

การคลอดติดไหล่

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การคลอดติดไหล่

RTCOG Clinical Practice Guideline

Shoulder Dystocia



แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง

การคลอดติดไหล่

จัดทำโดย

คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ

พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕

วันที่อนุมัติต้นฉบับ

๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

ผู้อนุมัติต้นฉบับ

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕

ประกาศใช้โดย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย วันที่ ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

ปรับปรุงแก้ไข

ครั้งที่ วันที่

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับ แพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษา ที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐาน ทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษา ผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้ง ความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้มิได้ ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

ความเป็นมาของปัญหา

การคลอดติดไหล่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย ประมาณร้อยละ ๐.๖-๑.๔ ของการคลอดทางช่องคลอด^{๑-๓} อุบัติการณ์ ของการคลอดติดไหล่มีความแตกต่างกันมากในแต่ละรายงานอยู่ในช่วง ร้อยละ ๐.๑๙-๑๖^๔ ขึ้นกับคำจำกัดความและการวินิจฉัย

เมื่อเกิดการคลอดติดไหล่ จะต้องมีการช่วยคลอดอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกที่เกิดจากการขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจากการคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บที่เส้นประสาท บริเวณไหล่ (brachial plexus injury)

เพื่อให้การดูแลรักษาเมื่อเกิดการคลอดติดไหล่มีแนวทางเดียวกัน ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยโดยคณะอนุกรรมการมาตรฐาน วิชาชีพ จึงได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติเรื่องนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ที่ทำงานด้านสูติกรรมได้ใช้อ้างอิงในการปฏิบัติงาน

การครอบคลุม

แนวทางการปฏิบัติงานชุดนี้ครอบคลุมแพทย์ที่ทำงานด้านสูติกรรม

การวินิจฉัยการคลอดติดไหล่

การวินิจฉัยว่าเป็นการคลอดติดไหล่ เมื่อศีรษะทารกคลอดแล้วไม่สามารถดึงให้ไหล่หน้าคลอดได้ในการทำคลอดไหล่ด้วยการดึงศีรษะทารกลงล่างตามปกติและจำเป็นต้องใช้กระบวนการช่วยคลอดไหล่เพิ่มขึ้น^๕

การกำนายการคลอดติดไหล่

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก่อนคลอดและขณะเจ็บครรภ์คลอดไม่สามารถทำนายการคลอดติดไหล่ได้^{๖,๖,๗}

การป้องกันการคลอดติดไหล่

การกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอดหรือผ่าท้องทำคลอดที่คาดว่าทารกจะตัวโต (suspected fetal macrosomia) ไม่ช่วยลดอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนของการคลอดติดไหล่ได้ในกรณีที่มารดาไม่ได้เป็นเบาหวาน^{๘-๑๑}

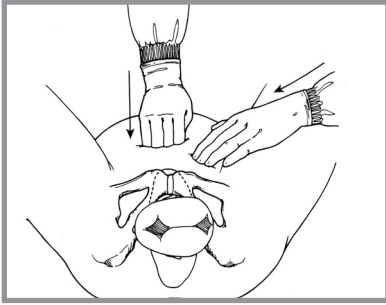
ให้พิจารณาผ่าท้องทำคลอดในกรณีที่มารดาเป็นเบาหวานและคาดว่าน้ำหนักทารกมากกว่า ๔,๕๐๐ กรัม^{๕,๑๒}

เมื่อเกิดการคลอดติดไหล่ขึ้น การดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งมารดาและทารก

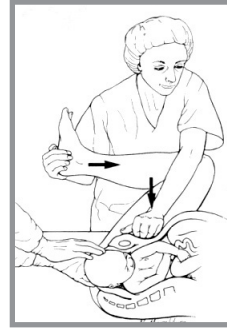
แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยคลอดตกไหล่

