

แนวทางเวชปฏิบัติ
ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
เรื่อง การคลอดไหล่ยาก
RTCOG Clinical Practice Guideline
Shoulder Dystocia



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

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัติไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกรูปแบบปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้มิได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

ความเป็นมาของปัญหา

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

เมื่อเกิดการคลอดไหล่ยาก จะต้องมีกรช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกที่เกิดจากการขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจากการคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ที่ทำงานด้านสูติกรรมได้ใช้อ้างอิงในการปฏิบัติงาน

การครอบคลุม

แนวทางการปฏิบัติงานชุดนี้ ครอบคลุมแพทย์ที่ทำงานด้านสูติกรรม

การวินิจฉัยการคลอดไหล่ยาก

การวินิจฉัยว่าเป็นการคลอดไหล่ยาก เมื่อศีรษะทารกคลอดแล้วไม่สามารถดึงให้ไหล่หน้าคลอดได้ในการทำคลอดไหล่ด้วยการดึงศีรษะทารกกลงตามปกติและจำเป็นต้องใช้กระบวนการช่วยเหลือไหล่เพิ่มขึ้น⁽⁵⁾

การกำนยการคลอดไหล่ยาก

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ก่อนคลอดและขณะเจ็บครรภ์คลอดไม่สามารถทำนายการคลอดไหล่ยากได้^(1,6,7)

การป้องกันการคลอดไหล่ยาก

จากรายงานแบบ meta-analysis ในปี ค.ศ. 2016⁽⁸⁾ ศึกษาสตรีตั้งครรภ์ 1,190 คน ช่วงอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ที่สงสัยว่าทารกจะตัวใหญ่ คือ คะเนน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (suspected fetal macrosomia) ทั้งกลุ่มที่เป็นเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน เปรียบเทียบกับการดูแลแบบอนุรักษ์ พบว่าการกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอดลดความเสี่ยงของการคลอดไหล่ยากลง (RR 0.60, 95% CI; 0.37-0.98) และลดการเกิดกระดูกหัก (RR 0.20, 95% CI; 0.05-0.79) แต่ความเสี่ยงของการผ่าท้องทำคลอด (RR 0.91, 95% CI; 0.76-1.09) การใช้เครื่องมือช่วยคลอด (RR 0.86, 95% CI; 0.65-1.13) และการเกิด brachial plexus injury (RR 0.21, 95% CI; 0.01-4.28) ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการกระตุ้นให้คลอดน่าจะมีประโยชน์เพื่อลดความเสี่ยงของการคลอดไหล่ยากลง กรณีที่สงสัยทารกตัวใหญ่

อย่างไรก็ตาม American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ไม่แนะนำ การกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอดในรายที่สงสัยทารกตัวใหญ่ ถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 39 สัปดาห์⁽⁹⁾

ACOG แนะนำให้พิจารณาผ่าท้องทำคลอดในกรณีที่มีมารดาเป็นเบาหวานและคาดว่าน้ำหนักทารก มากกว่า 4,500 กรัม^(5,10)

สำหรับในประเทศไทย ไม่มีการศึกษาเรื่อง การป้องกันการคลอดไหล่ยากว่าควรผ่าท้องทำคลอด ในเกณฑ์น้ำหนักทารกเท่าใด แนะนำให้แพทย์พิจารณาเป็นราย ๆ โดยเฉพาะรายที่สงสัยทารกตัวใหญ่ มารดาอ้วนเชิงกรานแคบหรือมีโรคเบาหวานร่วมด้วย

ส่วนการกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอดในรายที่สงสัยทารกตัวใหญ่ ไม่แนะนำให้ทำในรายที่อายุ ครรภ์น้อยกว่า 39 สัปดาห์

อย่างไรก็ตามการป้องกันการคลอดไหล่ยากไม่สามารถทำได้ทุกราย เนื่องจากการทำนายการ เกิดการคลอดไหล่ยากไม่แม่นยำเพียงพอ

