

การคลอดติดไหล่

ประนอม บุพศิริ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Shoulder Dystocia

Pranom Buphasiri

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

การคลอดติดไหล่ เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่แพทย์ต้องให้ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดต่อมารดาและทารก เนื่องจากเป็นการยากที่จะทำนายว่าทารกคนใดจะเกิดการคลอดติดไหล่ จึงมีความจำเป็นที่แพทย์ผู้มีหน้าที่ช่วยคลอดต้องระลึกถึงภาวะการคลอดติดไหล่ไว้เสมอและมีการฝึกฝนการทำหัตถการต่างๆ เพื่อใช้ช่วยเหลือเมื่อเกิดการคลอดติดไหล่ขึ้น ในบทความนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดการคลอดติดไหล่ และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในทารก

Shoulder dystocia is a true emergency obstetric event. Appropriate management could reduce both maternal and fetal morbidity and mortality. To date, prediction of shoulder dystocia in advance is still a problem. Then, frequently practicing of various maneuvers to manage shoulder of dystocia is essential for obstetricians or emergency medical doctors. This paper reviews steps in management of shoulder dystocia and common complications.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2554; 26(1): 64-70 • Srinagarind Med J 2011; 26(1): 64-70

บทนำ

การคลอดติดไหล่ หมายถึง การที่แพทย์ไม่สามารถทำคลอดไหล่หน้าหรือไหล่หลัง หรือไหล่ทั้ง 2 ทั้งด้วยการดึงศีรษะทารกกลางตามปกติ หลังทำคลอดศีรษะทารกแล้ว และจำเป็นต้องใช้กระบวนการช่วยคลอดไหล่เพิ่มขึ้น^{1,2} เพื่อให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น มีการใช้เกณฑ์ระยะเวลาเป็นตัวตัดสินว่ามีการคลอดติดไหล่เกิดขึ้น คือ หากระยะเวลาระหว่างการคลอดศีรษะและลำตัว ใช้เวลา ≥ 60 วินาที และ/หรือ มีการใช้หัตถการทางสูติศาสตร์ต่างๆ ร่วมด้วย^{3,4}

การคลอดติดไหล่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่พบได้ทั่วโลก อุบัติการณ์ร้อยละ 0.2-3⁵ เป็นเหตุการณ์ที่สูติแพทย์หรือแพทย์ทุกคนไม่ชอบประสพกับเหตุการณ์นี้ เพราะมีผลทำอันตรายต่อทั้งมารดาและทารก อาจมีความพิการเกิดขึ้น โดยเฉพาะในยุคที่มีการฟ้องร้องแพทย์กันมากขึ้นดังปัจจุบัน การคลอดติดไหล่เป็นสิ่งที่ผู้ทำคลอดหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะ

บางครั้งไม่สามารถพยากรณ์ได้ล่วงหน้า แพทย์ต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีการฝึกซ้อมในการช่วยเหลือการคลอดเป็นประจำ เพื่อจะได้แก้ปัญหาเมื่อมีภาวะติดไหล่เกิดขึ้นได้ทันที

ปัจจัยเสี่ยง

มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดการคลอดติดไหล่ เพื่อให้แพทย์ผู้ทำคลอดได้ระมัดระวังที่จะเกิดภาวะนี้ได้แก่

1. ทารกตัวโต (Macrosomia) พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงมากที่สุด^{6,7} หมายถึงทารกยักษ์ตัวโต น้ำหนักมากยังมีโอกาสคลอดติดไหล่มากขึ้น บางเกณฑ์ที่ใช้น้ำหนักทารกมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์โต๊ส บางเกณฑ์ที่ใช้น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม บางเกณฑ์ใช้น้ำหนักมากกว่า 4,500 กรัม⁹⁻¹¹ ถือเป็นทารกตัวโต ซึ่งเป็นตัวเลขของประเทศตะวันตก ไม่มีตัวเลขโดยตรง

ของประเทศไทย แต่มีรายงานจากสิงคโปร์ น้ำหนักทารก > 3,600 กรัม ถือว่าเป็น macrosomia มีความเสี่ยงในการคลอดติดไหล่มากขึ้น¹²

2. สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetic mellitus; GDM) จะทำให้ทารกตัวโต มีความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่มากขึ้น¹⁴ ทารกกลุ่มนี้จะมีไหล่ที่กว้างกว่าปกติ มีสัดส่วนระหว่างศีรษะกับไหล่จะลดลง มีไขมันในร่างกายมากกว่าและหนักกว่าโดยเฉพาะบางที่บนเนื้อเยื่อที่ทารกที่ไม่ได้เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์¹⁵

3. การช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ หรือคีม (Operative vaginal delivery) การที่ต้องใช้เครื่องมือในการช่วยทำคลอดทางช่องคลอด เป็นการบ่งแสดงถึงว่าอาจมีความล่าช้าในการดำเนินการคลอดหรือมีความยากลำบากในการคลอดเองตามธรรมชาติ ซึ่งอาจเกิดจากแรงเบ่งของมารดาไม่เพียงพอ หรือมีการผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับช่องเชิงกราน ซึ่งก็จะสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่¹⁶

4. การคลอดระยะที่สองที่ยาวนาน (Prolonged second stage of labor) เป็นสัญญาณว่าอาจมีการผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับช่องเชิงกรานแต่ในระดับที่ไม่มากนักพอจะคลอดศีรษะได้แต่คลอดไหล่ไม่ได้¹⁷

สำหรับปัจจัยต่อไปนี้เป็นรายงานพบว่ามีความสัมพันธ์ แต่บางรายงานก็พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่^{18,19} ได้แก่

5. การคลอดที่รวดเร็วเกินไป (Precipitous labor) ไม่น่าเชื่อว่าการคลอดที่เร็วเกินไป ก็ทำให้เกิดการคลอดติดไหล่ได้ มีคำอธิบายว่าเกิดจากทารกยังไม่มีการหมุนไหล่ให้ไปอยู่ในแนวเอียง (oblique) ไหล่ยังคงอยู่ในท่า anteroposterior ที่ระดับ pelvic brim ทำให้เกิดการติดไหล่หลังคลอดศีรษะไปแล้ว²⁰

6. ประวัติการคลอดติดไหล่หรือทารกตัวโตในครรภ์ก่อน (History of shoulder dystocia or macrosomia) โอกาสที่จะเกิดการคลอดติดไหล่ซ้ำแตกต่างกันมากในแต่ละงานวิจัยร้อยละ 1.1 - 16.7^{6,21,22}

7. ประวัติอื่นที่เคยมีกล่าวว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ เช่น มารดาที่อ้วน อายุมารดามากขณะตั้งครรภ์ เด็กทารกเพศชาย หรือการตั้งครรภ์เกินกำหนด การเร่งคลอดด้วย oxytocin งานวิจัยระยะหลังๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่^{2,9,23}

เมื่อเกิดการคลอดติดไหล่ การดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งมารดาและทารก ข้อสังเกต

ที่คิดว่าการคลอดน่าจะมีปัญหาติดไหล่เกิดขึ้น สังเกตง่าย ๆ คือ ศีรษะเด็กที่คลอดออกมาจะอยู่ติดกับปากช่องคลอดมาก ดูคล้ายคอเต่าที่สั้นๆ (turtle sign) ขั้นตอนช่วยคลอดเมื่อศีรษะทารกคลอดแล้วไม่สามารถดึงให้ไหล่หน้าคลอดได้ตามปกติ ควรปฏิบัติดังนี้^{24,25}

1. อย่าตื่นเต้นตกใจมากเกินไป พยายามสงบสติอารมณ์เพราะการตื่นตกใจมากเกินไปจะทำให้ออกแรงดึงศีรษะทารกมากเกินไป ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นประสาทต่างๆ มากขึ้นได้ ให้รีบร้องขอความช่วยเหลือจากแพทย์ผู้มีส่วนประกอบและเรียกที่มงานเข้ามาช่วยกัน หากมีความพร้อมควรตามกุมารแพทย์และวิสัญญีแพทย์ด้วย

