

4-1-1973

Acute hydramnios รายงานผู้ป่วยสองราย

เอก อารีพรรค

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

อารีพรรค, เอก (1973) "Acute hydramnios รายงานผู้ป่วยสองราย," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 18: Iss. 2, Article 5.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol18/iss2/5>

This Case Report is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ACUTE HYDRAMNIOS

รายงานผู้ป่วยสองราย

เอนก อารีพรค *

บทนำ

แฝดน้ำ (hydramnios) เป็นสภาวะของการตั้งครรภ์ที่มีน้ำคร่ำมากกว่า 2000 มล. อาจค่อย ๆ เกิดขึ้นเรียกว่าแฝดน้ำชนิดเรื้อรัง (chronic hydramnios) หรือเกิดขึ้นโดยรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น 2—3 วัน เรียกว่าแฝดน้ำชนิดเฉียบพลัน (acute hydramnios)⁶ แฝดน้ำชนิดหลังนี้พบน้อยมาก Buckingham รายงาน 13 รายจากการคลอด 46,805 ราย (ร้อยละ 0.03)⁴ และ 4 รายในการคลอด 49,793 ราย (ร้อยละ 0.008) รายงานโดย Mueller¹² Queenon พบ 6 รายในการคลอด 86,301 ราย¹⁴ เนื่องจากสภาวะนี้วินิจฉัยโดยความประทับใจจากการตรวจทางคลินิกของแต่ละบุคคล และไม่มีหลักของการวินิจฉัยที่แน่นอน ดังนั้นสถิติของอุบัติการณ์จึงแตกต่างกัน⁸ แฝดน้ำชนิดเฉียบพลันนี้เป็นสภาวะผิดปกติของการตั้งครรภ์ที่มีปัญหาหลายประการเกี่ยวกับสาเหตุ การวินิจฉัย การรักษา และการพยากรณ์โรคของเด็ก ในระยะเวลา 5 ปีที่แล้วผู้เขียนพบและรักษาผู้ป่วยแฝดน้ำชนิดเฉียบพลัน 2 ราย เป็นหญิงไทย และหญิงอังกฤษ

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

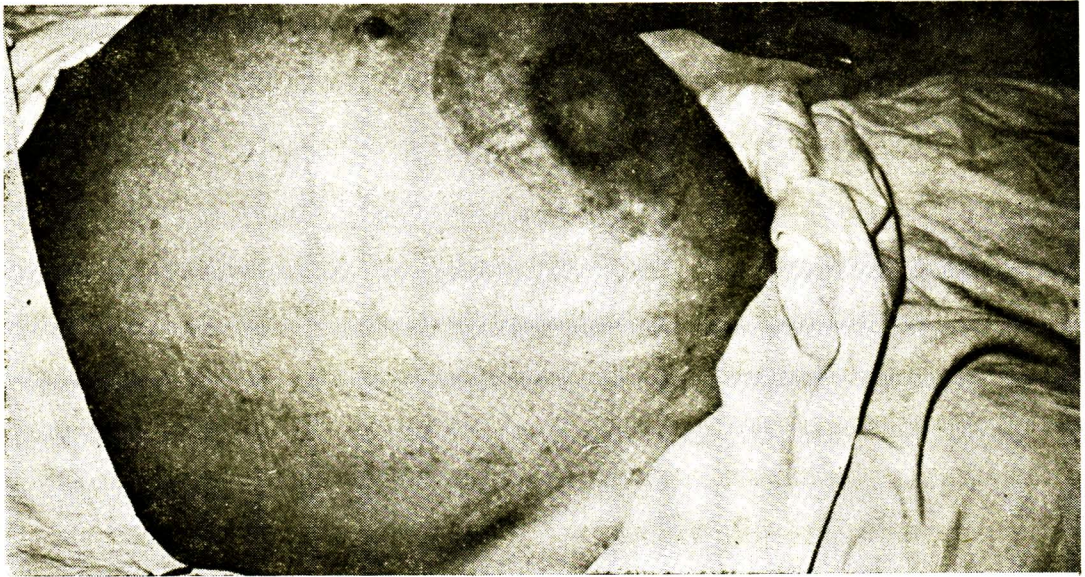
ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 28 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมารับการตรวจระหว่างตั้งครรภ์ 5 ครั้ง มีร่างกายปกติ และสมบูรณ์ เมื่อตั้งครรภ์ 32 สัปดาห์ ถูกรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง อึดอัด หายใจไม่ออกท้องโตขึ้นรวดเร็วในระยะ 3 วัน ตรวจร่างกายพบชีพจร 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มม.ปรอท ปอด และหัวใจปกติ ท้องใหญ่ขนาดตั้งครรภ์ครบกำหนด วัดรอบเอวระดับสะดือได้ 40 นิ้ว หน้าท้องตึง บาง และเป็นมันยอตมตลุกอยู่ระดับลิ้นปี่ (รูปที่ 1) มีน้ำคร่ำมาก คลำเด็กได้ไม่ชัด และฟังเสียงหัวใจเด็กไม่ได้ แต่ผู้ป่วยรู้สึกเด็กดิ้นเป็นบางขณะ ตรวจ V.D.R.L. —non reactive ตรวจปัสสาวะได้ผลลบ น้ำตาลในเลือด (งดอาหาร) 90 มก./100 มล. และภาพรังสีของท้องพบว่ามียอดเด็กคนเดียวและปกติ

