การตั้งครรภ์เกินกำหนด (Postterm Pregnancy)

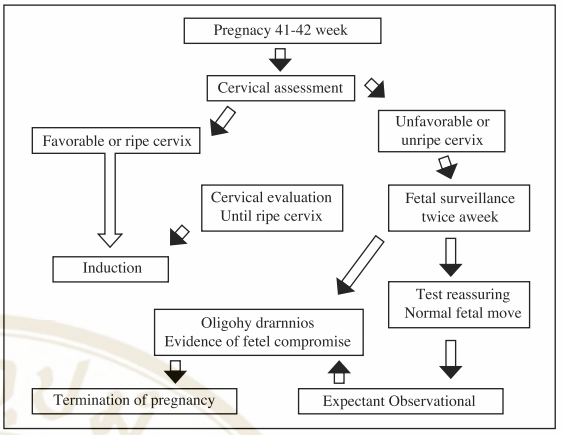
อาจารย์ นายแพทย์สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, อาจารย์ แพทย์หญิงบูรยา พัฒนจินดากุล
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐.

การตั้งครรภ์เกินกำหนดเป็นภาวะที่พบบ่อยในมารดาตั้งครรภ์ โดยภาวะดังกล่าวจะส่งผลต่อมารดาและทารกมากมาย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคทางระบบทางเดินหายใจของทารก ความผิดปกติของพัฒนาการรวมถึงสติปัญญาของทารกได้ ดังนั้น ภาวะดังกล่าวจึงมีความสำคัญที่แพทย์ผู้ดูแลจะต้องทราบถึงวิธีการดูแลรักษาและที่สำคัญต้องตระหนักถึงความสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะดังกล่าว อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์เกินกำหนดพบได้ร้อยละ ๔-๑๔[๑] ขึ้นกับคำจำกัดความในการวินิจฉัยภาวะนี้ ชื่อและคำจำกัดความของการตั้งครรภ์เกินกำหนดในปัจจุบัน ยังใช้แตกต่างกันอยู่ ได้แก่ Postterm, Prolonged pregnancy, Postdates และ Postmature โดยแต่ละชื่อจะสื่อความหมายและให้คำนิยามไม่เหมือนกันรวมถึงมีที่ใช้แตกต่างกัน โดยคำว่า Postmature จะใช้ในความหมายที่เด็กที่คลอดมีลักษณะทางคลินิกรวมถึงพยาธิสภาพของการตั้งครรภ์เกินกำหนด คำว่า Postdates ซึ่งเป็นคำเรียกที่ไม่แนะนำให้ใช้ เนื่องจากไม่สามารถสื่อความหมายของการตั้งครรภ์เกินกำหนดได้ ส่วนคำว่า Prolonged pregnancy หรือ Postterm ซึ่งทั้งสองคำเป็นคำที่นิยมใช้ สามารถสื่อความหมายของการครรภ์ที่เกินจากอายุครรภ์นานเกิน ๔๒ สัปดาห์ หรือ ๒๙๔ วัน นับจากวันแรกของระดูเดือนสุดท้าย และคำว่า Postmaturity หรือ Dysmaturity Syndrome จะใช้อธิบายกลุ่มอาการทางคลินิกซึ่งจำเพาะต่อการตั้งครรภ์เกินกำหนด ได้แก่ Placenta insufficiency ภาวะเด็กในครรภ์เจริญเติบโตช้า (IUGR) สีน้ำคร่ำมีสีขี้เทา เป็นต้น[๑,๒]

สาเหตุของการตั้งครรภ์เกินกำหนด ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการตั้งครรภ์เกินกำหนด แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ ๔ กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงจากมารดา เช่น การตั้งครรภ์แรก (Primiparity) มารดาที่เคยมีประวัติตั้งครรภ์เกินกำหนดมาก่อน (Prior postterm pregnancy) หรือมารดาที่มีประวัติการเกิดโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว (Genetic predisposition) ปัจจัยจากทารก เช่น เด็กในครรภ์เป็นเพศชาย (Male sex) เด็กมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (Congenital anomalies) เช่น Adrenal hypoplasia, เด็กที่มีกะโหลกศีรษะเปิด (fetal anencephaly) ปัจจัยจากรก เช่น รกขาดเอนไซม์ sulfatase (placental sulfatase deficiency) ซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ X-linked มีผลทำให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำกว่าการตั้งครรภ์ปกติ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก (poor response of cervical ripening) เป็นต้น[๑,๒]

