

การรักษาถุงน้ำทันท่อน้ำนมหัวแตกหรือร่วก่อนเจ็บครรภ์

ศรีสมบูรณ์ อ่วมกุล*
ศรีเรื่อน ศุภพิทยกุล*

การรักษาผู้คลอดที่มึ้น้ำทันท่อน้ำนมหัวแตกหรือร่วก่อนเจ็บครรภ์ 200 ราย ด้วยวิธี
ลมุลละม่อม (conservative) ปรากฏผลว่า ผู้คลอดที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป
ร้อยละ 86.8 จะเกิดเจ็บครรภ์และคลอดเองภายใน 24 ชม. การใช้ยากระตุ้นให้เจ็บ
ครรภ์ในรายที่มีน้ำเดินนานกว่า 24 ชม. ไม่ปรากฏอันตรายต่อมารดาและทารก ใน
กลุ่มที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์มีเพียงร้อยละ 33.8 เท่านั้นที่เจ็บครรภ์และคลอด
เองภายใน 24 ชม. แต่ส่วนมากเมื่อได้รับการดูแลรักษาแบบลมุลละม่อมแล้วก็เกิด
เจ็บครรภ์ และคลอดเองได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ วัตถุประสงค์ของการใช้ของมารดาเกิดเฉพาะ
ในกลุ่มหลังนี้ และเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะประกอบกับให้ยากระตุ้นให้
เจ็บครรภ์ หรือผ่าตัดคลอดในรายที่มีอาการแทรกซ้อนบ้างซึ่งให้ทำผ่าตัดก็ได้ผลดี
ทุกราย นอกจากนี้ผู้รายงานเชื่อว่าการตรวจเพื่อวินิจฉัยผู้คลอดเพียงครั้งเดียว และ
การใช้ยาปฏิชีวนะที่พอเพียง สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ในมารดาได้ดี

ถุงน้ำทันท่อน้ำนมหัวแตกหรือร่วก่อนเริ่มเจ็บครรภ์
เป็นสาเหตุให้ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ต้อง
เผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งมีความรุนแรง
เป็นสัดส่วนกลับกับระยะเวลาการตั้งครรภ์ และ
เป็นสัดส่วนโดยตรงกับการอักเสบของถุงน้ำทันท่อน้ำนม
และระยะเวลาตั้งแต่ถุงน้ำทันท่อน้ำนมหัวแตกหรือร่วจนถึง
เริ่มเจ็บครรภ์ รวมทั้งสัมพันธ์กับน้ำหนักและส่วน
น้ำหนักของทารกที่คลอด

การรักษาหญิงมีครรภ์ที่มีโรคแทรกซ้อนนี้
สำคัญมากเพราะต้องคำนึงถึงทั้งมารดาและทารก
พร้อม ๆ กัน ในปัจจุบันมีวิธีที่เด็ดขาด^{5, 18} (rad-

ical) และวิธีลมุลละม่อม²¹ (conservative)
การให้ยาปฏิชีวนะต่าง ๆ ช่วยลดการติดเชื้อใน
มารดาได้^{5, 15} (maternal morbidity) แต่ไม่
ค่อยมีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อของทารกใน
ครรภ์ ผู้รายงานขอเสนอผลของการรักษาแบบ
ลมุลละม่อมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดา
และทารกในครรภ์ รวมทั้งความจำเป็นของโรง
พยาบาลอันเกิดจากการมีจำนวนเตียงจำกัดเป็น
สำคัญด้วย

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ได้ศึกษาหญิงมีครรภ์ที่เกิดถุงน้ำทันท่อน้ำนมหัวแตก

* แผนกสูติ-นรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หรือร่วก่อนเจ็บครรภ์ทั้งหมด 200 ราย โดยแบ่ง
เป็น 2 พวกคือ

1. พวกอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป
146 ราย
2. พวกอายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์ 54 ราย

วิธีวินิจฉัยลงน้ำหนักหัวแตกหรือรว

- ก. ประวัติที่ผู้มาคลอดบอกเล่า
- ข. ตรวจภายในโดยใช้ sterile speculum
สอดเข้าไปดู
- ค. ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ 2 วิธีคือ
 - ค. 1 ย้อมน้ำจากช่องคลอดด้วย Nile
blue sulphate 0.1%⁴ เพื่อดู
fat cells หรือ fat globules
 - ค. 2 ดูผลึกของน้ำในช่องคลอด²⁰

