

11-1-1987

โรคชักแห่งครรภ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ : ประสบการณ์ 8 ปี

เขียน ตันนิรันดร

ไพโรจน์ วิฑูรย์ชัย

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



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

Recommended Citation

ตันนิรันดร, เขียน and วิฑูรย์ชัย, ไพโรจน์ (1987) "โรคชักแห่งครรภ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ : ประสบการณ์ 8 ปี," *Chulalongkorn Medical Journal*. Vol. 31: Iss. 11, Article 4.
Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol31/iss11/4>

This Article 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.

โรคชักแห่งครรภ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ : ประสบการณ์ 8 ปี

เยื่อน ตันนรินทร์*

ไพโรจน์ วัชรพาณิชย์*

Tannirandorn Y, Witoonpanich P. Eclampsia at Chulalongkorn Hospital : sixty six patients in eight years. Chula Med J 1987 Nov ; 31 (11) : 871-882

Pregnancy induced hypertension poses a challenge to obstetricians with regard to its etiology. Eclampsia, a preventable entity, is occasionally seen in the 1980 in developing countries. It is interesting to analyse epidemiological data and to evaluate the outcome of the management in order to recommend relevant clinical acumen and to avoid pitfalls in the practice at Chulalongkorn Hospital. Sixty six eclamptic patients were seen at the Department of Obstetrics and Gynecology, Chulalongkorn Hospital during 1978-1985. Most eclamptics were young (21.92 ± 5.13 years) and nulliparous (72.58%) and had had inadequate or no antenatal care. Eclampsia appeared mostly after 37 weeks of gestation and convulsion occurred either antepartumly (40.32%), intrapartumly (37.10%) or postpartumly (22.58%). Interestingly almost half of the patients (11 out of 14 cases of severe preeclampsia) developed their first convulsion hours (11.86 ± 7.93 hours) after admission into the hospital. These patients were young, probably not very well educated and rather ignorant. However the incompetency of junior obstetric trainees and the inappropriate exercise of the treatment regime may be contributing to the patients' first convulsion in hospital. Clinical prodromal symptoms and signs were headache (53.22%), visual disturbance (24.19%) and epigastric pain (3.23%) as well as malignant hypertension (61.29%) and proteinuria (96.73%) but no edema (16.12%). Most eclamptics (78.43%) had serum uric acid higher than 6 mg/dl. The level of blood urea nitrogen, creatinine and uric acid were significantly higher in patients with perinatal death than in those without perinatal death. ($p < 0.05$, $p < 0.01$ and $p < 0.05$ respectively). The cesarean section rate, the perinatal and the maternal mortality rate were 43.55%, 7.69% and 1.61% respectively.

Reprint requests : Tannirandorn Y, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. April 20, 1987.

โรคชักแห่งครรภ์ หรือ eclampsia เป็นโรคจากการตั้งครรภ์ที่พบบ่อยในประเทศกำลังพัฒนาที่การฝากครรภ์ยังไม่ได้ผลดีรวมทั้งประเทศไทยด้วย โรคนี้มีภาวะแทรกซ้อนทำให้มีอัตราการตายของมารดาและทารกอยู่ในเกณฑ์สูง เนื่องจากสาเหตุที่แท้จริงของโรคนี้ยังไม่มีผู้ใดทราบ ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาตามอาการ ขึ้นกับความช้านานและประสิทธิผลของแพทย์ อย่างไรก็ตามจากรายงานวารสารการแพทย์ปรากฏว่า การรักษาโรคชักแห่งครรภ์ในปัจจุบันได้ผลดีกว่าแต่ก่อน แต่การเทียบผลการรักษาจากรายงานต่าง ๆ เป็นเรื่องที่เทียบได้ไม่แน่นอน เพราะความรุนแรงของโรคแต่ละรายเมื่อมาพบแพทย์แตกต่างกัน และแนวทางการรักษาก็แตกต่างกัน ที่ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้เปลี่ยนนโยบายหลายชนิดสำหรับระงับชักในผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์เป็นแมกนีเซียมซัลเฟตอย่างเดียวยังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2511 จนถึงในปัจจุบัน รายงานนี้เป็นรายงานเชิงสถิติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลถึงระบาดวิทยา (epidemiology) ของโรคชักแห่งครรภ์ และวิเคราะห์ของการรักษาโรคชักแห่งครรภ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้รายงานเชื่อว่า ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ประกอบเป็นเหตุผลในกรปฏิบัติ และดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงการให้บริการทางด้านสูติกรรมรวมทั้งการดูแลรักษาซึ่งอาจจะทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์ รวมทั้งอัตราการตายของมารดาและทารกจากโรคชักแห่งครรภ์ลดลงได้ในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์ ที่ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงระยะเวลา 8 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2521 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2528 โรคชักแห่งครรภ์หมายถึงโรคที่เกิดกับสตรีตั้งครรภ์มีความดันเลือดสูงพบร่วมกับไขขาวในปัสสาวะ หรือบวมอย่างหนึ่งอย่างใดหรือทั้งสองอย่างก็ได้แล้วมีอาการชักเกิดขึ้นครั้งเดียวหรือหลายครั้งก็ได้ โดยไม่มี