การประเมินอายุครรภ์ที่แม่นยำและถูกต้องเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลมารดาตั้งครรภ์เพื่อที่จะลดอุบัติการณ์ที่ทำให้วินิจฉัยผิดพลาดทั้งการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดและการตั้งครรภ์เกินกำหนด การกำหนดอายุครรภ์จะแม่นยำและน่าเชื่อถือ ถ้าทำการคำนวณหรือ

กำหนดตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ วิธีการกำหนดอายุครรภ์ได้แก่ การนับอายุครรภ์จากวันแรกของประจำเดือนเดือนสุดท้าย ส่วนใหญ่ได้จากการซักประวัติประจำเดือน แต่ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ทำให้ประจำเดือนเปลี่ยนแปลง เช่น การคุมกำเนิด เป็นต้น วิธีการนับอายุครรภ์จากประจำเดือนครั้งสุดท้ายจะน่าเชื่อถือถ้าสตรีมีประจำเดือนมาสม่ำเสมอเป็นรอบ ๆ ปริมาณประจำเดือนมาปกติ ในกรณีที่สตรีมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ไม่ตรงรอบและได้รับการคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนมาก่อน เช่น เคยฉีดยาคุมกำเนิดมาก่อน จะไม่สามารถกำหนดอายุครรภ์โดยวิธีคำนวณจากประจำเดือนได้ การซักประวัติเรื่องปริมาณเลือดประจำเดือนก็มีความสำคัญเช่นกัน ถ้าเลือดที่ออกมีปริมาณเล็กน้อยนั้น อาจจะเป็น Preimplantation bleeding ได้ ดังนั้นประจำเดือนครั้งสุดท้ายในรายดังกล่าวควรที่จะต้องนับตั้งแต่ประจำเดือนเดือนก่อนหน้านี้ ในรายที่จำประจำเดือนไม่ได้หรือขนาดของมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คำนวณได้จากประจำเดือน ควรทำการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง(ultrasonography) เพิ่มเติมเพื่อวัดขนาดเด็กในครรภ์และคำนวณหาอายุครรภ์ที่แน่นอน การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงขณะอายุครรภ์ในไตรมาสแรก (first trimester) มักจะวัดขนาดเด็กในครรภ์โดยใช้ crown-rump length เพื่อกำหนดขนาดอายุครรภ์ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในไตรมาสที่สอง (second trimester) และในไตรมาสที่สาม (third trimester) จะใช้ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์จากการวัด biparietal diameter, head circumference, abdominal circumference และ femur length มาช่วยในการกำหนดอายุครรภ์ ความสำคัญของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อช่วยกำหนดอายุครรภ์คือความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ ซึ่งสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่ทำการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่าถ้าทำการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงอายุครรภ์ในไตรมาสแรก (first trimester) จนถึงอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ จะมีความคลาดเคลื่อนจากการตรวจได้ ๗ วัน ถ้าทำการตรวจในช่วงอายุครรภ์ ๒๐ ถึง ๓๐ สัปดาห์ จะมีความคลาดเคลื่อนจากการตรวจได้ ๑๔ วัน แต่ถ้าทำการตรวจในช่วงอายุครรภ์หลังจาก ๓๐ สัปดาห์ขึ้นไป จะมีความคลาดเคลื่อนจากการตรวจได้ ๒๑ วัน ดังนั้นการกำหนดอายุครรภ์ ถ้าความแตกต่างระหว่างอายุครรภ์ที่คำนวณจากประจำเดือน เมื่อเปรียบเทียบจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมากกว่าค่าความคลาดเคลื่อนจากการตรวจ มักจะใช้ค่าอายุครรภ์จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นอายุครรภ์จริงแทนอายุครรภ์จากประจำเดือนเดือนสุดท้าย โดยจากการศึกษาพบว่าถ้าทำการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ จะสามารถลดอุบัติการณ์ของการวินิจฉัยการตั้งครรภ์เกินกำหนดได้ โดยมีค่า odds ratio (OR) เท่ากับ ๐.๖๘ และมีค่า ๙๕% confidence interval (CI) เท่ากับ ๐.๕๗-๐.๘๒[๒,๓]



แผนภูมิแสดงแนวทางการดูแลรักษามารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนด

ความเสี่ยงต่อเด็กในครรภ์

พบว่าอัตราการเสียชีวิตของเด็ก (perinatal mortality rate) ที่คลอดจากมารดาตั้งครรภ์เกิน ๔๒ สัปดาห์ขึ้นไปจะมากกว่าเด็กที่คลอดครบกำหนดถึง ๒ เท่า[๔-๖] ถ้าคลอดหลัง ๔๓ สัปดาห์จะพบอัตราการเสียชีวิตของเด็กมากขึ้นถึง ๖ เท่า นอกจากนี้ยังพบภาวะรกเสื่อม (Uteroplacental insufficiency) ภาวะทารกสำลักขี้เทา (Meconium aspiration) การติดเชื้อในมดลูกเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน[๗] ด้วยเหตุนี้อายุครรภ์ที่ถือว่าตั้งครรภ์เกินกำหนดจึงนับตั้งแต่อายุครรภ์ ๔๒ สัปดาห์ หรือ ๒๙๔ วันขึ้นไปซึ่งควรที่จะยุติการตั้งครรภ์ก่อนที่จะถึงอายุครรภ์ดังกล่าว

มารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนด ส่วนใหญ่จะ

คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวเกิน ๔,๐๐๐ กรัม (fetal macrosomia) ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงในขณะคลอดบุตร ได้แก่ ภาวะ prolonged labor ภาวะขนาดศีรษะทารกในครรภ์ผิดสัดส่วนกับช่องเชิงกราน หรืออาจจะพบความเสี่ยงต่อทารก ได้แก่ ภาวะคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) จนอาจจะเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทหรือกระดูกหักได้ แต่ถึงแม้ว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดมีแนวโน้มที่จะคลอดบุตรมีน้ำหนักเกิน ๔,๐๐๐ กรัม (fetal macrosomia) มากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดแต่การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก็ไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าจะช่วยลดภาวะ fetal macrosomia ได้[๔,๙]

นอกจากนี้พบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดประมาณ ๒๐% มีภาวะ dysmaturity syndrome ซึ่งมักจะเกิดจากรกมีการเสื่อมสภาพ (uteroplacental insufficiency) จนเกิดทารกในครรภ์เด็กเกิดภาวะเจริญเติบโตช้า (intrauterine growth restriction)[๑๐,๑๑] และมักจะมีผลเสียตามมามากมาย ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสะดือถูกกดทับ (Umbilical cord compression) เนื่องจากน้ำคร่ำในโพรงมดลูกมีปริมาณลดลง (oligohydramnios) ทารกในครรภ์เกิดภาวะสำลักขี้เทา (meconium aspiration) นอกจากนี้ ภาวะการตั้งครรภ์เกินกำหนดอาจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดในระยะสั้น ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ภาวะชัก เป็นต้น[๑๒] ส่วนภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในเรื่องความผิดปกติของระบบพัฒนาการและระบบประสาทของทารกยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน โดยจากผลการศึกษาที่ติดตามเด็กที่คลอดจากมารดาตั้งครรภ์เกินกำหนดตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๒ ปี พบว่าสติปัญญา การเจริญเติบโต ความแข็งแรงรวมถึงความถี่ของการเจ็บป่วยของเด็กไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่คลอดในช่วงอายุครรภ์ครบกำหนด[๑๓]

ความเสี่ยงต่อมารดาที่ตั้งครรภ์

จากการศึกษาที่ผ่านมาเมื่อเปรียบเทียบมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดกับมารดาที่คลอดครบกำหนดพบว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดมีโอกาสที่จะคลอดบุตรยากกว่า (การตั้งครรภ์เกินกำหนดพบ ๙-๑๒% เปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์ครบกำหนดพบ ๒-๗%) มีโอกาสเกิดการฉีกขาดของฝีเย็บเนื่องจากการคลอดยากและเด็กตัวใหญ่มากกว่า (การตั้งครรภ์เกินกำหนดพบ ๓.๓% เปรียบเทียบกับการตั้งครรภ์ครบกำหนดพบ ๒-๖%) มารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดมีโอกาสที่ต้องผ่าตัดคลอดบุตรมากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด ๒ เท่า[๑๔-๑๖] ทำให้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดบุตรมากขึ้น ได้แก่ ภาวะติดเชื้อที่มดลูก ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดจะมีความเครียดและวิตกกังวลในช่วงขณะตั้งครรภ์มากขึ้นเช่นกัน