2. สอนปัสสาวะทิ้ง

3. ควรตัด episiotomy ให้กว้างมากขึ้น ฉีดยาชาให้เพียงพอ

4. ใช้ลูกยางแดงดูดเมือกในปากและจมูกทารก

5. ทำ McRoberts maneuver โดยให้ผู้ช่วย 2 คน ยกขามารดาทั้ง 2 ข้าง ออกจาก stirrup แล้วงอช่วงสะโพกขึ้นมาจนชิดหน้าท้อง หรือให้มารดาตั้งขาของตนเองขึ้นมาแนบกับหน้าอก ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่างเพื่อให้ไหล่หน้าคลอดโดย ซึ่งวิธีนี้จะไปทำให้กระดูก pubic symphysis เคลื่อนขึ้นมาด้านบนหลุดออกจากไหล่หน้าได้ วิธีนี้มักทำร่วมกับ suprapubic pressure (รูปที่ 1)

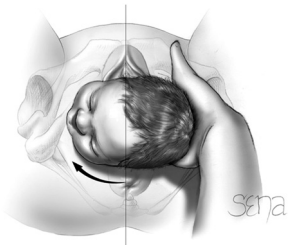


รูปที่ 1 การทำ McRobert maneuver ร่วมกับการกดเหนือหัวหน้า²⁵

6. ทำ suprapubic pressure ให้ผู้ช่วยใช้กำปั้นกดลงบริเวณเหนือหัวหน้าตรงๆ หรืออาจผลักไหล่หน้าให้ไหล่ adduct พริ้วๆ กับแพทย์ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่าง จะช่วยให้ไหล่หน้าหลุดออกมาได้แต่ห้ามให้ผู้ช่วยกดบริเวณ

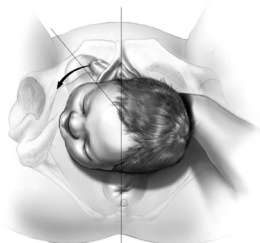
ยอดมดลูกเต็ดขาด (fundal pressure) เพราะจะทำให้ไหล่หน้ายื่นเข้าไปติดแน่นใต้ symphysis pubis มากขึ้นและอาจเกิดมดลูกแตกได้

7. หากทำหัตถการในข้อ 5,6 ไม่สำเร็จต่อไปพิจารณาทำ Wood's corkscrew maneuver โดยใช้มือผู้ทำคลอดใส่ไปด้านหลังของไหล่หลังทารก แล้วผลักไหล่หลังไปด้านหน้า 180 องศา แบบ corkscrew จะทำให้ไหล่หน้าที่ติดอยู่ถูกหมุนเปลี่ยนมาคลอดออกทางด้านหลังได้ (รูปที่ 2)



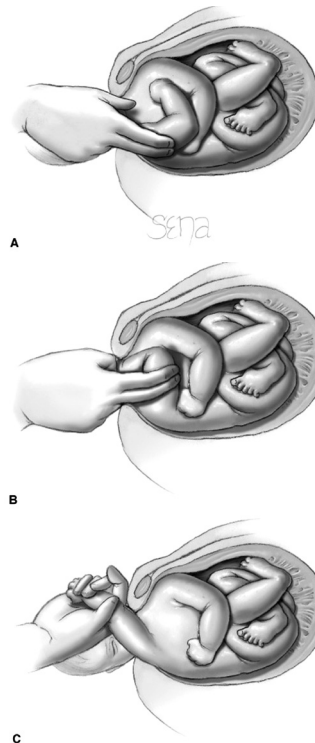
รูปที่ 2 การทำ Wood's corkscrew maneuver²⁵

8. ทำ Rubin maneuver (Reverse Woods) จะคล้ายๆ Woods' corkscrew แต่จะใช้มือกดด้านหลังของไหล่หน้าทารก มาด้านหน้า เพื่อให้ไหล่เกิดการ adduction และลด biacromial diameter และไหล่หน้าก็จะหลุดออกมา (รูปที่ 3)



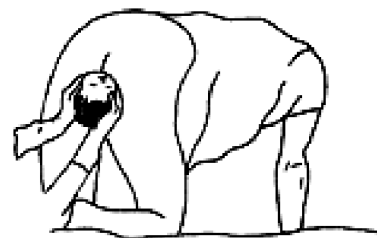
รูปที่ 3 การทำ Rubin maneuver²⁵

9. หากยังไม่สำเร็จหัตถการถัดไปคือ การทำคลอดแขนหลังก่อน (Delivery of posterior arm) ควรดมยาสลบในมารดา จากนั้นผู้ทำคลอดสวมถุงมือยาวสอดมือเข้าไปกดบริเวณข้อพับแขนของแขนหลัง แล้ววงข้อพับแล้วจับข้อมือของทารกดึงผ่านหน้าอกในแนวเฉียงให้ไหล่หลังหมุนและดึงแขนออกมาทางด้านข้างของหน้า เมื่อไหล่หลังคลอดไหล่หน้าก็จะคลอดตามมา (รูปที่ 4 A-C)