ผู้มาคลอดจะได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยเพียง
ครั้งเดียวเท่านั้นจนกว่าจะมีการเจ็บครรภ์ ทุกราย
รับไว้ในโรงพยาบาล บันทึกอุณหภูมิ ชีพจรของ
มารดาตามวิธีมาตรฐานตลอดจนอัตราเต้นของ
หัวใจทารกในครรภ์

วิธีการรักษา

- ก. พวกที่ไม่มีมีไข้
 - ก. 1 อายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป
— รอให้เจ็บครรภ์ภายใน 24 ชม. ถ้า
ไม่เจ็บครรภ์ให้ syntocinon เข้า

ตลอดเลือดดำกระตุ้นให้เจ็บครรภ์
พร้อมทั้งให้ penicillin 1,000,000

units เข้ากล้ามเนื้อทุก 4 ชม. และให้
ต่อไปอีก 3—5 วันหลังคลอด

— หากมีข้อห้ามการใช้ยากระตุ้นก็รอ
จนเจ็บครรภ์เอง หลังคลอดให้
penicillin เช่นเดียวกัน

ก. 2 อายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์
— ถ้าน้ำหนักหัวหยุดร่วไหลภายใน 24

ชม. ให้กลับบ้านได้ แนะนำให้มา
ตรวจครรภ์ทุกสัปดาห์ รอจนครบ

กำหนดแล้วปฏิบัติตาม ก. 1 ห้าม
ไม่ให้สวนล้างหรือสอดยาทางช่อง

คลอด ห้ามการร่วมเพศ หากมี
อาการเจ็บครรภ์หรือมีไข้ขึ้นให้มา

พบแพทย์ทันที

— ถ้าน้ำหนักหัวไม่หยุดร่ว ให้อยู่ใน
โรงพยาบาลต่อจนครรภ์ครบ 36

สัปดาห์หรือเกิดเจ็บครรภ์เอง

ข. พวกที่มีไข้

ข. 1 อายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป
— ให้ยา syntocinon เข้าหลอดเลือด

ดำกระตุ้นให้เจ็บครรภ์ พร้อมกับให้
penicillin 5,000,000 units เข้า

หลุดเลือดดำทุก 4 ชม. หลังคลอด
เปลี่ยนเป็นให้เข้ากล่อม 1,000,000
units ต่อไปอีก 3—5 วัน

— ถ้ามีข้อห้ามใช้ยากระตุ้นการเจ็บ
ครรภ์ ให้ยาปฏิชีวนะก่อนแล้วผ่า
ตัดทำคลอด

ข. 2 อายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์

— ปฏิบัติเช่นเดียวกับ ข. 1 โดยให้ยา
ปฏิชีวนะ และใช้ยากระตุ้นให้เจ็บ
ครรภ์

ผล

ตารางที่ 1 การเจ็บครรภ์และการคลอด

	อายุครรภ์ > 36 สัปดาห์		อายุครรภ์ < 36 สัปดาห์	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
เจ็บครรภ์และ คลอดเองภายใน 24 ชม.	126	86.3	18	33.3
เจ็บครรภ์และ คลอดเองภายใน หลัง 24 ชม.	5	3.4	12*	22.2
เจ็บครรภ์และ คลอดโดยใช้ยา กระตุ้น	12	8.2	20**	37.0
ต้องผ่าท้องทำ คลอด	3	2.1	4	7.5
รวม	146	100	54	100

* 5 รายจาก 12 รายนี้เป็นผู้ป่วยที่ไหลกลับบ้านและเกิด
เจ็บครรภ์ภายหลังในระยะเวลา 14—20 วัน

** 5 รายจาก 20 รายนี้เป็นผู้ป่วยที่ไหลกลับบ้านและเกิด
มีไข้ขึ้นภายหลัง

ตารางที่ 2 สาเหตุของการผ่าท้องทำคลอด

	อายุครรภ์ > 36 สัปดาห์		อายุครรภ์ < 36 สัปดาห์	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
มีประวัติของ การผ่าท้องทำ คลอดมาก่อน	2		0	
สายสะดือโผล่	0		1	
ทารกเป็นท่า ขวาง	1		3	
รวม	3		4	

