบทั้งการผ่าตัดทำคลอด
มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นแม้จะต้องผ่าตัดอีกใน
ครรภ์ต่อมา³¹ ประกอบทั้งพบสายสะดือโผล่
(Prolapsed cord) ได้บ่อย ผู้เขียนเห็นว่าในผู้ตั้ง
ครรภ์ครั้งแรกที่เด็กเป็น ท่าก้นควรผ่าตัดทำคลอด
เมื่อครบกำหนดโดยไม่จำเป็นต้องรอให้เจ็บครรภ์
หรือทำเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์ เพื่อลดอันตรายจากการ
คลอดทางช่องคลอด สำหรับผู้ตั้งครรภ์หลัง ๆ จะ
ต้องพิจารณาโดยละเอียดถึงการคลอดในอดีต น้ำ
หนักเด็กในครรภ์ครั้งก่อน ๆ ความยากง่ายของการ
คลอด และความผิดปกติของเด็กอันเป็นผลจากการ
คลอดครั้งก่อน ๆ ในรายที่มีประวัติคลอดยาก เด็ก
โต หรือการเจ็บครรภ์ไม่ดำเนินไปตามปกติ ควร
พิจารณาให้ผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้องทั้งสิ้น จาก
ประสบการณ์ของผู้เขียนซึ่งได้ปฏิบัติมา ในเด็กท่า
ก้นครบกำหนด 42 ราย ซึ่งเป็นครรภ์แรก 18 ราย
และครรภ์หลัง 24 ราย ได้ทำการผ่าตัดทำคลอด
ร้อยละ 100 ในครรภ์แรก และร้อยละ 25 ใน
ครรภ์หลัง ไม่พบอันตรายหรือพิการ อันเป็นผล
จากการทำผ่าตัดเลย

สรุป

ผู้เขียนมีความเห็นว่าการเปลี่ยนท่าเด็กทางหน้าท้องไม่ช่วยลดอุบัติการณ์ของการคลอดท่าก้น และอาจมีอันตรายจากการกลับเด็กได้ ในครรภ์แรกที่ครบกำหนด เด็กท่าก้นควรทำคลอดโดยการผ่าตัดทุกรายเพราะไม่มีวิธีใด ๆ ที่เชื่อถือได้แน่นอนว่า เด็กจะคลอดทางช่องคลอดได้โดยปลอดภัย ส่วนในครรภ์หลัง ๆ ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของการผ่าตัดจะสูงขึ้น ผู้เขียนก็เห็นว่าเป็นสิ่งที่สมควรอย่างยิ่ง

1. Allen JP, Meyers GG, Condon VR: Laceration of the spinal cord related to breech delivery. *JAMA* 208:1019-22, 69
2. Beischer NA: Pelvic contraction in breech presentation. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 73:421-7, 66
3. Berendes HW, Weiss W, Deutschberger J, et al: Factors associated with breech delivery. *Am J Public Health* 55:708-19, 65
4. Bock JE: The influence of prophylactic external cephalic version on the incidence of breech delivery: A retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 48:215-21, 69
5. Bonnar J, Howie PW, MacLennan H: External cephalic version with anesthesia. *JAMA* 205: 97-101, 68
6. Bulfin MJ, Gallagher JT: The primipara with breech presentation. *Obstet Gynecol* 16:283-7, 60
7. Calkins LA: Breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 69:977-83, 55
8. Dunn LJ, Van Voorhis L, Napier J: Term breech presentation; a report of 499 consecutive cases. *Obstet Gynecol* 25:170-6, 65
9. Eastman NJ, Kohl SG, Maisel JE, et al: The obstetrical background of 753 cases of cerebral palsy. *Obstet Gynecol Sur* 17:459-500, 62
10. Friedlander D: External cephalic version in the management of breech presentation. A report on 706 patients treated by this method. *Am J Obstet Gynecol* 95:906-13, 66

