

ผลการตั้งครรภ์เกินกำหนดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เรืองศักดิ์ ตั้งชีวินศิริกุล*
นิภาพร ลิ้มพวงศานุรักษ์**
เพ็ญศรี มานิตย์ศิริกุล***

บทคัดย่อ

การศึกษาผลการตั้งครรภ์เกินกำหนดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นการศึกษาแบบ cross sectional analytical study โดยวิเคราะห์ประมวลผลหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป EPI INFO V.5.01 ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2536 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2536 สตรีตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด 5,573 ราย เป็นสตรีตั้งครรภ์เกินกำหนด (≥ 42 สัปดาห์) 324 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.81 สตรีตั้งครรภ์คลอดที่อยู่ในเกณฑ์การศึกษา 822 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (≥ 42 สัปดาห์) 274 รายและกลุ่มควบคุม (37-40 สัปดาห์) 548 ราย จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างของอายุ, ส่วนสูง, น้ำหนัก, วันที่คลอด และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมแต่พบความสัมพันธ์กับภาวะน้ำคร่ำเขียว, fetal distress, birth asphyxia, ทารกน้ำหนักน้ำคร่ำ, ทารกน้ำหนักมาก ($\geq 4,000$ กรัม) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, และภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาจากการคลอด จึงเห็นว่าควรพิจารณาคลอดก่อนการตั้งครรภ์เกินกำหนดหรือมีการเฝ้าระวังทารกในครรภ์อย่างดีและพิจารณาคลอดด้วยวิธีเหมาะสมเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าจะมีอันตรายต่อทารกในครรภ์

* แพทย์ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

*** นักสถิติ ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

บทนำ

การตั้งครรภ์เกินกำหนด (postterm pregnancy) คือการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 42 สัปดาห์ขึ้นไป พบได้ประมาณ ร้อยละ 3-14 ของการตั้งครรภ์^{1,6,9} ยังไม่ทราบสาเหตุแน่นอน เป็นผลให้เกิดภาวะน้ำคร่ำน้อย เสี่ยงต่อการเกิดการกดทับต่อสายสะดือ ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน เกิดภาวะ fetal distress และ birth asphyxia^{2,3,4} มีสีเขียวปนเปื้อนในน้ำคร่ำ (meconium stained amniotic fluid), ทารกสำลักน้ำคร่ำ (meconium aspiration), ทารกเสียชีวิต^{5,6,7,8} ทารกน้ำหนักมาก (macrosomia $\geq 4,000$ gm) และเพิ่มอันตรายต่อการคลอดทั้งต่อมารดาและทารก⁵ นอกจากรณีสตรีตั้งครรภ์เกินกำหนดยังเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section)⁹

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,005 เตียง มีสถิติการคลอดประมาณ 800 รายต่อเดือน ยังไม่เคยมีรายงานการตั้งครรภ์เกินกำหนด และยังไม่มีแบบแผนการดูแล ที่เป็นมาตรฐาน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการตั้งครรภ์เกินกำหนดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เกินกำหนดเพื่อลดอันตรายในมารดาและทารก

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาสตรีตั้งครรภ์คลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2536 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2536 เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยรวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกการคลอด แพมประวัติผู้ป่วยใน เลือกสตรีตั้งครรภ์คลอดเกินกำหนด (≥ 42 สัปดาห์) เป็นกลุ่มศึกษา และสตรีตั้งครรภ์ครบกำหนด (37-40 สัปดาห์) ที่คลอดก่อนและหลังสตรีตั้งครรภ์คลอดเกินกำหนดอย่างละ 1 รายเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งหมดเป็นสตรีตั้งครรภ์คลอดที่ได้รับการบริการแบบคลอดสามัญของโรงพยาบาล เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยวท่าศีรษะไม่มีอาการแทรกซ้อนทางอายุรกรรม, ศัลยกรรม, และสูติกรรมระหว่างตั้งครรภ์ ศึกษาประวัติทารกแรกคลอดของสตรีตั้งครรภ์คลอดดังกล่าวทั้งหมดที่มีอาการของ meconium aspiration จากทะเบียนรับผู้ป่วยในของหอรับบริบาลทารกแรกคลอด การศึกษาเป็นรูปแบบ cross sectional study วิเคราะห์ประมวลผลหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป EPI INFO V.5.01

ผลการศึกษาตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์คลอด (Mean±SD)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=274)	กลุ่มควบคุม (n=548)	- test
อายุ	24.57±5.88	25.35±5.91	-1.79 ^{ns}
ส่วนสูง	153.97±5.55	154.11±5.49	-0.34 ^{ns}
น้ำหนักแรกคลอด	60.59±8.30	59.67±7.84	1.53 ^{ns}

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 แสดงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อบ่งชี้	จำนวนสตรีตั้งครรภ์คลอด (ร้อยละ)		RR	CIRR
	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม		
ปากมดลูกไม่ถ่างขยาย ขณะคลอด	29 (10.58)	21(3.83)	1.83	1.41-2.31*
FETAL DISTRESS	8(2.92)	4(0.73)	2.03	1.34-3.07*
OTHERS	1(0.37)	1(0.18)	1.50	0.37-6.03
รวม	38(13.87)	26(4.74)	1.91	1.52-2.40*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

ตารางที่ 3 แสดงอุบัติการณ์การเกิด Fetal distress, Birth asphyxia ในกลุ่มศึกษา (≥ 42 สัปดาห์) ที่มีน้ำคร่ำเขียวเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีน้ำคร่ำใส

สภาพทารก	จำนวนทารก (ร้อยละ)		สถิติทดสอบ X^2
	น้ำคร่ำเขียว	น้ำคร่ำใส	
ทารกปกติ	73 (25.89)	176 (62.41)	15.09*
FETAL DISTRESS	7 (2.48)	1 (0.36)	
BIRTH ASPHYXIA (APGAR SCORE ≤ 7)	12 (4.85)	13 (4.61)	
รวม	92 (32.62)	190 (67.38)	

X^2 0.05, $z = 5.99$

ตารางที่ 4 แสดงผลการตั้งครรภ์เปรียบเทียบกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ผลการตั้งครรภ์	จำนวน(ร้อยละ)		RR	CIRR
	กลุ่มศึกษา (n = 274)	กลุ่มควบคุม (n = 548)		
1. MECONIUM	85(31.02)	109(19.89)	1.46	1.19-1.78*
2. CESAREAN SECTION	38(13.87)	26(4.74)	1.91	1.52-2.40*
3. MACROSOMIA ($\geq 4,000$ gm)	9(3.28)	8(1.46)	1.61	1.02-2.54*
4. MECONIUM ASPIRATION	4(1.46)	1(0.18)	2.42	1.55-3.79*
5. BIRTH ASPHYXIA (APGAR SCORE ≤ 7)	21(7.66)	15(2.74)	1.36	1.02-2.34*
6. MATERIAL COMPLICATION*	14(5.11)	10(1.82)	1.79	1.26-2.55*

+LACERATION, UTERINE ATONY, RETAINED PLACENTA

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน มีสตรีตั้งครรภ์เกินกำหนด 324 ราย ต่อการคลอด 5,573 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.81 เลือกผู้อยู่ในเกณฑ์ศึกษา 822 ราย แบ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์เกินกำหนด 274 รายเป็นกลุ่มศึกษา และสตรีตั้งครรภ์ครบกำหนด 548 รายเป็นกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 66.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านอายุ, ส่วนสูง, และน้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 2 กลุ่ม เมื่อทำการทดสอบด้วย test ($p > 0.05$) และจากการศึกษาไม่พบความแตกต่างทางสถิติ (RR = 1.08, 95% CI 0.89–1.31) ของลำดับการคลอดครั้งแรกในกลุ่มศึกษา 151 ราย (ร้อยละ 55.11) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 286 ราย (ร้อยละ 52.19)

