

แนวทางเวชปฏิบัติ
ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การคลอดไหล่ยาก
(ฉบับสรุปคำแนะนำ)

RTCOCG Clinical Practice Guideline Summary
Shoulder Dystocia



เอกสารหมายเลข OB 63-023 (ใช้แทนเอกสารหมายเลข OB 004)
จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564
วันที่อนุมัติต้นฉบับ 17 กรกฎาคม 2563

การคลอดไหล่ยากเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 0.6-1.4 ของการคลอดทางช่องคลอด⁽¹⁻³⁾ อุบัติการณ์ของการคลอดไหล่ยากมีความแตกต่างกันมากในแต่ละรายงานอยู่ในช่วงร้อยละ 0.19-16⁽⁴⁾ ขึ้นกับคำจำกัดความและการวินิจฉัย

เมื่อเกิดการคลอดไหล่ยาก จะต้องมีการช่วยคลอดอย่างรวดเร็วและถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกที่เกิดจากการขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจากการคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury)

วัตถุประสงค์ของแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาการคลอดไหล่ยากได้

คำถามทางคลินิก

1. การคลอดไหล่ยากสามารถทำนายได้ล่วงหน้าหรือไม่
2. โอกาสเกิดคลอดไหล่ยากซ้ำในการคลอดครั้งถัดไปเป็นอย่างไร
3. การกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอดกรณีสงสัยทารกตัวโต จะมีประโยชน์ในการป้องกันการคลอดไหล่ยากหรือไม่

4. การผ่าท้องทำคลอดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการคลอดไหล่ยาก กรณีสงสัยทารกตัวโตมีประโยชน์หรือไม่
5. การรักษาเมื่อเกิดคลอดไหล่ยากอย่างไรบ้าง
6. เมื่อเกิดการคลอดไหล่ยาก จะต้องบันทึกเวชระเบียนอย่างไร
7. การฝึกอบรมในสถานการณ์จำลอง กรณีคลอดไหล่ยากมีบทบาทอย่างไร

สรุปคำแนะนำ

1. แม้ว่าจะมีรายงานปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ แต่พบว่าไม่สามารถทำนายการคลอดไหล่ยากได้อย่างแม่นยำและไม่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นผู้ทำคลอดควรตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้และเตรียมพร้อมสำหรับช่วยคลอดไหล่ยากในการทำคลอดทุกราย
2. โอกาสเกิดคลอดไหล่ยากซ้ำในการคลอดครั้งถัดไปพบร้อยละ 12-17⁽⁵⁻⁷⁾ จึงควรให้คำแนะนำตั้งแต่ฝากครรภ์โดยทบทวนประวัติการคลอดครั้งที่เกิดปัญหา น้ำหนักทารก ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การตรวจคัดกรองและรักษาภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือก่อนตั้งครรภ์ จะช่วยลดทารกตัวโต การประเมินน้ำหนักทารกก่อนคลอด จะมีประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกวิธีคลอด ควรแจ้งความเสี่ยงและประโยชน์ของการผ่าท้องทำคลอดให้สตรีตั้งครรภ์ทราบก่อนตัดสินใจ
3. ไม่แนะนำกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอดในรายที่สงสัยทารกตัวโต ถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 39 สัปดาห์⁽⁸⁾
4. แนะนำให้พิจารณาผ่าท้องทำคลอดในกรณีที่มีมารดาเป็นเบาหวานและคาดว่าน้ำหนักทารกมากกว่า 4,500 กรัม^(9,10) สำหรับประเทศไทย การพิจารณาผ่าท้องทำคลอดเพื่อป้องกันการคลอดไหล่ยากให้พิจารณาเป็นราย ๆ โดยเฉพาะรายที่สงสัยทารกตัวใหญ่ มารดาอ้วนเชิงกรานแคบหรือมีโรคเบาหวานร่วมด้วย
5. เมื่อเกิดการคลอดไหล่ยาก แนะนำให้ใช้ McRoberts maneuver และ suprapubic pressure เป็นวิธีแรก⁽⁹⁾ เพราะทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพดี ถ้าไม่สำเร็จ ให้ใช้วิธีอื่น ๆ เช่น rotation maneuver, delivery of posterior arm, All-fours maneuver
6. การบันทึกเวชระเบียนมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะลำดับของวิธีการช่วยคลอดไหล่ ระยะเวลาและ ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติหลังเกิดเหตุการณ์
7. แนะนำให้มีการฝึกซ้อมกรณีช่วยคลอดไหล่ยากในสถานการณ์จำลอง จะช่วยให้การสื่อสารในทีมและการช่วยคลอดไหล่ทำได้ถูกต้อง ตามขั้นตอนและรวดเร็ว รวมทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของทั้งมารดาและทารก

สรุป

การช่วยคลอดไหล่ยาก เป็นเหตุการณ์ที่แพทย์ทุกคน ควรจะฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญและสามารถช่วยคลอดทารกได้อย่างถูกต้อง ควรมีการฝึกซ้อมแพทย์ พยาบาลและผู้ช่วยทุกคนในห้องคลอดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความคล่องแคล่ว สามารถทำงานเป็นทีมได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Baskett TF, Allen AC. Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1995;86:14-7.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Smith RB, Lane C, Pearson JF. Shoulder dystocia: what happens at the next delivery? *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:713-5.
6. Lewis DF, Raymond RC, Perkins MB, Brooks GG, Heymann AR. Recurrence rate of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1369-71.
7. Ginsberg N, Moisisdis C. How to predict recurrent shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1427-30.
8. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135:e18-e35.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia. ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 178, May 2017. *Obstet Gynecol* 2017;129:e123-33.
10. 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.