การรักษา ได้เจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้อง (amniocentesis) โดยใช้เข็มเจาะสันหลังเบอร์ 14 ยาว 3 นิ้ว แขนงหน้าท้องที่ 1 นิ้ว ได้ระดับสะดือตรงกลางเส้นกลางโดยใช้ 1% xylocaine 5 มล.

* แผนกสูติ—นรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เป็นเยาะเฉพาะที่ เจาะเอาน้ำคร่ำออกซ้ำ ๆ ประมาณ 500 มล. ต่อหนึ่งชั่วโมง เอาออกทั้งหมด 1000 มล. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังการรักษา แต่ต้องเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องซ้ำ ในหนึ่งสัปดาห์ ต่อมาอีก 1000 มล. เพราะน้ำคร่ำมีมากขึ้นอีก ผลสุดท้ายผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์เอง และคลอดบุตรหญิงน้ำหนัก 1500 กรัม เด็กตายในครรภ์ ลักษณะภายนอกปกติ แต่ไม่ได้ทำการตรวจศพ รายนี้ การคลอดและระยะหลังคลอดปกติ

เสมอ แต่สังเกตว่าขนาดของมดลูกเล็กกว่าระยะที่ประจำเดือนขาด เด็กค่อนข้างเล็ก และเคลื่อนไหวง่าย ฟังเสียงหัวใจเด็กได้ 2 วันหลังจากการตรวจครั้งสุดท้าย เมื่อตั้งครรภ์ได้ 34 สัปดาห์ ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลตอนดึกด้วยอาการปวดท้องมาก ปวดหลัง ปวดหน้าขาทั้งสองข้าง หายใจไม่สะดวก กระวนกระวาย แอนราบไม่ได้ ตรวจพบว่าท้องใหญ่มาก วัดรอบเอวระดับสะดือได้ 42 นิ้ว หน้าท้องตึงเป็นมัน และบวมมาก



รูปที่ 1 ท้องผู้ป่วยที่เป็น *Acute hydrops*

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเป็นหญิงอังกฤษ อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรกภายหลังแต่งงานได้ 5 ปี เมื่อตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ ตรวจพบมีร่างกายปกติและสมบูรณ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ผู้ป่วยมาตรวจร่างกายสม่ำเสมอ

ขาบวมทั้ง 2 ข้าง ยอดมดลูกอยู่ระดับลิ้นปี่ มี fluid thrill คลำเด็กและฟังเสียงหัวใจเด็กได้ไม่ชัด ปอด และหัวใจปกติ ซีพจร 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มล. ปรอท ตรวจภายใน พบปากมดลูกเปิด 3 ซม. ถุงน้ำคร่ำตุงแต่ยังไม่

แตก ตรวจพบ hemoglobin ได้ 10 กรัม/100 มล. หมู่เลือด A Rhesus positive ตรวจปัสสาวะได้ผลลบ ภาพรังสีของท้องพบว่ามียุติคนเดียว ไม่มีสมอง (anencephalic fetus)

การรักษา ได้เจาะถุงน้ำคร่ำทางช่องคลอด ได้น้ำประมาณ 3000 มล. อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และ 1 ชั่วโมงต่อมาเกิดอาการเจ็บครรภ์ คลอดบุตรหญิงน้ำหนัก 1700 กรัม เป็นเด็กตายในครรภ์ ไม่มีสมองและมี spina bifida ยาว 3 นิ้ว ผู้ป่วยเสียเลือด 300 มล. ได้ให้ยาช่วยการรัดตัวของมดลูกฉีดเข้าหลอดเลือด เมื่อศีรษะเด็กคลอดระยะหลังคลอดปกติ