ตารางที่ 2 แสดงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่สำคัญ ได้แก่ ปากมดลูกไม่ถ่างขยายขณะคลอด และ fetal distress พบว่าข้อบ่งชี้ทั้งสองสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์เกินกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 พบว่าทารกที่เกิดภาวะ fetal distress และ birth asphyxia (Apgar score ≤ 7) มีความสัมพันธ์กับลักษณะน้ำคร่ำเขียวอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าโอกาสเกิดน้ำคร่ำเขียว, การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ทารกน้ำหนักมาก ($\geq 4,000$ gm), ทารกลำค้ำน้ำคร่ำ, birth asphyxia, และอาการแทรกซ้อนทางมารดา เช่น การฉีกขาดของทางช่องคลอด, มดลูกไม่แข็งตัวหลังคลอด, และรกค้าง ในกลุ่มศึกษามีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาพบทารกเสียชีวิตจากความพิการแต่กำเนิด (Anencephalus) เพียง 1 ราย ในกลุ่มศึกษา ไม่พบทารกเสียชีวิตในกลุ่มควบคุม และยังพบทารกเพศหญิงในกลุ่มศึกษา: กลุ่มควบคุม = 1:1 (ร้อยละ 52.38 (146 ราย) : ร้อยละ 49.09 (269 ราย)) ในกลุ่มตั้งครรภ์เกินกำหนดพบทารกเพศชาย : หญิง = 1:1 (128 ราย : 146 ราย)

วิจารณ์

ลักษณะทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์เกินกำหนด ไม่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ, ส่วนสูง, น้ำหนักวันคลอด เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ⁵ ซึ่งพบเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ สำหรับลำดับของการตั้งครรภ์ นั้นไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุม ซึ่งตรงข้ามกับรายงานของ Usher และคณะ ที่พบในครรภ์แรกมากกว่า⁸

การตั้งครรภ์เกินกำหนดมีผลทำให้เกิดภาวะน้ำคร่ำน้อย เสี่ยงต่อการกดทับต่อสายสะดือ ทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนเกิดภาวะ fetal distress, น้ำคร่ำเขียว, และ fetal asphyxia^{2,3,4,5,6} ซึ่งตรงกับการศึกษาที่พบ fetal distress ร้อยละ 2.92 ในกลุ่มศึกษาเมื่อเทียบกับร้อยละ 0.73 ในกลุ่มควบคุม สำหรับภาวะน้ำคร่ำเขียวในกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 31.02 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาอื่นๆ เล็กน้อยคือร้อยละ 20–30^{3,4,6} อาจจะเนื่องจากการลงรายงานภาวะน้ำคร่ำเขียว

ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจะกระทำทุกราย เมื่อพบภาวะนี้ตั้งแต่เข้าสู่การคลอด จนถึงทารกคลอดและภาวะน้ำคร่ำเขียวในการศึกษานี้ยังพบความสัมพันธ์กับการเกิด fetal distress และ birth asphyxia ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Usher และคณะ⁸ ที่พบภาวะ fetal distress สูงขึ้น 2 เท่า และ birth asphyxia สูงขึ้น 8 เท่า ในการตั้งครรภ์เกินกำหนด และตรงกับ birth asphyxia ในการศึกษานี้ที่สูงขึ้นในกลุ่มศึกษาเช่นเดียวกัน สำหรับภาวะทารกสำลักน้ำคร่ำนั้น พบสูงขึ้นในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 1.46 และ 0.18 ตามลำดับ) Sack S Friedman⁴ ไม่พบความแตกต่างของ fetal mortality และ low five minute Apgar Score ระหว่างกลุ่มตั้งครรภ์ ≥ 42 สัปดาห์ และกลุ่มตั้งครรภ์ 38-41 สัปดาห์ ถ้าเฝ้าระวังการคลอดด้วยเครื่อง electronic fetal monitoring (EFM) แต่ระยะเวลาและจำนวนประชากรในการศึกษานี้อาจจะน้อยเกินไป จึงพบทารกเสียชีวิตเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด (anencephalus) ในกลุ่มศึกษา 1 ราย และไม่พบเลยในกลุ่มควบคุม