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยคลอดไหล่ยาก

สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยคลอดไหล่ยากในครรภ์ก่อน มีความเสี่ยงที่จะเกิดการคลอดไหล่ยากซ้ำ สูงถึงร้อยละ 12-17⁽¹¹⁻¹³⁾ หรือประมาณ 6-30 เท่า⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ และมีโอกาสเกิด brachial plexus injury สูงถึง 3.5 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติเคยคลอดไหล่ยาก (ร้อยละ 4.2 ต่อร้อยละ 1.3)⁽¹⁸⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่ สำคัญของการเกิดคลอดไหล่ยากซ้ำ คือ น้ำหนักทารกที่มากกว่า 3,500 กรัมและการคลอดด้วยเครื่องดูด สูญญากาศ⁽¹⁸⁾ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เคยคลอดไหล่ยาก จะต้องให้คำปรึกษาแนะนำตั้งแต่ฝากครรภ์โดย ทบพวนประวัติการคลอดครั้งที่เกิดปัญหา น้ำหนักทารก ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับสตรี ตั้งครรภ์และบุตร แม้ว่าการทำนายโอกาสเกิดการคลอดไหล่ยากซ้ำในครรภ์นี้อาจจะไม่แม่นยำ แต่การ ตรวจคัดกรองและรักษาภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือก่อนตั้งครรภ์ จะช่วยลดการเกิดทารกตัวใหญ่ การติดตามและประเมินน้ำหนักทารกก่อนคลอด จะมีประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกวิธีคลอด แพทย์ควร แนะนำความเสี่ยงและประโยชน์ของการผ่าท้องทำคลอดให้สตรีตั้งครรภ์ทราบก่อนตัดสินใจ

แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยคลอดไหล่ยาก

เมื่อศีรษะทารกคลอดแล้วไม่สามารถดึงให้ไหล่หน้าคลอดได้ ควรปฏิบัติดังนี้

1. ขอความช่วยเหลือ โดยตามแพทย์หรือผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่ามาช่วย ในสถานที่ที่มีความ พร้อมควรตามกุมารแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือแก้ไขสภาพทารกหลังคลอดและวิสัญญีแพทย์ในกรณี ที่จำเป็นต้องใช้ยาสลบ

2. สอนปัสสาวะ

3. ควรตัด episiotomy ให้กว้างมากขึ้น หลังจากฉีดยาชาให้เพียงพอ

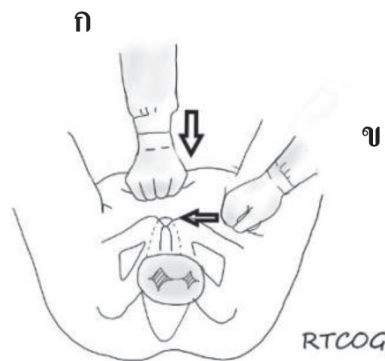
4. ใช้ลูกยางแดงดูดมูกในจมูกและปากทารกให้หมด

5. ลองดึงศีรษะทารกกลงอีกครั้งพร้อม ๆ กับให้มารดาเบ่ง ห้ามให้ผู้ช่วยดันยอดมดลูกอย่างเด็ดขาด เพราะจะทำให้ไหล่หน้าเข้าไปติดมากขึ้นและอาจเกิดมดลูกแตกได้

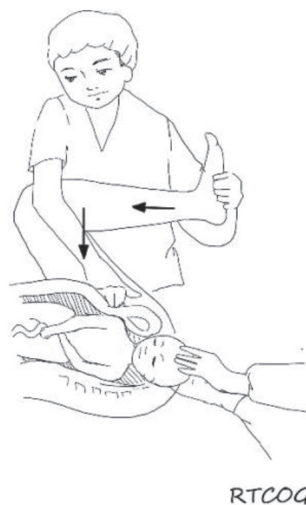
6. ทำการช่วยคลอดไหล่ยาก ควรเริ่มต้นด้วยวิธี ดังนี้

6.1 Suprapubic pressure⁽¹⁹⁾ กดได้ 2 วิธี คือแบบ ก. Mazzanti maneuver ให้ผู้ช่วยกดบริเวณเหนือหัวหน้าลงตรง ๆ ทำให้ไหล่ที่ติดยุบลงไป พร้อมกับผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกกลง หรือแบบ ข. Rubin I maneuver ให้ผู้ช่วยยืนทางฝั่งที่เป็นหลังของทารก พยายามผลักให้ไหล่ทารกเฉียงและจุ่มไปทางหน้าทารก เพื่อให้ไหล่เกิด adduction พร้อมกับผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกกลง ดังรูปที่ 1