วิธีกำหนดอายุครรภ์และแนวทางการวินิจฉัยการตั้งครรภ์เกินกำหนด

วิธีการในการกำหนดอายุครรภ์ ได้แก่ การคำนวณอายุครรภ์โดยนับจากวันแรกของประจำเดือนเดือนสุดท้าย (Last menstrual period) การเปรียบเทียบอายุครรภ์จากขนาดมดลูกซึ่งตรวจโดยวิธี Leopold Maneuver โดยขนาดของมดลูกจะสัมพันธ์กับอายุครรภ์ เช่น ในขณะอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ ระดับของยอดมดลูกจะอยู่ตรงกับระดับของสะดือ เป็นต้น การคำนวณอายุครรภ์จากวันที่ฟังเสียงหัวใจทารกได้ครั้งแรก ส่วนใหญ่จะได้ยินเสียงหัวใจทารกครั้งแรกโดยการตรวจด้วยหูฟังเมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๑๘-๒๐ สัปดาห์ การคำนวณอายุครรภ์จากวันที่มารดารู้สึกว่าทารกในครรภ์ดิ้นครั้งแรก (Quickening) มารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกจะรู้สึกว่าทารกในครรภ์ดิ้นเป็นครั้งแรก (Quickening) เมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๑๘-๒๐ สัปดาห์ ส่วนมารดาที่เคยตั้งครรภ์มาก่อนจะรู้สึกว่าทารกในครรภ์ดิ้นครั้งแรกประมาณ ๑๖-๑๘ สัปดาห์ การคำนวณอายุครรภ์จากวันที่ขนาดมดลูกลดลงหรือท้องลด (lightening) ซึ่งเกิดจากการที่หัวทารกเคลื่อนลงไปอยู่อุ้งเชิงกราน พบในช่วงอายุครรภ์ประมาณ ๓๖ สัปดาห์

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นวิธีที่สำคัญซึ่งจะช่วยกำหนดอายุครรภ์ได้อย่างแม่นยำ โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการตรวจตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ นอกจาก

การวัดสัดส่วนทารกในครรภ์เพื่อประเมินอายุครรภ์แล้ว การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงยังสามารถบอกถึงปริมาณน้ำคร่ำในโพรงมดลูกได้ พบว่าปริมาตรน้ำคร่ำในโพรงมดลูกจะเริ่มลดลงหลังอายุครรภ์ ๔๑ สัปดาห์ โดยพบว่า AFI < ๕ หรือ ไม่มีช่องน้ำคร่ำที่ลึกกว่า ๑-๓ เซนติเมตร จะให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำคร่ำน้อย (Oligohydramnios) นอกจากนี้การตรวจคลื่นความถี่สูงสามารถบอกถึงรายละเอียดของรก เช่น การเกาะของแคลเซียมที่รกสามารถประเมิน Grade ของรกได้ เนื่องจากในภาวะที่ตั้งครรภ์เกินกำหนด จะพบภาวะรกเสื่อมได้บ่อย (placental insufficiency) การตรวจดังกล่าวจึงช่วยทำนายการเสื่อมของรกได้เช่นกัน