เมื่อศีรษะทารกคลอดแล้วไม่สามารถดึงให้ไหล่หน้าคลอดได้ตามปกติ ควรปฏิบัติดังนี้

๑. ขอความช่วยเหลือ โดยตามแพทย์หรือผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่ามาช่วย ในสถานที่ที่มีความพร้อมควรตามกุมารแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือแก้ไขสภาพทารกหลังคลอดและวิสัญญีแพทย์ในกรณีที่ต้องใช้ยาสลบ
๒. สอนปัสสาวะ
๓. ควรตัด episiotomy ให้กว้างมากขึ้น ฉีดยาชาให้เพียงพอ
๔. ใช้ลูกยางแดงดูดมูกในจมูกและปากทารกให้หมด
๕. ลองดึงศีรษะทารกลงล่างอีกครั้งพร้อม ๆ กับให้มารดาเบ่ง **ห้ามให้ผู้ช่วยดันยอดมดลูกอย่างเด็ดขาด** เพราะจะทำให้ไหล่หน้ายิ่งเข้าไปติดมากขึ้นและอาจเกิดมดลูกแตกได้
๖. ทำการช่วยคลอดติดไหล่ ควรเริ่มจากวิธีที่ทำได้ง่ายไปหายาก ดังนี้
 - ๖.๑ **Suprapubic pressure** ให้ผู้ช่วยกดบริเวณเหนือหัวหน่าวลงตรง ๆ พร้อมกับผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่าง หรืออาจกดจากทางด้านข้างโดยผลักไหล่ไปทางหน้าทารก เพื่อให้ไหล่เกิด adduction ก็ได้ ดังรูปที่ ๑^{๑๑}
 - ๖.๒ **McRoberts maneuver** ให้ผู้ช่วย ๒ คน ยกขามารดาออกจาก stirrups ทั้ง ๒ ข้าง แล้วงอข้อสะโพกขึ้นมาจนต้นขาอยู่ชิดกับหน้าท้อง ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่าง เพื่อให้ไหล่คลอด วิธีนี้มักจะทำร่วมกับ suprapubic pressure ดังรูปที่ ๒^{๑๔}



รูปที่ ๑ Suprapubic pressure แสดง
 ก. การกดลงตรง ๆ และ
 ข. การกดจากด้านข้าง^{๑๓}



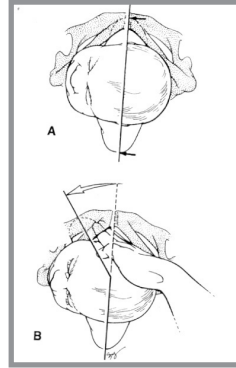
รูปที่ ๒ Suprapubic pressure ร่วมกับ
 McRobert maneuver^{๑๔}

๖.๓ **Wood corkscrew maneuver** ใช้มือใส่ไปทางด้านหลังของไหล่หลังทารก แล้วหมุนไหล่ไป ๑๘๐ องศา แบบ corkscrew จะทำให้ไหล่หน้าที่ติดอยู่ถูกหมุนมาคลอดออกทางด้านหลังได้ ดังรูปที่ ๓^{๑๔}

๖.๔ **Rubin maneuver** มี ๒ วิธี วิธีที่ ๑ ให้กดทางด้านหลังของไหล่หน้าของทารกผ่านทางหน้าท้องมารดาจากทางด้านข้าง เพื่อทำให้เกิด adduction ของไหล่ดังรูปที่ ๑ และลด bisacromial diameter ถ้าไหล่ยังไม่หลุดให้ใช้วิธีที่ ๒ คือสอดมือเข้าไปในช่องคลอด คลำไปทางด้านหลังของไหล่หน้าแล้วดันให้เกิด adduction ของไหล่ไปทางด้านอกจะทำให้ bisacromial diameter ลดลงเช่นกันและไหล่หน้าก็จะหลุดออกมา ดังรูปที่ ๔^{๑๔}