6.2 McRoberts maneuver⁽⁵⁾ ให้ผู้ช่วย 2 คน ยกขามารดาออกจาก stirrups ทั้ง 2 ข้าง แล้วงอข้อสะโพกขึ้นมาจนต้นขาอยู่ชิดกับหน้าท้อง ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกกลงเพื่อให้ไหล่คลอด วิธีนี้มักจะทำร่วมกับ suprapubic pressure ดังรูปที่ 2



รูปที่ 1 Suprapubic pressure แสดง ก. การกดลงตรง ๆ และ ข. การผลักไหล่จากด้านข้างมารดา



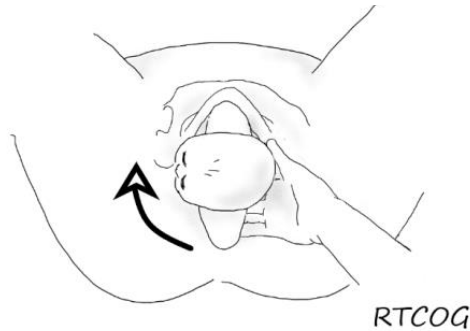
รูปที่ 2 Suprapubic pressure ร่วมกับ McRoberts maneuver

การทำข้อ 6.1 และ 6.2 ให้ทำพร้อมกันได้ทันที

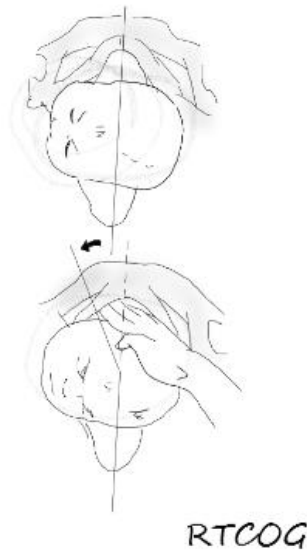
7. ถ้ายังไม่สามารถทำคลอดไหล่ทารกได้ พิจารณาช่วยคลอดด้วยวิธีอื่น ตามความชำนาญของแพทย์ ไม่จำเป็นต้องทำเรียงตามลำดับ ดังนี้

7.1 Reverse Woods corkscrew maneuver^(20,21) ใช้มือใส่ไปทางด้านหลังของไหล่หลังทารก แล้วหมุนไหล่ไป 180 องศา แบบ corkscrew จะทำให้ไหล่หน้าที่ติดอยู่ถูกหมุนมาคลอดออกทางด้านหลังได้ ดังรูปที่ 3

7.2 Rubin II maneuver^(21,22) สอดมือเข้าไปในช่องคลอด คลำไปทางด้านหลังของไหล่หน้าดันให้ไหล่เฉียงและเกิด adduction ของไหล่ไปทางด้านนอก จะทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของไหล่ลดลง ผู้ทำคลอดดึงให้ไหล่หน้าคลอดออกมา ดังรูปที่ 4



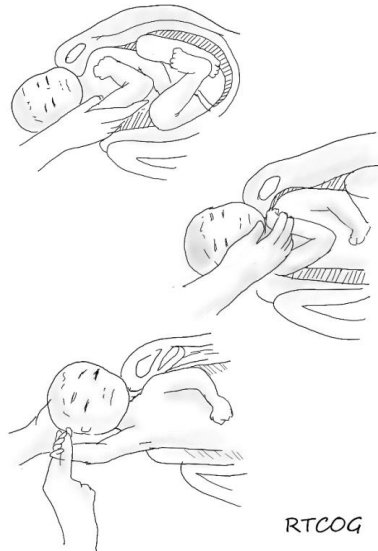
รูปที่ 3 Reverse Woods corkscrew maneuver