การตรวจเพิ่มเติม

การตรวจติดตามและเฝ้าระวังความผิดปกติที่จะเกิดได้กับทารกในช่วงขณะที่มารดาตั้งครรภ์ (Antenatal surveillance) สามารถทำได้หลายวิธีได้แก่ การตรวจ Non-stress test (NST) การตรวจ Biophysical profiles (BPP) หรือ การตรวจ modified BPP การตรวจ Contraction stress testing หรืออาจจะตรวจหลายวิธีร่วมกัน มีการศึกษาเปรียบเทียบถึงวิธีต่าง ๆ พบว่าวิธีต่าง ๆ ให้ผลในการทำนายสุขภาพของทารกในครรภ์ที่ดีพอ ๆ กัน[๑๗] ดังนั้นในทางปฏิบัติจริง สามารถทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสะดวกในการตรวจทั้งของแพทย์และมารดาที่ตั้งครรภ์ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อดูความผิดปกติของทารกและตรวจวัดปริมาณน้ำคร่ำพบว่ามีประโยชน์รวมถึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากในกรณีที่ตรวจพบว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติเกิดขึ้น (fetal compromise) หรือมารดาตั้งครรภ์มีภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) ควรจะต้องได้รับการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดหรือยุติการตั้งครรภ์โดยเร็ว[๑๘-๑๙] เหตุผลเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อย จะพบร่วมกับภาวะที่ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด หรือ อาจตรวจพบ Nonreassuring fetal heart rate tracing ได้ ทารกที่คลอดออกมา มักจะมี Apgar score ที่ต่ำและต้องได้รับการรักษาใน neonatal intensive care unit เป็นต้น[๒๐-๒๑] การวินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำน้อยสามารถวินิจฉัยได้จากการตรวจคลื่นความถี่สูง พบได้ ๒ ลักษณะ ได้แก่ ตรวจไม่พบน้ำคร่ำในบริเวณใดบริเวณหนึ่งลึกกว่า ๒-๓ เซนติเมตร หรือวัดค่า Amniotic fluid index (AFI) น้อยกว่า ๕[๑๘,๒๒] ส่วนวิธีการตรวจประเมินอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจ Doppler velocimetry พบว่าไม่มีประโยชน์สำหรับการตรวจติดตามทารกในครรภ์มารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนด[๒๓,๒๔] ในส่วนเรื่องความถี่ของการตรวจประเมิน พบว่าไม่มีการศึกษาถึงความถี่ห่างในการตรวจติดตามทารก[๑๗,๒๕] แต่ในทางปฏิบัติแนะนำให้ตรวจทุก ๒ ครั้งต่อสัปดาห์

แนวทางรักษา

การดูและรักษามารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดในช่วงระยะก่อนคลอด เป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก แพทย์ผู้ดูแลจะต้องทำการตรวจประเมินความแข็งแรงของทารกในครรภ์เป็นระยะ ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กในครรภ์ยังสมบูรณ์แข็งแรงดี การตรวจประเมินทารกในครรภ์จะเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ประมาณ ๔๐ สัปดาห์ขึ้นไป ทำการตรวจอย่างน้อยทุก ๑ สัปดาห์ วิธีประเมินทารกในครรภ์มีหลายวิธี ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อวัดค่า AFI รวมถึงการวัดค่าความลึกที่มากที่สุดของน้ำคร่ำ (maximum vertical pocket) การตรวจ NST และ การตรวจ Biophysical profiles ประกอบด้วย Fetal movement, Fetal tone, Fetal breathing, AFI และ NST ถ้าการตรวจประเมินพบความผิดปกติของทารกในครรภ์ควรพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยเร็วด้วยวิธีการที่เหมาะสม

นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนด คือการกำหนดเวลาที่เหมาะสมที่ควรจะยุติการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตร ปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณา ได้แก่ อายุครรภ์ ผลการตรวจประเมินความแข็งแรงของทารกในครรภ์ในระยะก่อนคลอด รวมถึงความพร้อมของปากมดลูกจากการตรวจภายใน เป็นต้น โดยการที่จะพิจารณาชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดนั้นจะทำใน ๒ กรณี คือ มีหลักฐานพบว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติเกิดขึ้นซึ่งได้จากผลการตรวจประเมินความแข็งแรงของทารกในครรภ์ หรือผลการตรวจภายในพบว่าปากมดลูกมีความพร้อมสำหรับคลอดบุตร

หรือเหมาะสมที่จะได้รับการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด โดยประเมินจากคะแนน Bishop พบว่าเมื่อทำการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ในมารดาที่ปากมดลูกมีความพร้อม หรือ Favorable cervix โอกาสที่จะการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ จนคลอดบุตรสำเร็จนั้นสูงมากและมีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรเนื่องจากชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ไม่สำเร็จต่ำ

ในกรณีที่ผลการตรวจภายในพบว่าปากมดลูกยังไม่พร้อมที่จะได้รับการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด สามารถทำได้ทั้ง ๒ กรณี คือ ทำการรักษาโดยชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด หรือ ทำการตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด (Expectant management) โดยจะทำการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ในภายหลังเมื่อทารกในครรภ์มีความผิดปกติ หรือปากมดลูกมีความพร้อม ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาในปัจจุบัน พบว่าการแนวทางการดูแลทั้ง ๒ แบบ ให้ผลการศึกษาทั้งผลต่อมารดาและทารกที่คลอดไม่ความแตกต่างกัน