รูปที่ 4 ขั้นตอนการทำคลอด แขนหลัง²⁵

10. Gaskin maneuver หรือ All-fours position ในกรณีทำมาหลายวิธียังไม่สำเร็จ และผู้คลอดสามารถให้ความร่วมมือ จะจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่ามือ 2 ข้าง ยันพื้น และคุกเข่า 2 ข้าง ดังรูป ซึ่งวิธีนี้จะทำให้ไหล่หลังเคลื่อนต่ำลงมา ผู้ทำคลอดตั้งศีรษะของทารกกลางเพื่อทำคลอดไหล่หลังก่อน พร้อมกับให้มารดาเบ่ง (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 Gaskin maneuver²⁶

11. ถ้ายังไม่สำเร็จ ขั้นตอนต่อไปคือหักกระดูกไหปลาร้า (Fracture of clavicle) โดยใช้นิ้วกดกระดูก clavicle บริเวณ distal part โกลัหัวไหล่ เข้าไปหากกระดูก pubic rami ของมารดา เมื่อ clavicle หักเส้นผ่าศูนย์กลางของไหล่จะลดลง ทำให้คลอดไหล่ออกมาได้

12. วิธีอื่นๆ ที่มีกล่าวถึงแต่ค่อนข้างยากคือ Zavanelli maneuver โดยจับศีรษะทารกให้ก้มแล้วดันศีรษะทารกเข้าไปมดลูกคืนแล้วนำไปผ่าท้องคลอด ซึ่งทำได้ค่อนข้างยาก ส่วนการทำ hysterotomy โดยผ่าตัดทารกออกทางหน้าท้อง ทำการดึงลำตัวและศีรษะผ่านขึ้นมาในมดลูกอีกครั้ง การทำ symphysiotomy ซึ่งควรใช้เป็นวิธีสุดท้าย คือตัดแยกกระดูก pubic symphysis หัตถการเหล่านี้ค่อนข้างยากและใช้เวลานาน ทารกมักเสียชีวิต ก่อนที่จะทำสำเร็จ

มีความเห็นแตกต่างในการช่วยเหลือเมื่อเกิดการคลอดติดไหล่เพื่อลดโอกาสเกิด brachial plexus injuries ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในทารกกลุ่มนี้ คือ ควรช่วยคลอดโดยทำ fetal manipulation เช่น การทำ Woods' screw, Rubin or delivery of posterior arm มากกว่า maternal manipulation (suprapubic pressure or McRobert maneuver พร้อมกับการดันศีรษะลงอย่างแรง) นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำว่าการทำคลอดไหล่ในกรณีที่มีการคลอดติดไหล่ไม่ต้องรีบด่วนมาก ควรรอเวลาให้มดลูกหดตัวบ้าง อาจสามารถหมุนปรับให้ไหล่เอียงมากขึ้นและสามารถคลอดได้ง่ายขึ้น²⁷

ในกรณีที่มีสายสะดือพันรอบคอทารก (nuchal cord) ที่คลอดติดไหล่ มีคำแนะนำว่าห้ามตัดสายสะดือจนกว่าจะคลอดไหล่ได้สำเร็จ เพราะการกระทำเช่นนั้นจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลังจากคลอด มีรายงานว่าหากไม่ตัดสายสะดือก่อนคลอดตัวทารก ทารกจะสามารถทนต่อภาวะขาดออกซิเจนได้นาน 6-8 นาที โดยไม่พบความผิดปกติอย่างรุนแรง แต่หากตัดสายสะดือก่อนทารกคลอดจะทำให้ทารกขาดขาดออกซิเจนอย่างมากและเสียชีวิตได้ภายใน 4 นาที²⁸

การดูแลหลังคลอด

1. ด้านมารดา พึงระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการคลอดทารกตัวโต กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี ต้องให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก นอกจากนี้ยังมีการกระทำหัตถการต่างๆ หลายอย่าง ดังนั้นต้องมีการตรวจดูช่องทางคลอด ประเมินการฉีกขาดช่องทางคลอดว่ามีเล็กน้อยเพียงใด และเย็บซ่อมให้เรียบร้อย มีการให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ

2. ด้านทารก ต้องรีบประเมินภาวะขาดออกซิเจน และให้ความช่วยเหลือโดยด่วน ตรวจร่างกายโดยละเอียด มีรอยบาดเจ็บเล็กน้อยเพียงใด มีบาดเจ็บที่เส้นประสาทไหล่ (brachial plexus injuries) หรือไม่ (ทารกยกแขนไม่ขึ้น) กระดูกแขนหักหรือไม่

3. แพทย์ต้องอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความจำเป็นที่ต้องทำหัตถการต่างๆ เพื่อช่วยคลอดทารก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ทารก เช่น สมองขาดออกซิเจนเป็นเวลานาน มีการบาดเจ็บที่เส้นประสาทไหล่ และบอกแนวทาง

การดูแลแก้ไขต่อไป ควรปลอบโยน ประคับประคองทางด้านจิตใจ หากมารดาและญาติมีความไม่พึงพอใจ ควรปรึกษาแพทย์อาวุโส เพื่อให้เข้ามาช่วยเหลือ

การบันทึกเวชระเบียน²⁴

เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดติดไหล่มีทั้งที่เห็นชัดๆ ในระยะแรก เช่น ทารกมีกระดูกหัก การมี brachial plexus injury ทำให้ไม่สามารถยกไหล่หรือแขนได้ และผลระยะยาวจึงจะแสดงอาการ เช่น cerebral hypoxia แล้วเกิด cerebral palsy มีการพัฒนาการของทารกช้า จึงเป็นมูลเหตุทำให้มารดาหรือสตรีที่มาคลอดทำการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ การบันทึกเวชระเบียนที่ละเอียดรอบคอบชัดเจน จะเป็นสิ่งที่สามารถช่วยแพทย์ผู้ทำคลอดได้ โดยมีรายละเอียดในส่วนต่อไปนี้²⁴

1. การประเมินน้ำหนักทารกก่อนคลอด
2. การประเมินขนาดอุ้งเชิงกรานก่อนคลอด
3. ความก้าวหน้าของการคลอด
4. เวลาที่ศีรษะทารกคลอดและเวลาที่ทารกคลอดออกมาทั้งตัว
5. มีการตัดแผลฝีเย็บหรือไม่ แบบใด
6. ชนิดของยาสลบ
7. บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดตัวไหล่
8. ความแรงและระยะเวลาที่ใช้ดึง
9. ลำดับและเวลาของแต่ละวิธีที่ใช้คลอดติดไหล่
10. ระบุให้ชัดเจนว่าไหล่ทั้งที่ติดคือข้างใด
11. สภาวะและการบาดเจ็บของทารกหลังคลอด

ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดติดไหล่

ด้านมารดา

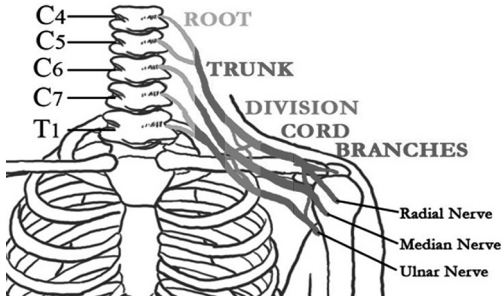
1. มดลูกแตก
2. มดลูกหดตัวไม่ดี ทำให้ตกเลือดหลังคลอด
3. ช่องทางคลอดฉีกขาด ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด

4. มีโอกาสติดเชื้อได้สูง

ด้านทารก

1. Brachial plexus injuries²⁹ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมาก กลไกการเกิดเนื่องจากมีการดึงหรือกดศีรษะทารกทางด้านข้างมากกว่าปกติ³⁰ ทำให้เส้นประสาท brachial plexus ถูกยืดจนบางครั้งอาจถึงขาดได้ รูปที่ 7-8 cervical nerve root ที่ 5-6 ถูกถายจนตายพบได้บ่อยที่สุด เรียกว่า Erb-Duchenne palsy^{29,30} รูปที่ 9-10 พบได้ร้อยละ 80 ของ brachial plexus injury ลักษณะที่พบคือ มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อไหล่ elbow flexors, forearm supinators แขนข้างนั้นจะห้อยลง และมี internal rotated, extended and prolated