บทวิจารณ์

สาเหตุ

สาเหตุของแผ่นน้ำขุ่นข้น และยังไม่เข้าใจกันดี ในปัจจุบันทราบว่า amniotic epithelium รก ทารก และมารดามีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างการหมุนเวียน และการดูดซึมของน้ำคร่ำ จากรายงานในวารสารต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าแผ่นน้ำชนิดเจียบพลัน ส่วนใหญ่เกิดร่วมกับการตั้งครรภ์แฝด และความพิการของเด็กในครรภ์ แต่บางครั้งก็หาสาเหตุไม่ได้^{1, 2, 4, 8, 12, 14}

ความพิการของเด็กที่พบบ่อยเป็นความพิการของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น anencephaly hydrocephaly และ spina bifida และความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น oesopha-

geal atresia Comerford รายงานว่า ร้อยละ 90 ของ anencephaly 150 รายมีแผ่นน้ำร่วมด้วย⁵ Scott พบว่า 12 ใน 13 ของ oesophageal atresia มีแผ่นน้ำ¹⁶ เราไม่ทราบแน่ชัดถึงกลไกที่ทำให้เกิดแผ่นน้ำ ในกรณี anencephaly และ spina bifida มีข้อสันนิษฐานว่าน้ำไขสันหลังอาจไหลซึมออกมาจาก choroid plexuses และเยื่อหุ้มสมองซึ่งไม่มีกระดูกปิดหุ้มปนกับน้ำคร่ำทำให้เกิดแผ่นน้ำ การที่เด็กกลืนน้ำไม่ได้ในกรณี oesophageal atresia อาจเป็นสาเหตุอีกประการหนึ่ง Pritchard คำนวณว่าโดยปกติเด็กในครรภ์กลืนน้ำประมาณ 450 มล. ทุก 24 ชั่วโมง แต่ Nichol กล่าวว่าสาเหตุของแผ่นน้ำขุ่นข้นมากกว่า¹³ เมื่อเร็ว ๆ นี้ Sagar รายงานว่า anencephaly ที่มีแผ่นน้ำ และไม่มีแผ่นน้ำร่วมด้วยมีลักษณะแตกต่างกันหลายอย่าง¹⁵

แผ่นน้ำชนิดเจียบพลันที่เกิดร่วมกับการตั้งครรภ์แฝดนั้นส่วนมากมักจะเกิดขึ้นในระยะแรกๆ ของการตั้งครรภ์ คือระหว่าง 16 ถึง 28 สัปดาห์ และไม่ค่อยพบความพิการของเด็ก มีผู้รายงานการเกิดแผ่นน้ำชนิดเจียบพลันในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์แฝดได้เพียง 14 สัปดาห์เท่านั้น¹¹ แต่การเกิดแผ่นน้ำชนิดเจียบพลันในครรภ์ที่มีเด็กคนเดียวส่วนใหญ่จะมีความพิการของเด็กหรือการตายในครรภ์ร่วมด้วย และเกิดขึ้นในระยะหลังของการตั้งครรภ์ จากรายงานต่าง ๆ แสดงว่าเพศและชนิดของคู่แฝด

แบบไขว่ไขว่เดียวหรือไขว่สองไขว่ มีโอกาสเป็นแฝด
น้ำชนิดเฉียบพลันได้เท่า ๆ กัน^{1, 2, 6,}

การวินิจฉัย

แฝดน้ำชนิดเฉียบพลันวินิจฉัยได้จากประวัติ
อาการและลักษณะของผู้ป่วย จะต้องเกิดขึ้นใน
ระยะเวลาอันสั้น 2—3 วัน อาการเกิดขึ้นเพราะ
การขยายตัวอย่างรวดเร็วของมดลูก จะมากน้อย
ขึ้นอยู่กับอัตราของน้ำคร่ำที่เกิดขึ้น (ไม่ใช่จำนวน
ของน้ำคร่ำที่มีอยู่) ในผู้ป่วยสองรายที่ผู้เขียนราย
งาน มีอาการและลักษณะเฉพาะสำหรับแฝดน้ำ
ชนิดนี้ คือมีประวัติเกิดขึ้นโดยรวดเร็ว มีอาการ
ปวดท้องมาก หายใจเร็ว อึดอัด นอนราบไม่ได้
ตรวจพบท้องใหญ่มากผิดส่วนสัดส่วนระยะที่ประจำ
เดือนขาด หนึ่งหน้าท้องบาง ตึง และเป็นมัน
มี fluid thrill คลำเด็กและฟังเสียงหัวใจเด็กไม่
ได้ชัด อาจมีอาการบวมที่หน้าท้อง ปากช่องคลอด
และขาทั้งสองข้าง อาการอาเจียนคลื่นไส้เกิดขึ้น
ในบางราย