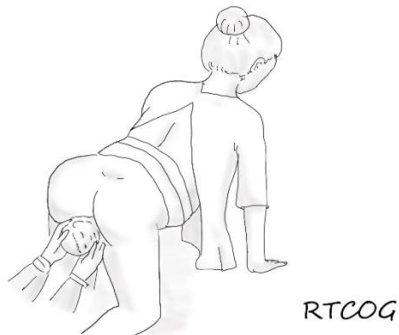
รูปที่ 4 Rubin II maneuver

7.3 Delivery of posterior shoulder⁽²¹⁾ ผู้ทำคลอดสวมถุงมือยาวแบบถุงมือล้วงรก ทำมือแบบ accoucheur สอดเข้าไปในมดลูก คลำไปหาไหล่หลัง ดันแขนจนถึงข้อศอก กดบริเวณข้อพับ เพื่อให้ข้อศอกงอเต็มที่ แล้วจับข้อมือของทารก ดึงผ่านหน้าอกในแนวเฉียงให้ไหล่หลังหมุนและดึงแขนออกมาทางด้านข้างของหน้า เมื่อไหล่หลังและแขนคลอด ไหล่หน้าก็จะคลอดตามมา ดังรูปที่ 5 ถ้าให้มารดาตามยาสลบและใช้ยาคลายมดลูก (tocolytic drugs) ร่วมด้วยจะช่วยให้ทำได้ง่ายขึ้น

7.4 All-fours position or Gaskin maneuver⁽²³⁾ กรณีที่ผู้คลอดสามารถให้ความร่วมมือได้ อาจเลือกใช้วิธีนี้ จัดให้มารดาอยู่ในท่าคุกเข่าทั้ง 2 ข้าง มือทั้ง 2 ข้าง ยันพื้นไว้ ดังรูปที่ 6 จะทำให้ไหล่หลังเคลื่อนต่ำลงผ่าน promontory ของ sacrum ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกกลางเพื่อทำคลอดไหล่หลังก่อนพร้อม ๆ กับให้มารดาช่วยเบ่ง เมื่ออยู่ในท่านี้อาจยังสามารถทำ Wood's corkscrew maneuver และ delivery of posterior arm ได้ด้วย