ในส่วนของวิธีการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์นั้นสามารถแบ่งได้เป็น ๔ กลุ่ม โดยแบ่งตามเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ วิธีการชักนำให้เจ็บครรภ์โดยใช้เครื่องมือ (Mechanical induction of labor) วิธีการชักนำให้เจ็บครรภ์โดยใช้หัตการ (Surgical induction of labor) วิธีการชักนำให้เจ็บครรภ์โดยใช้ยา (Mechanical induction of labor) วิธีการชักนำให้เจ็บครรภ์โดยใช้หลายวิธีร่วมกัน (Combined induction of labor) โดยในแต่ละวิธีจะมีที่ใช้แตกต่างกันรวมถึงมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน (รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ในเอกสารเรื่องการชักนำให้เจ็บครรภ์)

การดูแลรักษามารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนด ในช่วงขณะเจ็บครรภ์และช่วงคลอดบุตรเป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำการตรวจบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารก หรือ Electronic fetal heart rate รวมถึง บันทึกการบีบรัดตัวของมดลูกเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินความแข็งแรงของทารกในครรภ์ว่ามีภาวะเครียดหรือไม่ ทำการเจาะถุงน้ำคร่ำ เพื่อตรวจดูสีน้ำคร่ำว่ามีสีขี้เทาปนหรือไม่ ในกรณีที่มีถุงน้ำคร่ำปนขี้เทาข้นมาก หรือ Thick meconium ซึ่งเกิดจากทารกในครรภ์ถ่ายขี้เทาออกมาในมารดาที่มีปริมาณน้ำคร่ำในโพรงมดลูกน้อยอยู่แล้ว ทำให้น้ำคร่ำที่มีขี้เทาปนมีความเหนียวและข้นสูงมาก ทารกที่คลอดออกมาจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการสำลักขี้เทา (Meconium aspiration) และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น เกิดภาวะปอดไม่ทำงาน (Pulmonary dysfunction) ทำให้ทารกบางรายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในขณะคลอดได้ ดังนั้นขณะคลอดบุตรเมื่อทารกคลอดออกมา แพทย์ผู้ดูแลจะต้องทำการดูดน้ำคร่ำในปากและลำคอของทารกออกมาให้มากที่สุดทันที เพื่อป้องกันภาวะสำลักน้ำคร่ำ ในกรณีที่พบว่ามีขี้เทาปริมาณมากปนอยู่กับน้ำคร่ำจนข้น แพทย์ต้องทำการดูดน้ำคร่ำในหลอดลมโดยใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) สำหรับดูดน้ำคร่ำในลำคอร่วมด้วย นอกจากนี้ในมารดาที่ตั้งครรภ์เกินกำหนดจะมีความเสี่ยงที่ทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่กว่าปกติ ดังนั้นในกรณีที่สงสัยว่าขนาดศีรษะของทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่กว่าขนาดของเชิงกรานมารดา (Cephalopelvic disproportion) ต้องพิจารณาให้คลอดโดยผ่าตัดคลอดแทน ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะอาจจะพบได้จากภาวะตั้งครรภ์เกินกำหนด ได้แก่ คลอดติดไหล่ ซึ่งมีโอกาสพบได้สูงขึ้น จึงควรตรวจประเมินขนาดทารกก่อนคลอดอย่างละเอียดเพื่อพิจารณาถึงขนาดของทารกในครรภ์ ที่สำคัญในกรณีที่มารดาสามารถคลอดบุตรทางช่องคลอดได้ปกติ แพทย์ควรจะต้องตรวจ แผลฝีเย็บและปากมดลูกหลังคลอดว่ามีการฉีกขาดและเลือดออกมากหรือไม่เนื่องจากการคลอดทารกที่มีขนาดใหญ่จากภาวะตั้งครรภ์เกินกำหนดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลฉีกขาดของช่องทางคลอดซึ่งจะทำให้เกิดการภาวะตกเลือดเนื่องจากมดลูกบีบตัวไม่ดีตามมาได้ ดังนั้นหลังคลอดบุตรควรรีบทำการตรวจแผลฝีเย็บ ทำการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บและช่องคลอดที่ฉีกขาดโดยเร็ว ท้ายสุดต้องรีบคลึงมดลูกร่วมกับให้ยาเพื่อกระตุ้นให้มดลูกมีการหดรัดตัวป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