11. Girdany BR, Sieber WK, Osman MZ: Traumatic pseudodiverticulum of the pharynx in newborn infants. *N Engl J Med* 280:237-40, 69
12. Goethals TR: Cesarean sections as a method of choice in management of breech delivery. *Am J Obstet Gynecol* 71:536-52, 56
13. Greenhill JP: *Obstetric*. 13th edition. Philadelphia, WB Saunders Company, 1965, p. 1103
14. Hall JE, Kohl SG, O'Brien F, et al: Breech presentation and perinatal mortality; a study of 6,044 cases. *Am J Obstet Gynecol* 91:665-83, 65
15. Hall JE, Kohl SG: Breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 72:977-90, 56
16. Helfferich M, Favier J: Breech delivery. *Am J Obstet Gynecol* 110:58-61, 71
17. Hellman LM, Pritchard JA: *Obstetrics*. 14th edition. New York, Appleton-Century-Crofts, 1971, p. 861
18. Johnson CE: Breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 106:865-71, 70
19. Jurado L, Miller GL: Breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 101:183-9, 68
20. Kian LS: Breech presentation. A review of 791 breech deliveries in Sourabaya, Indonesia. *Am J Obstet Gynecol* 86:1050-4, 63
21. Lanka LD, Nelson HB: Breech presentation with low fetal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 104:879-82, 69
22. MacArthur JL: Reduction of the hazards of breech presentation by external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 88:302-6, 64
23. Manotaya T, Sentrakul P: Analysis of 10353 deliveries at Chulalongkorn Hospital. Unpublished data.
24. Mark C, Roberts PH: Breech scoring index. *Am J Obstet Gynecol* 101:572-3, 68
25. Morgan HS, Kane SH: An analysis of 16,327 breech births. *JAMA* 187:262-4, 64
26. Morley GW: Breech presentation a 15-year review. *Obstet Gynecol* 30:745-51, 67
27. Neely MR: External cephalic version under anesthesia. Results in a series of 102 cases. *J Obstet Gynaecol Br Com* 68:490-7, 61
28. Neilson DR: Management of the large breech infant. A survey of 203 cases from Emanuel Hospital. *Am J Obstet Gynecol* 107:345:8, 70
29. Neimand KM, Rosenthal AH: Oxytocin in breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 93: 230-6, 65

30. Patterson SP, Mulliniks RC, Schreier PC: Breech presentation in the primigravida. *Am J Obstet Gynecol* 98:404-10, 67
31. Piver MS, Johnston RA Sr: The safety of multiple cesarean sections. *Obstet Gynecol* 34: 690-3, 69
32. Pollock A: Transplacental haemorrhage after external cephalic version. *Lancet* 1:612, 68
33. Potter MG Jr, Heaton CE, Douglas GW: Intrinsic fetal risk in breech delivery. *Obstet Gynecol* 15:158-62, 60
34. Ranney B: The gentle art of external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 116:239-51, 73
35. Rovinsky JJ, Miller JA, Kaplan S: Management of breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 115:497-513, 73
36. Rubin A, Crimm G: Results in breech presentation. A 7 year study. *Am J Obstet Gynecol* 86:1048-9, 63
37. Scher E: Evaluation of cephalometry by ultrasound in breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 103:1125-30, 69
38. Serreyn R, Thiery M, Lybeer E, et al: Fetal hypoxia and breech delivery. *Int J Obstet Gynecol* 11:11-5, 72
39. Sinder C, Wentsler NE: Breech presentation with follow-up. *Obstet Gynecol* 25:322-8, 65
40. Smith RS, Oldham RR: Breech delivery. *Obstet Gynecol* 36:151-5, 70
41. Tank ES, Davis R, Holt JE, et al: Mechanism of trauma during breech delivery. *Obstet Gynecol* 38:761-7, 71
42. Teteris NJ, Botschner AW, Ullery JC, et al: Fetal heart rate during breech delivery. *Am J Obstet Gynecol* 107:762-6, 70
43. Todd WD, Steer CM: Term breech: review of 1006 term breech deliveries. *Obstet Gynecol* 22:583-95, 63
44. Trapl J, Kittrich M, Znamenacek K: The management of labor with a breech presentation. *Obstet Gynecol* 22:240-5, 63
45. Varner WD: Management of labor in the primigravida with breech presentation. *AM J Obstet Gynecol* 84:876-83, 62
46. Woodward RW, Callahan WE: Breech labor and delivery in the primigravida. *Obstet Gynecol* 34:260-5, 69
47. Wolter DF, LaHaye TP, Gibbs CE: A trial of labor in breech presentation. *Obstet Gynecol* 23:541-6, 64
48. Wright RC: Reduction of perinatal mortality and morbidity in breech delivery through routine use of cesarean section. *Obstet Gynecol* 14:758-63, 59
49. Zatuchni GI, Andros GJ: Prognostic index for vaginal delivery in breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 93:237-42, 65