ตารางที่ 3 น้ำหนักทารกแรกเกิด

	อายุครรภ์ > 36 สัปดาห์		อายุครรภ์ < 36 สัปดาห์	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
น้ำหนักต่ำกว่า 1500 กรัม	0	0	2*	3.7
น้ำหนัก 1501— 2000 กรัม	0	0	12	22.2
น้ำหนัก 2001— 2499 กรัม	10	6.8	36	66.7
น้ำหนัก 2500 กรัมขึ้นไป	136	93.2	4	7.4
รวม	146	100	54	100

* ครรภ์แฝด

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์ใช้ของมารดา

ระยะที่ แท้ง เกินจน ถึงเจ็บ ครรภ์	ใช้ก่อนคลอด		ใช้หลังคลอด	
	อายุครรภ์ > 36 สัปดาห์	อายุครรภ์ < 36 สัปดาห์	อายุครรภ์ > 36 สัปดาห์	อายุครรภ์ < 36 สัปดาห์
	ราย	ราย	ราย	ราย
24 ชม.	0	1	0	0
24-48 ชม.	0	4	0	1
48 ชม.	0	15	2	9
รวม	0	20	2	10

วิจารณ์ผล

ผู้มาคลอดที่อายุตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 86.3 (ตารางที่ 1) เจ็บครรภ์เองภายใน 24 ชม. ผลนี้สอดคล้องกับรายงานอื่นๆ^{1, 3, 5, 6, 7, 12, 15, 18, 22, 24} มี 5 รายในกลุ่มนี้ที่จำเป็นต้องปล่อยให้เจ็บครรภ์เองหลัง 24 ชม. เพราะมีข้อห้ามการใช้ยากระตุ้น 12 รายที่คลอดโดยใช้ syntocinon กระตุ้นให้เจ็บครรภ์ไม่มีโรคแทรกซ้อนแต่อย่างใด

กลุ่มที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์ ร้อยละ 33.3 (ตารางที่ 1) เจ็บครรภ์เองภายใน 24 ชม. แสดงว่าถ้าครรภ์ไม่ครบกำหนดเกิดเจ็บครรภ์เองได้น้อย อย่างไรก็ตามแม้จะให้การรักษาแบบมดลูกนุ่มก็จะเจ็บครรภ์เองและคลอดภายใน 14-20 วันหลังจากที่ถุงน้ำคร่ำแตกหรือร่ว 20 รายที่ใช้ยากระตุ้นให้เจ็บครรภ์เป็นเพราะมีใช้ทุกราย

เมื่อรวมอุบัติการณ์ที่ผ่าท้องทำคลอดจากผู้ป่วยทั้งหมดนี้มี 7 ราย (ร้อยละ 3.5) สอดคล้องกับรายงานของ Gunn¹¹ จากรายงานทุกๆ ไปอุบัติการณ์อาจจะพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึง 7 จากรายงานต่างๆ^{12, 15, 22} การเกิดสายสะดือโผล่ร่วมกับถุงน้ำคร่ำหัวแตกหรือร่วก่อนเจ็บครรภ์พบได้ร้อยละ 0.3-1.7 ซึ่งสูงกว่าอัตราที่พบในผู้ที่คลอดตามปกติ ในการศึกษาพบเพียง 1 รายเท่านั้น ผู้ป่วยตั้งครรภ์ 34 สัปดาห์ ทารกอยู่ทางขวาง ตรวจพบสายสะดือโผล่ และเริ่มเจ็บครรภ์หลังจากมีน้ำเดินมาแล้วประมาณ 30 ชั่วโมง รักษาโดยการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง น้ำหนักทารกแรกเกิด 1850 กรัม

ทารกทำกันไม่พบในการศึกษานี้แต่อุบัติการณ์ที่มีรายงานไว้พบได้ระหว่างร้อยละ 3.3 ถึง 8.9^{12, 22} ทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักต่ำกว่า 250 กรัมพบทั้งหมด 60 ราย (ร้อยละ 30) ไม่แตกต่างจากรายงานต่างๆ^{3, 5, 6, 7, 12, 15, 18, 22} ซึ่งพบระหว่างร้อยละ 9-40

ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไปไม่พบมีใช้ก่อนคลอดเลย แต่พบถึง 20 ราย (ร้อยละ 10) ในพวกที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์ เป็นอุบัติการณ์ที่ใกล้เคียงกับที่ Gunn¹¹ รายงานไว้ 19 รายจาก 20 รายนี้เป็นผู้ป่วยที่มีน้ำเดินมานานกว่า 24 ชม. ส่วนอาการใช้ที่เกิดขึ้นภายหลังคลอดนั้นพบเพียง 12 ราย หรือร้อยละ 6 (ตารางที่ 4)

ผลนี้บ่งชี้ว่าอาการไข้มักจะเกิดกับรายที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 36 สัปดาห์และมีถุงน้ำท่อนหัวแตกหรือรั่วนานกว่า 24 ชม.