สรุป

การตั้งครรภ์เกินกำหนดเป็นภาวะที่สำคัญใน

มารดาที่ตั้งครรภ์ โดยจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์อย่างมากมายดังนั้นแพทย์ที่ดูแลจึงควรตระหนักถึงความสำคัญและเอาใจใส่ในการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะดังกล่าว สิ่งที่สำคัญที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลตามมาจากการตั้งครรภ์เกินกำหนด คือ การกำหนดอายุครรภ์ที่ถูกต้อง ในรายที่ไม่แน่ใจหรือไม่ทราบอายุครรภ์ควรส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และเมื่อแน่ใจว่าตั้งครรภ์ครบกำหนดหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ควรจะยุติการตั้งครรภ์ในระยะที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อมารดาและทารกตามมาได้

เอกสารอ้างอิง

๑. Postterm pregnancy. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap lll LC, Wenstrom KD, et al. Eds. Williams Obstetrics, 22th ed. New York: McGraw-Hill; 2005:881-92.

๒. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2000;2:CD00182.

๓. Savitz DA, Terry JWJ, Dole N, Thorp JMJ, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning and their combination. Am J Obstet Gynecol 2002;187:1660-6.

๔. Feldman GB. Prospective risk of stillbirth. Obstet Gynecol 1992; 79:547-53.

๕. Smith GC. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2001;184:486-9.

๖. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 1998;105:169-73.

๗. Hannah ME. Postterm pregnancy: Should all women have labour induced? A review of the literature. Fetal Maternal Med Review 1993;5:3-17.

๘. Spellacy WN, Miller S, Winegar A, Peterson PQ, Macrosomia-maternal characteristics and infant complications. Obstet Gynecol 1985;66:158-61.

๙. Rosen MG, Dickinson JC. Management of post-term pregnancy. N Engl J Med 1992;326:1628-9.

๑๐. Vorherr H. Placental insufficiency in relation to postterm pregnancy and fetal postmaturity Evaluation of fetoplacental function; management of the postterm gravida. Am J Obstet Gynecol 1975; 123:67-103.

๑๑. Mannino F. Neonatal complications of postterm gestation. J Reprod Med 1988;33:271-6.

๑๒. Knox GE, Huddleston JF, Flowers CEJ. Management of prolonged pregnancy: results of a prospective randomized trial. Am J Obstet Gynecol 1979;134:376-84.

๑๓. Shime J, Librach CL, Gare DJ, Cookl CJ. The influence of prolonged pregnancy on infant development at one two years of age: a prospective controlled study. Am J Obstet Gynecol 1986;154: 341-5.

๑๔. Alexander JM, Mclntire DD, Leveno KJ. Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week of gestation. Obstet Gynecol 2000; 96:291-4.

๑๕. Alexander JM, Mclntire DD, Leveno KJ. Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births. Obstet Gynecol 2001;97: 911-5.

๑๖. Treger M, Hallak M, Silberstein T, Friger M, Katz M, Mazor M. Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 weeks? J Matern Fetal Neonatal Med 2002;11:50-53.

๑๗. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev 2006;4:CD00170.

๑๘. Crowley P, O'Herlihy C, Boylan P. The value of ultrasound measurement of amniotic fluid volume in the management of prolonged pregnancies. Br J Obstet Gynaecol 1984;91:444-8.

๑๙. Phelan JP, Platt LD, Yeh SY, Broussard 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: 304-8.

๒๐. 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;157:353-8.

๒๑. Oz AU, Holub B, Mendilcioglu I, Mari G, Bahado-Singh RO. Renal artery Doppler investigation of the etiology of oligohydramnios in postterm pregnancy. Obstet Gynecol 2002;100:715-8.

๒๒. Chamberlain PF, Manning FA, Morrison I, Harman CR, Lange IR. Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume I. The relationship of marginal and decreased amniotic fluid volumes to perinatal outcome. Am J Obstet Gynecol 1984;150:245-9.

๒๓. Guidetti DA, Divon MY, Cavalieri RL, Langer O, Merkatz IR. Fetal umbilical artery flow velocimetry in postdate pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1987;157:1521-3.

๒๔. Stokes HJ Roberts RV, Newnham JP. Doppler flow velocity waveform analysis in postdate pregnancies. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1991;31:27-30.

๒๕. Shaw KJ, Medearis AL, Horenstein J, Walla CA, Paul RH. Selective labor induction in postterm patients. Observations and outcomes. J Reprod Med 1992;37:157-61.