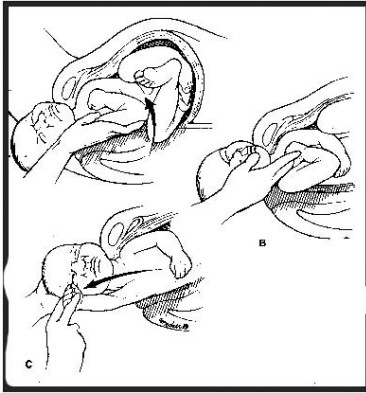
รูปที่ ๓ Wood corkscrew maneuver^{๑๔}



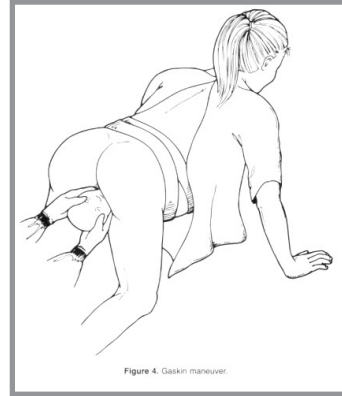
รูปที่ ๔ Rubin maneuver^{๑๕}

๖.๕ **Delivery of posterior shoulder** วิธีนี้ควรจะให้การดมยาสลบในมารดาและใช้ยากลายมดลูก (tocolytic drugs) ร่วมด้วยเพื่อให้มดลูกคลายตัว ผู้ทำคลอดสวมถุงมือยาวแบบถุงมือล้างรูก สอดมือเข้าไปในมดลูก คลำไปหาไหล่หลัง กระดุกดันแขนจนถึงข้อศอก กดบริเวณข้อพับ เพื่อให้ข้อศอกงอเต็มที่ แล้วจับข้อมือของทารก ดึงผ่านหน้าอกในแนวเฉียงให้ไหล่หลังหมุนและดึงแขนออกมาทางด้านข้างของหน้า เมื่อไหล่หลังและแขนคลอด ไหล่หน้าก็จะคลอดตามมา ดังรูปที่ ๕^{๑๔}

๖.๖ **All-fours position or Gaskin maneuver**^{๑๕} กรณีที่ผู้คลอดสามารถให้ความร่วมมือได้ อาจเลือกใช้วิธีนี้ให้มารดาอยู่ในท่าคุกเข้าทั้ง ๒ ข้าง มือทั้ง ๒ ข้าง ยันพื้นไว้ ดังรูปที่ ๖^{๑๕} จะทำให้ไหล่หลังเคลื่อนต่ำลงมาผ่าน promontory ของ sacrum ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่าง เพื่อทำคลอดไหล่หลังก่อน พร้อม ๆ กับให้มารดาช่วยเบ่ง นอกจากนี้ทำนี่ยังช่วยให้ทำ Wood's corkscrew maneuver และ delivery of posterior shoulder ได้ด้วย



รูปที่ ๕ Delivery of posterior shoulder^{๑๔}



รูปที่ ๖ All-fours position or Gaskin maneuver^{๑๓}

๖.๗ Fracture of clavicle ทำให้กระดูก clavicle หัก โดยใช้นิ้วกดกระดูก clavicle บริเวณ distal part ใกล้หัวไหล่เข้าไปหากระดูก pubic rami ของมารดา เมื่อ clavicle หัก เส้นผ่าศูนย์กลางของไหล่จะเล็กลง ไหล่ที่ติดอยู่จะหลุดออกมาได้ กระดูกที่หักจะหายได้เองอย่างรวดเร็วโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ที่รุนแรง

อนึ่งแพทย์สามารถเลือกใช้วิธีการช่วยคลอดตามความชำนาญ โดยไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นก็ได้

พิจารณาให้การดมยาสลบ กรณีที่ต้องทำหัตถการช่วยคลอดอย่างยาก มารดาเจ็บมากหรือไม่ให้ความร่วมมือ

การดูแลหลังคลอด

เมื่อช่วยคลอดทารกติดไหล่และให้การช่วยกู้ชีพแล้ว ต้องตรวจร่างกายทารกอย่างละเอียดเพื่อประเมินอันตรายจากการคลอด เช่น กระดูก clavicle หัก กระดูกแขนหัก การบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury) หรือ อันตรายต่อระบบประสาทและสมองอื่น ๆ ส่วนในมารดาต้องสำรวจช่องทางคลอด ระวังการฉีกขาดของช่องคลอด มดลูกแตก มดลูกไม่หดตัว ตกเลือดหลังคลอดและติดเชื้อ

แพทย์ควรอธิบายเรื่องที่เกิดขึ้น การรักษาต่างๆ ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นควรบอกแนวทางแก้ไขและพยากรณ์โรคของทารกให้แก่มารดาและญาติ ควรสังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของมารดาและญาติ ให้คำแนะนำ ปลอดภัย ช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจ

ถ้ามารดาและญาติมีความไม่พึงพอใจเกิดขึ้น ควรปรึกษาแพทย์อาวุโสที่มีประสบการณ์มากกว่าหรือทีมของโรงพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือ

การบันทึกเวชระเบียน

การบันทึกเวชระเบียนเมื่อเกิดภาวะติดไหล่มีความสำคัญมาก เพราะอาจจะเกิดการฟ้องร้องตามมา โดยเฉพาะรายที่เกิดอันตรายต่อทารกชั้นรุนแรง หัวข้อที่ควรบันทึกมีดังนี้^{๑๖}