สภาวะอื่นที่ต้องแยกจากการเกิดแฝดน้ำอย่าง
เฉียบพลัน คือ

- 1). Abruptio placenta ซึ่งอาจเกิดขึ้น
ร่วมกับการเกิดแฝดน้ำชนิดนี้
- 2). ถุงน้ำของรังไข่
- 3). บั๊สสภาวะไม่ออกเกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน
- 4). ครรภ์ไขว่ปลาลูก
- 5). มีน้ำในช่องท้อง

การตรวจพิเศษ

ควรจะถ่ายภาพรังสีของท้องผู้ป่วยที่เป็นแฝด
น้ำอย่างเฉียบพลันทุกราย เพื่อวินิจฉัยการตั้ง
ครรภ์แฝดและความพิการของเด็กในครรภ์ และ
เป็นการช่วยเลือกวิธีรักษา ควรตรวจระดับน้ำตาล
ในเลือด และตรวจหมู่เลือดรวมทั้ง Rhesus
factor ด้วย เพราะเบาหวานและ Rhesus iso—
immunization อาจเกิดขึ้นร่วมกับแฝดน้ำ¹⁴

การรักษา

การรักษาต้องทำโดยด่วน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย
มีอาการดีขึ้น ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่าการรักษา
วิธีไหนดีกว่ากัน ระหว่างการเจาะน้ำคร่ำทาง
หน้าท้อง^{2, 8, 12} และการเจาะถุงน้ำคร่ำทางช่อง
คลอด^{6, 10} Comerford รายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่
เป็นแฝดน้ำ 150 ราย 78 รายได้รับการรักษา
โดยการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้อง ผลปรากฏว่ามี
อาการตกเลือดก่อนคลอด (antepartum he-
morrhage) เกิดขึ้น 18 ราย 1 ราย ตายเพราะ
amniotic fluid embolism ส่วนผู้ป่วยที่รักษา
โดยการเจาะถุงน้ำคร่ำทางช่องคลอด หรือถุงน้ำ
คร่ำแตกเอง มีอาการตกเลือดก่อนคลอด 9 ราย
เขาสรุปว่าการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้อง ไม่ทำให้
โอกาสที่จะมีอาการตกเลือดก่อนคลอดลดน้อยลง⁵

ผู้เขียนมีความเห็นว่า ถ้าเด็กปกติหรือเป็น
การตั้งครรภ์แฝดโดยวินิจฉัยจากภาพรังสีของท้อง
การรักษาโดยวิธีเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเป็นวิธี

ที่ดีที่สุด แต่ต้องค่อย ๆ เอนน้ำคร่ำออก เพราะโอกาสที่จะทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เช่นผู้ป่วยรายแรกมีประมาณร้อยละ 50² แต่มีรายงานหลายรายที่ได้ผลดี จากการรักษาโดยวิธีนี้ ทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป และเด็กเติบโตขึ้นมีชีวิตอยู่ได้ บางรายต้องเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องหลายครั้ง และเอนน้ำคร่ำออกหลายครั้ง^{2, 3, 7, 9, 14} การเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องสามารถควบคุมจำนวน และอัตราเร็วของน้ำคร่ำที่ไหลออกมาได้ ควรทำช้า ๆ ประมาณ 500 มล. ต่อชั่วโมง เอนออก 1—2 ลิตรต่อครั้ง อาจมีสภาวะแทรกซ้อนบางอย่างเกิดขึ้นจากการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องคือ เกิดก่อนเลือดที่หน้าท้อง ตกเลือดที่รก รกแยกตัว เด็กขาดน้ำ ติดเชื้อ ลำไส้หรือกระเพาะปัสสาวะทะลุ และ amniotic fluid embolism แต่สภาวะเหล่านี้เกิดขึ้นน้อยมากถ้าทำโดยระมัดระวัง