อุบัติการณ์เกิดถุงน้ำท่อนหัวแตกก่อนเจ็บครรภ์แตกต่างกันระหว่างแต่ละรายงาน ทั้งนี้เพราะใช้คำนิยามไม่เหมือนกัน รายงานนี้ใช้นิยามเหมือนของ Gunn¹¹ ซึ่งรายงานไว้ว่ามีเกิดได้ร้อยละ 10.7 สาเหตุแท้จริงของการเกิดถุงน้ำท่อนหัวแตกหรือรั่วนั้นยังไม่ทราบแน่นอน แต่มีสมมติฐานหลายอย่าง Danforth^{8,9} เชื่อว่าปากมดลูกอักเสบหรืออาจทำให้ถุงน้ำท่อนหัวบางลงจนแตกได้และนอกจากนี้ การบีบตัวของมดลูกที่เกิดจากระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบหรือรังก็อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง Wideman และพวก²⁴ พบว่าถ้ามารดาขาดวิตามินซีมากก็อาจเป็นสาเหตุเหมือนกัน ส่วนเหตุผลที่เกิดน้ำหยุดเดินได้เองหลังจากที่มีแตกรั่วแล้วนั้น Schuman¹⁹ อธิบายว่าเป็นเพราะมีถุงน้ำท่อนหัว 2 ถุง

เมื่อมีถุงน้ำท่อนหัวแตกก่อนเจ็บครรภ์อัตราตายของทารกแรกเกิดมีประมาณร้อยละ 2.6^{2, 18} สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการคลอดก่อนกำหนด หากระยะเวลาตั้งแต่ถุงน้ำท่อนหัวแตกรั่วจนเจ็บครรภ์นานเกินกว่า 24 ชม. อัตราตายของทารกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า¹⁵ แม้ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2500 กรัมขึ้นไป อัตราตายก็ยังสูงกว่าการคลอดปกติ เนื่องจากถุงน้ำท่อนหัวอักเสบ^{14, 25}

ผู้รายงานถือหลักของ Hesseltime¹³ ในการป้องกันการอักเสบติดเชื้อโดยตรวจผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวเพื่อให้ได้การวินิจฉัย เพราะเชื่อว่าอาการตรวจหลายครั้งจะทำให้มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น การให้ยาปฏิชีวนะในผู้มาคลอดที่มีระยะเวลาระหว่างถุงน้ำท่อนหัวแตกรั่วถึงเจ็บครรภ์นานกว่า 24 ชม. นั้น ก็เพื่อลดอุบัติการณ์ของมารดา เพราะการบีบและคลายตัวของมดลูก^{16, 17} (pumping mechanism) นาน ๆ จะทำให้เชื้อแบคทีเรียเข้าในมดลูกได้ง่าย ผลจากการใช้ยาปฏิชีวนะในรายงานนี้ยืนยันว่ามีประโยชน์ในการป้องกันการอักเสบติดเชื้อ เพราะอุบัติการณ์ของไข้ที่เกิดขึ้นหลังคลอดต่ำกว่าไข้ที่เกิดก่อนคลอดเกือบเท่าตัว (ตารางที่ 4) ผลนี้ใกล้เคียงกับรายงานของ Leberz¹⁵

สาเหตุการตายของมารดาที่เกิดถุงน้ำท่อนหัวแตกหรือรั่วส่วนมากมาจากการติดเชื้อ Webb²³ ได้รวบรวมรายงานได้ผลว่ามารดาที่ถึงแก่กรรม 54 ราย มี 8 รายเท่านั้นที่ไม่มีติดเชื้อ และเสนอข้อคิดเห็นว่าอัตราตายนี้จะลดลงมาก ถ้าผู้คลอดที่มีน้ำเดินแล้วทุกรายรีบมาหาแพทย์ และแพทย์ก็ควรจะเอาใจใส่ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นพิเศษด้วย