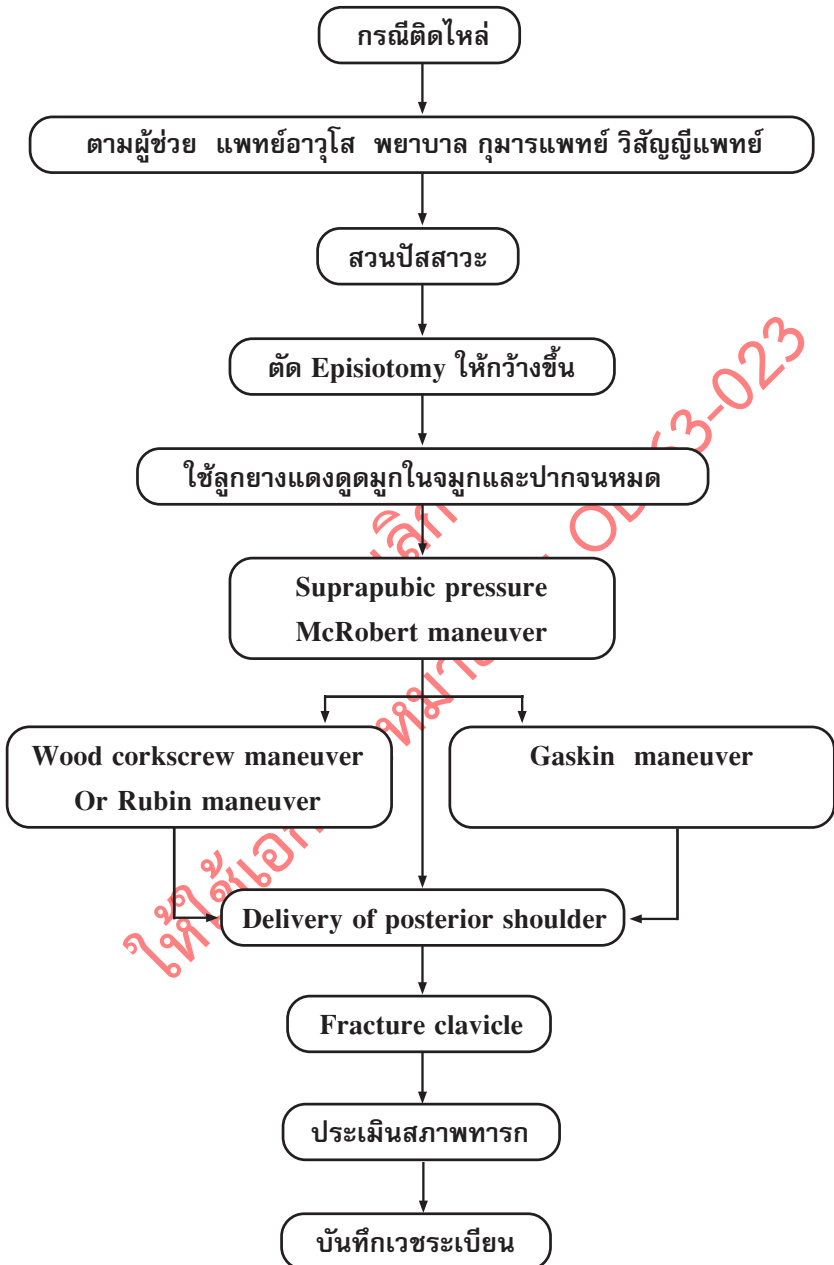
- การประเมินน้ำหนักทารก
- การประเมินอุ้งเชิงกรานก่อนกระตุ้นให้คลอดหรือ augmentation
- ความก้าวหน้าของการคลอดทั้งระยะ active และระยะที่ ๒
- ท่าทารกและการหมุนของศีรษะทารกในระยะที่ ๒
- เวลาที่ศีรษะทารกคลอดและเวลาที่ทารกคลอดออกมาทั้งตัว
- มีการตัดแผลฝีเย็บหรือไม่ แบบใด
- ชนิดของยาชาหรือยาสลบ
- การดูดมูกในปากและจมูก

- บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดติดไหล่
- ความแรงและระยะเวลาที่ใช้ดึง
- ลำดับและเวลาของแต่ละวิธีที่ใช้ช่วยคลอดติดไหล่
- **ควรบันทึกว่าไม่ได้ทำ fundal pressure หลังคลอดศีรษะทารกแล้ว**
- ระบุให้ชัดเจนว่าไหล่ที่ติดคือข้างใด
- สภาพและการบาดเจ็บของทารกหลังคลอด