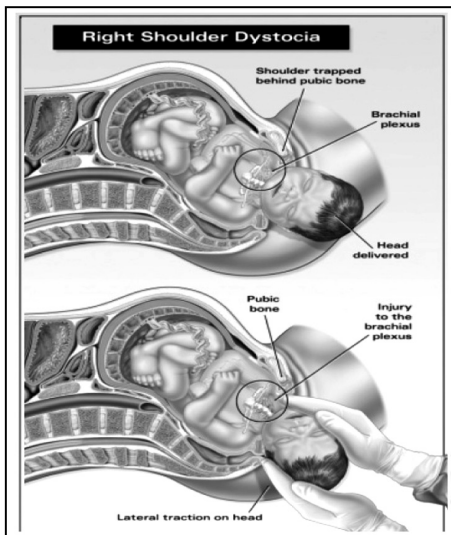
ทารกจะยกไหล่และแขนด้านนั้นไม่ได้ หากเส้นประสาทไม่ถึงกับขาด ส่วนใหญ่จะหายเองได้ภายใน 1 ปี หากเส้นประสาทถูกทำลายอย่างรุนแรง จะทำให้เส้นประสาทที่ไปเลี้ยง forearm, wrist และ finger extensors เสียหาย ทำให้แขนและมือเหมือนอยู่ในท่าแบมือขอเงินตลอดเวลา "waiter's tip"^{31,32}.



รูปที่ 7 Brachial plexus²⁹



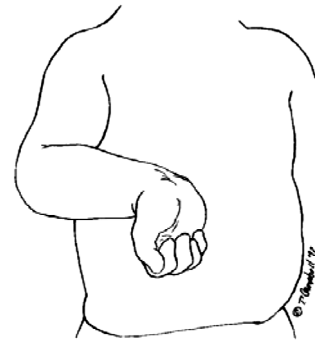
รูปที่ 10 ลักษณะของแขนของเด็กที่มี permanent C5-6 injury (Erb palsy)³²



รูปที่ 8 การพยายามดึงศีรษะลงอย่างมากเพื่อทำคลอดไหล่หน้า³⁰



รูปที่ 9 ลักษณะของแขนทารกแรกเกิดที่มี C5-6 injury (Erb palsy)³¹



รูปที่ 11 ลักษณะของแขนของเด็กที่มี C8-T1 injury (Klumpke's palsy)³³

หาก cervical nerve root ที่ 8 และ thoracic nerve ที่ T1 ถูกถ่วงอันตราย จะทำให้เกิด Klumpke's palsy รูปที่ 11 มีลักษณะอ่อนแรงของ triceps, forearm promoters และ wrist flexor ทำให้มืออยู่ในลักษณะ claw-like paralyzed แต่การทำงานของข้อศอกและไหล่ปกติ³³ ซึ่งจะมีเพียงร้อยละ 40 ที่อาการจะหายภายใน 1 ปี

2. Cerebral palsy เกิดจากมีภาวะ cerebral hypoxia นาน สมองขาดออกซิเจน ทำให้การทำงานของสมองเสียไป เป็นภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ทารกจะมีพัฒนาการทางสมองผิดปกติ กลายเป็นเด็กปัญญาอ่อน มีการหดตัวของกล้ามเนื้อบางส่วน อาจมีการชักบ่อยๆ จึงมีผลต่อสมอง

3. กระดูกหัก กระดูกไหปลาร้าหักกระดูกแขนหัก มักหายเองได้ไม่มีปัญหา รักษาเพียงแบบประคับประคอง

4. เสียชีวิตในกรณีที่ติดไหล่เวลานาน ช่วยไม่ทันเวลา ทารกเสียชีวิต

การเกิด brachial plexus injury สามารถเกิดขึ้นได้จาก อีกลหลายสาเหตุ^{13,34,35} เช่น

1. ตามหลังการผ่าท้องคลอดปกติ
2. ตามหลังคลอดปกติที่ใช้แรงดึงปกติ
3. แรงกดของ pubic symphysis ต่อบrachial plexus
4. Intrauterine mal-adaptation ไหล่ทารกไม่หมุนหรือไปติดหลัง sacral promontary
5. Abnormal intrauterine pressure จาก myoma uteri, uterine anomalies