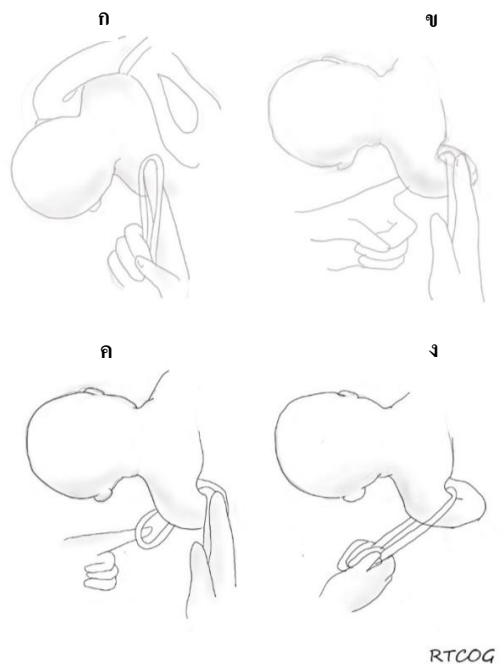


รูปที่ 5 Delivery of posterior shoulder

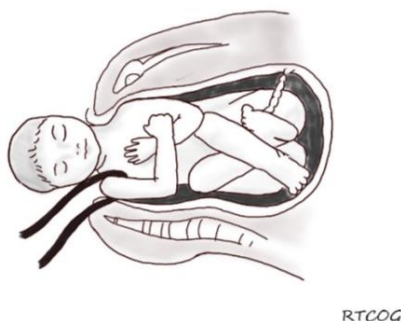


รูปที่ 6 All-fours position or Gaskin maneuver

7.5 Posterior axilla sling traction⁽²⁴⁻²⁶⁾ ใช้สาย suction เบอร์ 12-14 พับครึ่งให้เป็น loop แล้วใช้นิ้วชี้มือขวาสอดสาย suction ไปคล้องใต้รักแร้ของไหล่หลังทารก ใช้นิ้วชี้มือซ้ายดึง loop ออกมา clamp ปลายสายทั้งสองข้างเข้าด้วยกัน แล้วดึงไหล่หลังออกมาด้วยแรงพอสมควรด้วยมือซ้าย ส่วนมือขวาสอดเข้าไปในช่องคลอดเพื่อปิดแขนหลังของทารกผ่านหน้าอกออกมา กรณีที่ล้วงไปปิดแขนหลังไม่ถึง ให้เปลี่ยนเป็นวิธีหมุนไหล่แทน โดยแนวการดึงจะไปทางด้านข้างฝั่งเดียวกับหลังทารกและขึ้นบน พร้อมกับใช้มืออีกข้างดันด้านหลังของไหล่หน้าเพื่อหมุนไหล่ ให้ไหล่หน้าออกมาคลอดทางด้านหลัง และไหล่หลังซึ่งถูกหมุนขึ้นไปจะคลอดผ่านใต้กระดูกหัวไหล่ออกมา ดังรูปที่ 7 และ 8



รูปที่ 7 Posterior axilla sling traction ก. และ ข. ใช้นิ้วชี้มือขวาสอดนำสาย suction เข้าไปลอดใต้รักแร้ของไหล่หลัง ค. และ ง. ใช้นิ้วชี้มือซ้ายเกี่ยวหัวออกมาแล้วจับปลายสาย suction ทั้งสองข้างดึงไหล่ออกมา



รูปที่ 8 Posterior axilla sling traction ดึงสาย suction ให้ไหล่หลังคลอดออกมา

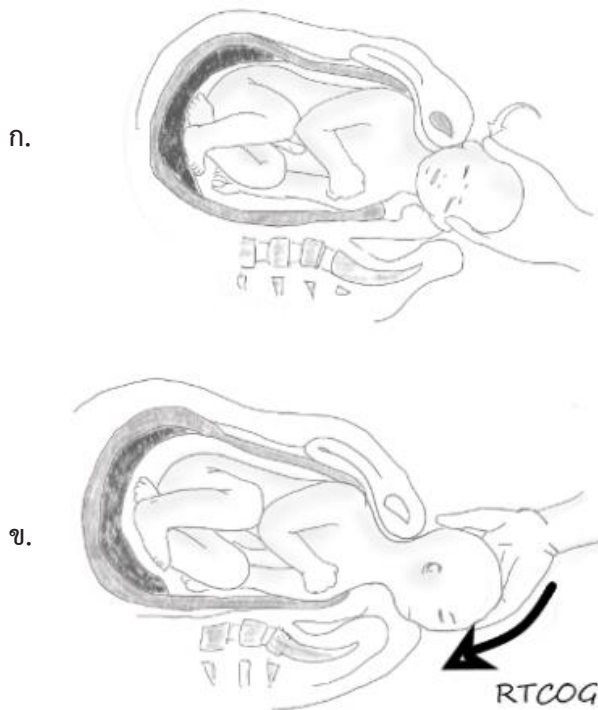
7.6 Zavanelli maneuver⁽²⁷⁾ หมุนศีรษะทารกกลับมาเป็นท่า occiput anterior หรือ occiput posterior ก่อน แล้วดันศีรษะทารกให้ก้มและดันกลับเข้าไปในช่องคลอดเพื่อนำไปผ่าท้อง ทำคลอดทันที ดังรูปที่ 9 วิธีนี้ต้องให้ยาคลายมดลูกหรือดมยาสลบร่วมด้วยเสมอ และบางครั้งอาจจะทำไม่สำเร็จและเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ มดลูกแตกได้

8. กรณีที่ยังทำคลอดไหล่ทารกไม่ได้ ให้เลือกทำ ดังนี้

8.1 Deliberate fracture of anterior clavicle ทำให้กระดูก clavicle ของทารกหัก โดยใช้มีดกระดูก clavicle บริเวณตรงกลางเข้าไปหากระดูก pubic rami ของมารดา⁽²¹⁾ หรือใช้มีดตัดกระดูก clavicle ดึงออกมาจากตัวเด็กให้หัก⁽⁵⁾ เมื่อ clavicle หัก เส้นผ่าศูนย์กลางของไหล่จะเล็กลง ไหล่ที่ติดอยู่จะหลุดออกมาได้ กระดูกที่หักจะหายได้เองและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ที่รุนแรง