สรุป

การช่วยคลอดติดไหล่ เป็นเหตุการณ์ที่แพทย์ทุกคน ควรจะฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญและสามารถช่วยคลอดทารกได้อย่างถูกต้อง ควรมีการฝึกซ้อมแพทย์ พยาบาลและผู้ช่วยทุกคนในห้องคลอดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความคล่องแคล่ว สามารถทำงานเป็นที่มิดได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์เพราะความรวดเร็วและถูกต้องของการรักษามีความสำคัญต่อพยากรณ์โรคของทั้งมารดาและทารก

สรุปขั้นตอนการช่วยคลอด



ตัวอย่างการบันทึกรายงานเหตุการณ์การคลอดติดไหล่

วันที่.....

ชื่อผู้คลอด.....HN.....

๑. การคลอดศีรษะทารก

[] คลอดเอง [] ใช้เครื่องดึงสุญญากาศ [] ใช้คีม

๒. ข้อบ่งชี้ของการใช้สูติศาสตร์หัตถการ

๓. แพทย์หรือผู้มีประสบการณ์ [] ตาม [] ไม่ตาม

๔. กุมารแพทย์ [] ตาม [] ไม่ตาม

๕. วิทยาลัยแพทย์ [] ตาม [] ไม่ตาม

๖. Episiotomy [] median [] mediolateral [] ไม่ทำ

๗. การให้ยาระงับปวด [] ยาชาเฉพาะที่ [] pudendal nerve block

[] ยาสลบ

๘. วิธีการช่วยคลอดไหล่

	ทำ	ลำดับที่	ทำโดย
๘.๑ Suprapubic pressure []	[]
๘.๒ McRobert maneuver []	[]
๘.๓ Wood corkscrew maneuver []	[]
๘.๔ Ruben maneuver []	[]
๘.๕ Gaskin maneuver []	[]
๘.๖ Delivery of posterior shoulder []	[]
๘.๗ Fracture clavicle []	[]
๘.๘ อื่นๆ ระบุ	[]	[]

๙. คลอดศีรษะ เวลาน. คลอดลำตัวเวลา น.

๑๐. ไหล่ข้างที่ติด คือ ข้าง

๑๑. น้ำหนักทารก.....กรัม

๑๒. Apgar score ที่ ๑ นาที = ๕ นาที = ๑๐ นาที =

๑๓. ภาวะแทรกซ้อนในทารก [] ไม่มี [] มี ระบุ.....

บันทึกโดย.....

เอกสารอ้างอิง

๑. Baskett TF, Allen AC. Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1995;86:14-7.
๒. McFarland M, Hod M, Piper JM, Xenakin EMJ, Langer O. Are labor abnormalities more common in shoulder dystocia?. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1221-4.
๓. Nocon JJ, McKenzie DK, Thomas LJ, Hansell RS. Shoulder dystocia : an analysis of risks and obstetric maneuvers. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1732-7.
๔. Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:657-72.
๕. American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia. ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 40, November 2002. *Obstet Gynecol* 2002;100:1045-50.
๖. Gross TL, Sokol RJ, Williams T, Thompson K. Shoulder dystocia: a fetal-physician risk. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:1408-18.
๗. Bahar AM. Risk factors and fetal outcome in cases of shoulder dystocia compared with normal deliveries of a similar birthweight. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:868-72.
๘. Sanchez-Ramos L, Bernstein S, Kaunitz AM. Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2002;100:997-1002.
๙. Irion O, Bouvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Review*. The Cochrane Library, Issue 2, 2002.
๑๐. Gonen O, Rosen DJ, Dolfen Z, Tepper R, Markov S, Fejgin MD. Induction of labor versus expectant management in macrosomia: a randomized study. *Obstet Gynecol* 1997;89:913-7.

๑๑. 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.
๑๒. Rouse DJ, Owen J. Prophylactic caesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by means of ultrasonography-A Faustian bargain? *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:332-8.
๑๓. Bennett BB. Shoulder dystocia: an obstetric emergency. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999;26:445-58.
๑๔. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 21st ed. New York: McGraw-Hill, 2001:462-4.
๑๕. Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, et al. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med* 1998;43:439-43.
๑๖. Acker DB. A shoulder dystocia intervention form. *Obstet Gynecol* 1991;78:150-1.



ยกเลิก
ให้ใช้เอกสารหมายเลข 003-023