อย่างไรก็ตามเมื่อเกิด brachial plexus injuries ทารกควรได้รับการดูแลจากแพทย์หลายสาขา ทั้งกุมารแพทย์ ประสาทแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

การป้องกันการเกิดภาวะคลอดติดไหล่

มีงานวิจัยมากมายที่พยายามจะหาวิธีทำนายการคลอดติดไหล่มาก่อนเกิดเหตุการณ์จริง เช่น การคาดคะเนน้ำหนักทารก หากเกิน 4,000 กรัม หรือ 4,500 กรัม ควรนำไปผ่าตัดคลอด การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทั้งแบบ 2 มิติ และ 3 มิติ เพื่อคำนวณน้ำหนัก มีสูตรคำนวณน้ำหนักมากมาย วิธีเหล่านี้มักมีความคาดเคลื่อนได้มากในกรณีที่ทารกมีน้ำหนักมากๆ สรุปว่ายังไม่มียุทธวิธีที่ดีที่สุดในปัจจุบัน²

การผ่าตัดคลอดในทารกตัวโตเพื่อป้องกันการคลอดติดไหล่บางงานวิจัยใช้เกณฑ์ 4,000 กรัม บางงานวิจัยใช้ 4,500 กรัม อย่างไรก็ตามเพื่อเปรียบเทียบผลดีผลเสียแล้ว ACOG คิดว่าจะมีประโยชน์ในกรณีที่น้ำหนักมากกว่า 5,000 กรัม² (ซึ่งเกณฑ์นี้อาจใช้ไม่ได้สำหรับสตรีไทย)

ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะสนับสนุนว่าการทำ prophylactic McRobert maneuver and suprapubic pressure จะดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำ หรือการจัดท่าให้มารดาอยู่ในท่า McRobert ตั้งแต่แรก จะดีกว่าจัดให้อยู่ในท่า dorso-lithotomy ในกลุ่มสตรีที่คลอดที่คิดว่าอาจเกิดการคลอดติดไหล่³⁶

กล่าวโดยสรุป ทารกตัวโต มีโอกาสคลอดติดไหล่มากขึ้นตามลำดับ แต่ทารกที่ตัวไม่โตเท่ากับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ก็มีโอกาสเกิดการคลอดติดไหล่ได้ และขณะนี้ก็ยังไม่มีวิธีการทำนายโอกาสการคลอดติดไหล่ได้แม่นยำที่สุด เป็นความจำเป็นของแพทย์ผู้ต้องทำการคลอดต้องเฝ้าระวังการคลอดติดไหล่ไว้เสมอ มีการฝึกซ้อมการทำหัตถการต่างๆ อยู่เรื่อยๆ เพื่อช่วยเหลือทารกได้ทันช่วงที่เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Pecorari D. A guest editorial from abroad: meditation on a nightmare of modern midwifery: shoulder dystocia. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54:353-4.

2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia. ACOG practice bulletin clinical management guideline for obstetrician-gynecologists. Number 40. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1045-50.
3. Beall MH, Spong C, Mckay J, Ross MC. Objective definition of shoulder dystocia: a prospective evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:934-7.
4. Spong CY, Beall M, Rodrigues D, Ross MG. An objective definition of shoulder dystocia: prolonged head to body delivery interval and / or the use of ancillary obstetric maneuvers. *Obstet Gynecol* 1995; 86:433-6.
5. Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Learner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:657-72.
6. Mansor A, Arumugon K, Omar SZ. Macrosomia is the only reliable predictor of shoulder dystocia in babies weighting 3.5 kg or more. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 149:44-6.
7. Gupta M, Hockley C, Quigley MA, Yeh P, Impey L. Antenatal and intrapartum prediction of shoulder dystocia. *Eur J obstet Gynecol Reprod BioL* 2010; 151:134-9.
8. Weeks JW, Pitman T, Spinnato II. Fetal macrosomia : does antenatal prediction affect delivery route and birth outcome? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1215-9.
9. Nassar AH, Usta IM, Khalil AM. Fetal macrosomia (≥ 4500 g) : perinatal outcome of 231 cases according to mode of delivery. *J Perinatol* 2003; 23:136-41.
10. Gonen R, Bader D, Ajami M. Effects of a policy of elective cesarean delivery in cases of suspected fetal macrosomia on the incidence of brachial plexus injury and the rate of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1296-300.
11. Mahony R, Walsh C, Foley ME, Daly L, O'Herlihy C. Outcome of second delivery after prior macrosomia infant in women with normal glucose tolerance. *Obstet Gynecol* 2006; 107:857-62.
12. Yeo GS, Lim YW, Yeong CT, Tan TC. An analysis of risk factors for the prediction of shoulder dystocia in 16,471 consecutive births. *Ann Acad Med Singapore* 1995; 24:836-40.
13. Gottlieb AG, Galan HL. Shoulder dystocia: an update. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2007;34:501-31.
14. Dildy GA, Clark SL. Shoulder dystocia: risk identification. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43:265-82.