การตั้งครรภ์เกินกำหนดอาจพบว่าทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตต่อไป ทำให้มีน้ำหนักมากกว่าปกติ (macrosomia $\geq 4,000$ gm) และพบได้สูงขึ้น 3-7 เท่า^{1,5,9} เมื่อเทียบกับการคลอดครบกำหนดเช่นเดียวกับการศึกษานี้ ที่พบทารกน้ำหนักมากสูงขึ้น 2.25 เท่า ในกลุ่มศึกษาเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 3.28 และ 1.46 ตามลำดับ) ซึ่งพบน้อยกว่ารายงานดังกล่าว อาจเป็นเพราะสาเหตุจากความแตกต่างกันในเชื้อชาติและภาวะโภชนาการ

ทารกน้ำหนักมากและความผิดปกติของทารกในครรภ์ระหว่างคลอดดังกล่าว เป็นเหตุให้อุปบัติการของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้น^{2,9} และยังเป็นเหตุให้พบอันตรายต่อมารดาเพิ่มขึ้น⁵ ซึ่งพบในการศึกษานี้เช่นกัน และพบว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดที่สำคัญในการศึกษานี้คือปากมดลูกไม่ถ่างขยายขณะคลอดและ fetal distress ผลแทรกซ้อนต่อมารดาระหว่างคลอด ได้แก่ ทางคลอดฉีกขาด, มดลูกไม่แข็งตัวหลังคลอด และรกค้าง ซึ่งเป็นเหตุของการตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษาดังกล่าว ผู้ศึกษามีความเห็นว่าควรพัฒนาระบบดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้ดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าตั้งครรภ์ มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และ EFM ช่วยในการวินิจฉัยและเฝ้าระวังติดตามสภาวะทารกในครรภ์ มีนโยบายชัดเจน ในการดูแลระหว่างคลอด ถ้าไม่สามารถเฝ้าระวังทารกในครรภ์หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ ก็ให้พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ทั้งมารดาและทารกที่มีสุขภาพดีและปลอดภัย

สรุป

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์เกินกำหนด (≥ 42 สัปดาห์) และ meconium stained-amniotic fluid, fetal distress, birth asphyxia, meconium aspiration, macrosomia ($\geq 4,000$ gm), cesarean section, postpartum maternal complication

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณ นางสาวสุจิตรา ล้อทวีคักดิ์, นางสาวสุจินดา ธิติเสรี ที่ได้ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชระเบียนทุกท่านที่กรุณารวบรวมประวัติผู้ป่วย ทำให้งานครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Phelan JP. The postdate pregnancy : An overview. Clin Obstet Gynecol 1989;32:221-7
2. Mannilo F. Neonatal complications of postterm gestation. J Repro Med 1988;33 (pt3) : 271-6
3. Leveno KJ, Quirk JG, Cunningham FG, Nelson SD, Santos-Ramos R, Toofanian A, et al. Prolonged pregnancy : Observations concerning the cause of fetal distress. Am J Obstet Gynecol 1984;150:465-73
4. Sachs BP, Friedman EA. Result of an epidemiologic study of postdate pregnancy. J Repro Med 1986;31:162-6
5. Ahn Mo, Phelan JP. Epidemiologic aspects of the post-date pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1989;32:228-34
6. Knox GE, Huddleston JF, Flowers CE. Management of prolonged pregnancy : Results of a prospective randomized trial. Am J Obstet Gynecol 1979;134:376-87
7. Resnik R. Postterm gestation : A Symposium. J Repro Med 1988;33:249-51
8. Usher RH, Boyd ME, Mc Lean FH, BScN, and Kramer MS. Assessment of fetal risk in postdate pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1988;158:259-64
9. Boyd ME, Usher RH, Mc Lean FH, BScN, and Kramer MS. Obstetric consequences of postmaturity. Am J Obstet Gynecol 1988;158:334-8