ผู้รายงานขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง บุญทริก ศรีพยัคฆ์ ที่ได้กรุณาเตรียมยา Nile blue sulphate ให้ใช้ตลอดมา และศาสตราจารย์นายแพทย์ จริญญาพัฒน์ อิศรางกูร ณ

อยุธยา หัวหน้าแผนกสูติ—นรีเวชศาสตร์ ที่ได้จัด
หอพักผู้ป่วยให้ในแผนก และอนุญาตให้เสนอราย
งานนี้ ตลอดจนศาสตราจารย์นายแพทย์ บรรพต
บุญศิริ และ นายแพทย์ประมวล วีรุตมเสน ซึ่ง
ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์จนรายงานนี้สำเร็จ
ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Biskind JI, Biskind LH: Premature rupture of the membranes. A clinical study. *Am J Obstet Gynecol* 73:750-3, 57
2. Bound JP, Butler NR, Spector WG: Classification and causes of perinatal mortality. *Br Med J* 2:1191-6, 56
3. Breese MW: Spontaneous premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 81: 1086-93, 61
4. Brosen I, Gordon H: The cytological diagnosis of ruptured membranes using Nile blue sulphate staining. *J Obstet Gynecol Br Commonw* 72: 342-6, 65
5. Burchell RC: Premature spontaneous rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 88: 251-5, 64
6. Calkins LA: Premature spontaneous rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 64: 871-7, 52
7. Cron RS, Brown RC: Premature rupture of the fetal membranes. *Obstet Gynecol* 1:234-7, 53
8. Danforth DN, McElin TW, States MN: Studies on fetal membranes. Bursting tension. *Am J Obstet Gynecol* 65:480-90, 53
9. Danforth: Textbook of Obstetrics and Gynecology. 1st edition. New York, Harper & Row Publishers, 1966, pp. 306-307
10. Ekvall LD, Wixted WG, Dyer I: Spontaneous premature rupture of the fetal membranes. A review of 363 cases. *Am J Obstet Gynecol* 81: 848-58, 61
11. Gunn GC, Mishell DR Jr, Morton DG: Premature rupture of the fetal membranes. A review. *Am J Obstet Gynecol* 106:469-83, 70
12. Hellman LM: Williams Obstetrics. 14th edition. New York, Appleton-Century-Crofts, 1970
13. Hesseltine HC: Discussion aggressive management of ruptured membranes. *Am J Obstet Gynecol* 83:936-7, 62
14. Knox IC, Miss V, Hoerner JK: The role of infection in premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 59:190-4, 50
15. Leberer TB, Boyce CR, Huston JW: Premature rupture of the membranes. A statistical study from 7 U.S. Navy Hospitals. *Am J Obstet Gynecol* 81: 658-65, 61
16. Overstreet EW, Romney SL: Premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 96: 1036-42, 66
17. Roth LG: Early rupture of the membranes. Significance, etiology and prognosis. *Obstet Gynecol* 4: 87-96, 54
18. Russell KP, Anderson GV: The aggressive management of ruptured membranes. *Am J Obstet Gynecol* 83:930-7, 62
19. Schuman W: Double sac with secondary rupture of the bag of waters during labor. A clinical entity, and its explanation from examination of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 62:633-8, 51
20. Smith RW, Callagen DA: Amniotic fluid crystallization test for ruptured membranes. *Obstet Gynecol* 20: 655-60, 62
21. Swartz DD, Patchell RD: Premature rupture of fetal membranes. Controversy in obstetrics and gynecology. Edited by Reid and Barton. Philadelphia, WB Saunders Company, 1969, pp. 46-49
22. Taylor ES, Morgan RL, Bruns PD, et al: Spontaneous premature rupture of the fetal membranes. *Am J Obstet Gynecol* 82:1341-8, 61
23. Webb GA: Maternal death associated with premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 98: 594-601, 67
24. Wideman GL, Baird GH, Bolding OT: Ascorbic acid deficiency and premature rupture of fetal membranes. *Am J Obstet Gynecol* 88: 592-5, 64
25. Wilson MG, Armstrong DH, Nelson RC, et al: Prolonged rupture of fetal membranes. *Am J Dis Child* 107: 138-46, 64