15. McFarland MB, Tryloich CG, Langer O. Anthropometric differences in macrosomic infants of diabetic and non-diabetic mothers. *J Matern Fetal Med* 1998; 7:292-5.
16. Caughey AB, Sandberg PL, Zlatnik MG, Thiet MP, Parer JT, Laros RK Jr. Forceps compared with vacuum: rates of neonatal and maternal morbidity. *Obstet Gynecol* 2005; 106:908-12.
17. Mehta SH, Bujold E, Blackwell SC, Sorokin Y, Sokol RJ. Is abnormal labor associated with shoulder dystocia in nulliparous women? *Am J Obstet Gynecol* 2004; 10:1604-9.
18. McFarland M, Hod M, Piper JM, Xenakis EM, Langer O. Are labor abnormalities more common in shoulder dystocia? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1211-4.
19. Lurie S, Levy R, Ber-Arie A, Hagay Z. Shoulder dystocia: could it be deduced from the labor partogram? *Am J Perinatol* 1995; 12:61-2.
20. Gherman RB. Shoulder dystocia: prevention and management. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005; 32:297-305.
21. Bingham J, Chauhan SP, Hayes E, Gherman R, Lewis D. Recurrent shoulder dystocia: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2010; 65:183-8.
22. Ginsberg NA, Moisisidis C. How to predict recurrent shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1427-30.
23. Robinson H, Tkatch S, Mayes DC, Bott N, Okun N. Is maternal obesity a predictor of shoulder dystocia? *Obstet Gynecol* 2003; 101:24-7.
24. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การคลอดผิดปกติ. RCOG guideline shoulder dystocia. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์. ฉบับที่ 8 สิงหาคม 2553.
25. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams Obstetrics*, 23rd ed. The McGraw-Hill : New York. 2010
26. Available from : <http://musing-mommy.blogspot.com/2010/12/what-you-should-know-about-shoulder.html> [Cited March 30, 2011]
27. Guerwitsch ED. Optimizing Shoulder dystocia to prevent birth injury. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50:592-606.
28. Flamm BL. Tight nuchal cord and shoulder dystocia: a potential catastrophic combination. *Obstet Gynecol* 1999; 94:853.
29. Available from : http://www.hss.edu/conditions_brachial-plexus-injuries-treatment-advances.asp
30. Available from : <http://www.njatty.com/examples/Shoulder-DystociaErbsPalsyKlumpkesPalsy.htm> [Cited March 30, 2011]
31. Available from : http://www.glowm.com/?p=glowm.cml/section_view&articleid=198 [Cited March 30, 2011]
32. Available from : <http://www.minfirm.com/nj-pa-medical-malpractice-attorneys-birth-injury-new-jersey.html> [Cited March 30, 2011]
33. Available from : <http://pediatric-orthopedics.org/orthopedic-conditions-from-birth-to-walking/24-birth-palsies-brachial-plexus-injuries.html> [Cited March 30, 2011]
34. Benjamin K Part I. Injuries to brachial plexus: mechanisms of injury and identification of risk factors. *Adv Neonatal Care* 2005; 5:181-9.
35. Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. Are all brachial plexus injuries caused by shoulder dystocia? *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64:615-23.
36. Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. Is it possible to reduce obstetrical brachial plexus palsy by optimal management of shoulder dystocia? *Inn. N.Y Acad Sci* 2010; 1205:135-43.
37. Athukorala C, Middleton P, Crowther CA. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD005543. DOI: 10.1002/14651858.CD005543.pub2.