การเจาะถุงน้ำคร่ำทางช่องคลอด อาจทำในกรณีที่เกิดพิการและปากมดลูกเปิดเพียงพอเพื่อทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ และทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย แต่น้ำคร่ำอาจไหลออกมามากโดยรวดเร็วและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้⁸

โอกาสที่จะมีอาการตกเลือดหลังเด็กคลอดจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยแฝดน้ำมีประมาณร้อยละ 6⁸ ดังนั้นการให้ยาช่วยให้มดลูกหดตัวโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

เนื้อหรือเข้าหลอดโลหิต เมื่อศีรษะเด็กคลอดจะช่วยป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมาก

การพยากรณ์โรคของเด็ก

อันตรายต่อเด็กในแฝดน้ำชนิดเฉียบพลันจากรายงานของ Abdul—Karim 5 ราย¹ Mueller 4 ราย¹² Barry 7 ราย² และผู้เขียน 2 ราย⁷ เด็กตายหมด แต่ในรายของ Erskine 1 ราย⁷ Hammond 1 ราย⁹ และ Queenon 1 ราย¹⁴ เด็กมีชีวิตอยู่หลังจากการรักษาโดยการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้อง Buckingham⁴ รายงาน 13 ราย มีอัตราตายของเด็กร้อยละ 81 และสรุปว่าการพยากรณ์โรคของเด็กในครรภ์จะดีหรือเลวขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ 1 ระยะของการตั้งครรภ์เมื่อเกิดสภาวะนี้ 2 จำนวนของน้ำคร่ำ 3 ความรุนแรงและความรวดเร็วของอาการที่เกิดขึ้น ความพิการของเด็กซึ่งบางครั้งรุนแรงคือสาเหตุของการตายอันสำคัญอีกประการหนึ่ง

เนื่องจากแฝดน้ำของมารดาเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของ oesophageal atresia ในเด็ก¹⁶ ดังนั้นควรจะต้องวินิจฉัยสภาวะนี้ในเด็กแรกเกิดทุกรายที่มารดามีแฝดน้ำ การใส่สายยางเข้าไปในกระเพาะอาหารเด็ก และพยายามดูด gastric content ออกมาเพื่อพิสูจน์ว่าหลอดอาหารปกติเป็นวิธีวินิจฉัยที่ง่าย และสามารถลดอัตราการตายของเด็กได้อย่างดีทีเดียว

เอกสารอ้างอิง

1. Abdul-Karim R, Iskander G: Acute hydramnios, report of five cases. *Obstet Gynecol* 20:486-9, 62
2. Barry AP: Hydramnios *Obstet Gynecol* 11: 667-75, 58
3. Brown GR: Acute hydramnios treated by abdominal paracentesis. *J Obstet Gynecol Br Emp* 65:61-3, 58
4. Buckingham JC, McElin TW, Bowers VM, et al: A clinical study of hydramnios. *Obstet Gynecol* 15:652-5, 60
5. Comerford JB: Pregnancy with anencephaly. *Lancet* L:679-80, 65
6. Eastman NJ, Hellman LM: *William Obstetrics*. 14th ed., New York, Appleton-Century-Crofts, pp599-603, 71
7. Erskine JP: A case of acute hydramnios successfully treated by abdominal paracentesis. *J Obstet Gynecol Br Emp* 51:549, 44
8. Eto B: Hydramnios. *Practitioner* 198:231-8, 67
9. Hammond DO: Acute hydramnios; review of literature; case report and notes on technic of amniotomy. *West J Surg* 60:584-88, 52
10. Macafes CHG: Hydramnios. *J Obstet Gynecol Br Emp* 57:171-82, 50
11. Mueller JM, Decker DG: Acute hydramnios in early pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 85: 493-4, 63
12. Mueller PF: Acute hydramnios. *Am J Obstet Gynecol* 56:1069-76, 48
13. Nichols J, Schrepfer R: Polyhydramnios in anencephaly. *JAMA* 197:549-51, 66
14. Queenon JT, Gadow EC: Polyhydramnios: Chronic versus acute. *Am J Obstet Gynecol* 108: 349-55, 70
15. Sagar HJ, deSa DJ: The relationship between hydramnios and some characteristics of the infant in pregnancies complicated by fetal anencephaly. *J Obstet Gynecol Br Comm* 80:429-32, 73
16. Scott JS, Wilson JK: Hydramnios as an early sign of oesophageal atresia. *Lancet* 2:569-72, 57