8.2 Cleidotomy⁽²⁸⁾ ตัดกระดูก clavicle ด้วยกรรไกรหรือมีด ใช้ในรายที่ทารกตายแล้ว แพทย์สามารถเลือกใช้วิธีการช่วยคลอดไหล่ยากตามความชำนาญโดยไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นได้

พิจารณาให้การดมยาสลบ กรณีที่ต้องทำหัตถการช่วยคลอดไหล่อย่างยาก มารดาเจ็บมาก หรือไม่ให้ความร่วมมือ



รูปที่ 9 Zavanelli maneuver ก. การหมุนศีรษะทารก ข. การดันศีรษะทารกให้ก้มและกลับขึ้นไป

การดูแลหลังคลอด

เมื่อช่วยคลอดทารกออกมาได้และให้การช่วยกู้ชีพแล้ว ต้องตรวจร่างกายทารกอย่างละเอียดเพื่อประเมินอันตรายจากการคลอด เช่น กระดูก clavicle หัก กระดูกแขนหัก การบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury) หรืออันตรายต่อระบบประสาทและสมอง สำหรับมารดาต้องสำรวจช่องทางคลอด ประเมินการฉีกขาดของช่องคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น มดลูกแตก มดลูกไม่หดรัดตัว ตกเลือดหลังคลอดและติดเชื้

การให้คำปรึกษานะนำหลังเกิดเหตุการณ์

เมื่อมีการคลอดไหล่ยาก แพทย์ผู้ทำคลอดควรอธิบายเรื่องที่เกิดขึ้น การรักษาต่าง ๆ ที่ได้ทำไปแล้ว กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ควรแจ้งแนวทางการรักษาหรือการแก้ไขเบื้องต้นให้แก่มารดาและญาติ ทราบ ควรสังเกตอารมณ์ ความรู้สึกและความไม่พึงพอใจของมารดาและญาติ แพทย์ควรแสดง empathy แก่มารดาและญาติ รับฟังปัญหาและความกังวลใจ ด้วยท่าทีที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือ ปรึกษากุมารแพทย์ทารกแรกเกิดเพื่อช่วยประเมินและแจ้งพยากรณ์โรคของทารก ควรมีการประชุมทีมผู้ที่เกี่ยวข้องในการรักษาและกำหนดตัวบุคคลเพื่อตอบคำถามหรือให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่มารดาและญาติ ได้ถูกต้อง เหมาะสมและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รมณ์ที่ควรระวังคำพูดที่อาจจะเป็นการกล่าวโทษผู้อื่น

ถ้ามารดาและญาติมีความไม่พึงพอใจเกิดขึ้น ควรปรึกษาแพทย์อาวุโสที่มีประสบการณ์มากกว่า หรือทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือ กรณีที่มารดาเครียด กังวลหรือซึมเศร้ามาก ให้ปรึกษาจิตแพทย์มาช่วยดูแลรักษา

ควรบันทึกรายละเอียดของการให้คำปรึกษาต่าง ๆ ในเวชระเบียน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและสามีลงนามรับทราบ

การบันทึกเวชระเบียน

การบันทึกเวชระเบียนเมื่อเกิดการคลอดไหล่ยากมีความสำคัญมาก เพราะอาจจะเกิดการฟ้องร้องตามมา โดยเฉพาะรายที่เกิดอันตรายต่อทารกชั้นรุนแรง หัวข้อที่ควรบันทึกมีดังนี้⁽²⁹⁾

- การประเมินน้ำหนักทารก
- การประเมินอุ้งเชิงกรานก่อนกระตุ้นให้คลอดหรือ augmentation
- ความก้าวหน้าของการคลอดทั้งระยะ active และระยะที่ 2
- ท่าทารกและการหมุนของศีรษะทารกในระยะที่ 2
- เวลาที่ศีรษะทารกคลอดและเวลาที่ทารกคลอดออกมาทั้งตัว
- มีการตัดแผลฝีเย็บหรือไม่ แบบใด
- ชนิดของยาชาหรือยาสลบ
- การดูตมูกในปากและจมูก

- บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดไหล่ยาก
- ความแรงและระยะเวลาที่ใช้ดึงไหล่
- ลำดับและเวลาของแต่ละวิธีที่ใช้ช่วยคลอดไหล่
- **ควรบันทึกว่าไม่ได้ทำ fundal pressure หลังคลอดศีรษะทารกแล้ว**
- ระบุให้ชัดเจนว่าไหล่ที่ติดคือข้างใด
- สภาพและการบาดเจ็บของทารกหลังคลอด
- การให้คำปรึกษาแนะนำต่าง ๆ แก่มารดาและญาติ

สรุป

การช่วยคลอดไหล่ยาก เป็นเหตุการณ์ที่แพทย์ทุกคนควรฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญและสามารถช่วยคลอดทารกได้อย่างถูกต้อง **ควรมีการฝึกซ้อมแพทย์ พยาบาลและผู้ช่วยทุกคนในห้องคลอดอย่างสม่ำเสมอ** เพื่อให้มีความคล่องแคล่ว **สามารถทำงานเป็นทีมได้ทันที** เมื่อเกิดเหตุการณ์เพราะความรวดเร็วและถูกต้องของการรักษามีความสำคัญต่อพยากรณ์โรคของทั้งมารดาและทารก

ตัวอย่างการบันทึกรายงานเหตุการณ์การคลอดไหล่ยาก

วันที่.....

ชื่อผู้คลอด.....HN.....

1. การคลอดศีรษะทารก
 คลอดเอง ใช้เครื่องดึงสุญญากาศ ใช้คีม
2. ข้อบ่งชี้ของการใช้สูติศาสตร์หัตถการ
3. การตามคนช่วย
 แพทย์อาวุโสหรือผู้มีประสบการณ์
 กุมารแพทย์
 วิสัญญีแพทย์
 บุคลากร อื่น ๆ ระบุ.....
4. Episiotomy
 median mediolateral ไม่ทำ
5. การให้ยาระงับปวด
 ยาชาเฉพาะที่ pudental nerve block ยาสลบ
6. วิธีการช่วยคลอดไหล่

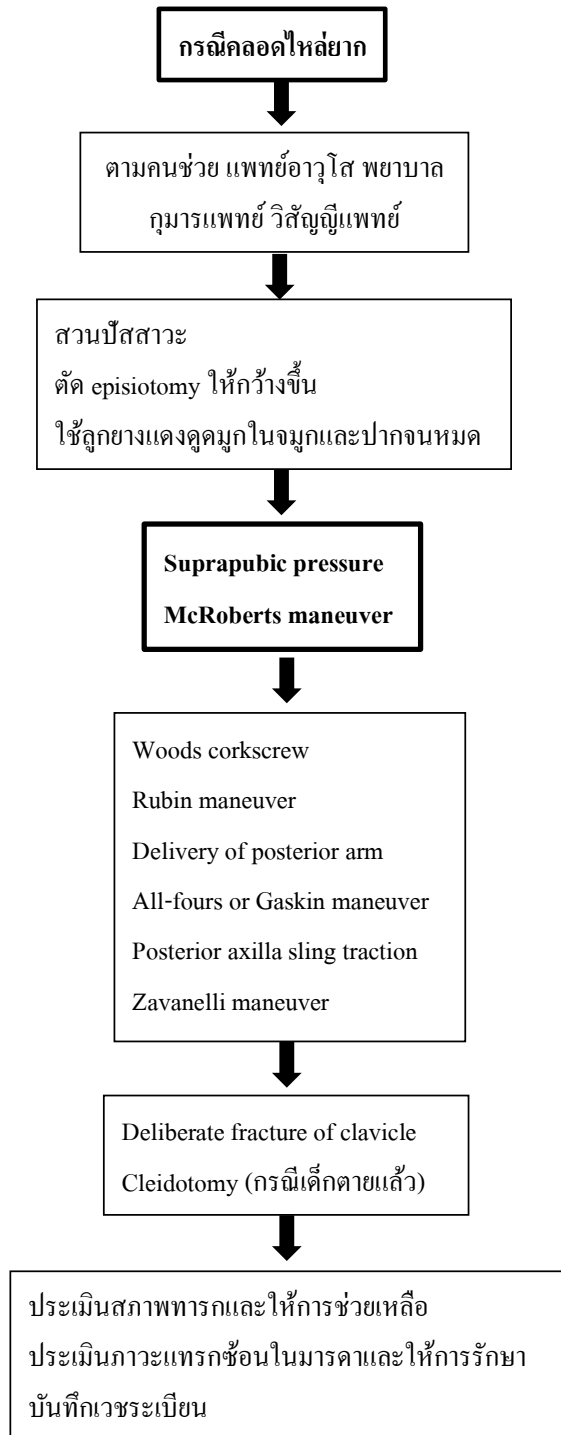
	ทำ	ลำดับที่	ทำโดย
6.1 Suprapubic pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 McRoberts maneuver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Woods corkscrew maneuver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Rubin maneuver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Delivery of posterior arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Gaskin maneuver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Posterior axilla sling traction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Zavanelli maneuver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 Deliberate fracture of clavicle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10 อื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. การทำ fundal pressure หลังคลอดศีรษะทารกแล้ว
 ไม่ทำ ทำ
8. คลอดศีรษะ เวลาน. คลอดลำตัวเวลา น.
9. ไหล่ข้างที่ติด คือ ข้าง

10. น้ำหนักทารก.....กรัม
11. Apgar score ที่ 1 นาที = 5 นาที = 10 นาที =
12. ภาวะแทรกซ้อนในทารก ไม่มี มี ระบุ.....
13. การให้คำปรึกษาแนะนำแก่มารดาและญาติ.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

บันทึกโดย.....

สรุปขั้นตอนการช่วยเหลือ



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. 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.
6. Gross TL, Sokol RJ, Williams T, Thompson K. Shoulder dystocia: a fetal-physician risk. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:1408-18.
7. 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.
8. Boulvain M, Irion O, Dowswell T, Thornton JG. Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD000938.
9. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135:e18-e35.
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.
11. Smith RB, Lane C, Pearson JF. Shoulder dystocia: what happens at the next delivery? *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:713-5.
12. Lewis DF, Raymond RC, Perkins MB, Brooks GG, Heymann AR. Recurrence rate of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1369-71.
13. Ginsberg N, Moisidis C. How to predict recurrent shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1427-30.
14. Overland EA, Spydslaug A, Nielsen CS, Eskild A. Risk of shoulder dystocia in second delivery: does a history of shoulder dystocia matter? *Am J Obstet Gynecol*

2009;200:506.e1-6.

15. Ouzounian JG, Gherman RB, Chauhan S, Battista LR, Lee RH. Recurrent shoulder dystocia: analysis of incidence and risk factors. *Am J Perinatol* 2012;29:515-8.
16. Kleitman V, Feldman R, Walfisch A, Toledano R, Sheiner E. Recurrent shoulder dystocia: is it predictable? *Arch Gynecol Obstet* 2016;294:1161-6.
17. Usta IM, Hayek S, Yahya F, Abu-Musa A, Nassar AH. Shoulder dystocia: what is the risk of recurrence? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87:992-7.
18. Moore HM, Reed SD, Batra M, Schiff MA. Risk factors for recurrent shoulder dystocia, Washington state, 1987-2004. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:e16-24.
19. Bennett BB. Shoulder dystocia: an obstetric emergency. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999;26:445-58.
20. Woods CE, Westbury NY. A principle of physics is applicable to shoulder delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1943;45:796-804.
21. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2018:520-4.
22. Rubin A. Management of shoulder dystocia. *JAMA* 1964;189:835-7.
23. Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, et al. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med* 1998;43:439-43.
24. Hofmeyr GJ, Cluver CA. Posterior axilla sling traction for intractable shoulder dystocia. *BJOG* 2009;116:1818-20.
25. Cluver CA, Hofmeyr GJ. Posterior axilla sling traction: A technique for intractable shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 2009;113:486-8.
26. Cluver CA, Hofmeyr GJ. Posterior axilla sling traction for shoulder dystocia: case review and a new method of shoulder rotation with the sling. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:784.e1-7.
27. Sanberg EC. The Zavanelli maneuver: a potentially revolutionary method for the resolution of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:479-84.
28. Schramm M. Impacted shoulders-A personal experience. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1983;23:28-31.
29. Acker DB. A shoulder dystocia intervention form. *Obstet Gynecol* 1991;78:150-1.