ความผิดปกติหรือโรคทางสมองมาก่อน^(1,2,3) ได้แก่ โรคลมชัก การอักเสบของเนื้อสมองและเยื่อหุ้มสมอง เนื่องจากในสมอง cerebrovascular accidents และโรคฮิสทีเรีย

ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์ทั้งหมด 66 ราย จากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 134,411 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์โรคชักแห่งครรภ์เท่ากับ 1 ใน 2036 ราย หรือร้อยละ 0.05 ของผู้คลอดบุตร โดยพบเป็นครรภ์แฝด 3 ราย จากจำนวนผู้คลอดครรภ์แฝดทั้งหมด 917 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.32 ของผู้คลอดบุตรครรภ์แฝด หรืออาจกล่าวได้ว่า โรคชักแห่งครรภ์พบในผู้คลอดครรภ์แฝดมากเป็น 6.8 เท่าในผู้คลอดครรภ์เดี่ยว ผู้รายงานได้รวบรวมรายงานของผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์ได้ทั้งหมด 62 ราย เพื่อนำมาวิเคราะห์ในด้านต่าง ๆ และศึกษาถึงประสิทธิภาพรวมทั้งผลของการรักษาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าเฉลี่ยใช้ค่า \bar{X} (Mean) \pm SD (Standard deviation) การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลใช้ Student "t" test

ผลการศึกษา

1. ที่อยู่อาศัย (Residence)

ผู้ป่วยส่วนมากอาศัยอยู่ในภาคกลาง โดยพบว่าอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ สมุทรปราการ และนนทบุรี 51 ราย (ร้อยละ 82.26) และมาจากจังหวัดใกล้เคียง 11 ราย (ร้อยละ 17.74)

2. อายุและภาวะเคยคลอด (Age and Parity)

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 21.92 ± 5.13 ปี (พิสัยเท่ากับ 15-38 ปี) จากตารางที่ 1 พบว่า ร้อยละ 72.58 เป็นผู้ป่วยครรภ์แรก และร้อยละ 27.42 เป็นผู้ป่วยครรภ์หลัง โดยมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยครรภ์แรกเท่ากับ 20.15 ± 3.87 ปี (พิสัยเท่ากับ 15-33 ปี) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยครรภ์หลังเท่ากับ 26.59 ± 5.22 ปี (พิสัยเท่ากับ 19-38 ปี)

Table 1 Parity of eclamptic patients

Parity	No. of eclamptic patients	Percent
Nulliparas	45	72.58
Multiparas	11	17.74
Grand multiparas (4 ⁺)	6	9.68
Total	62	100

ผู้ป่วยครรภ์แรกส่วนมากจะมีอายุระหว่าง 15-19 ปี โดยพบว่า ร้อยละ 53.33 ของผู้ป่วยครรภ์แรกจะมีช่วงอายุดังกล่าว และผู้ป่วยครรภ์หลังส่วนมากจะมีอายุระหว่าง 25-29

ปี โดยพบว่าร้อยละ 47.05 ของผู้ป่วยครรภ์หลังจะมีช่วงอายุดังกล่าว ดังแสดงในรูปที่ 1

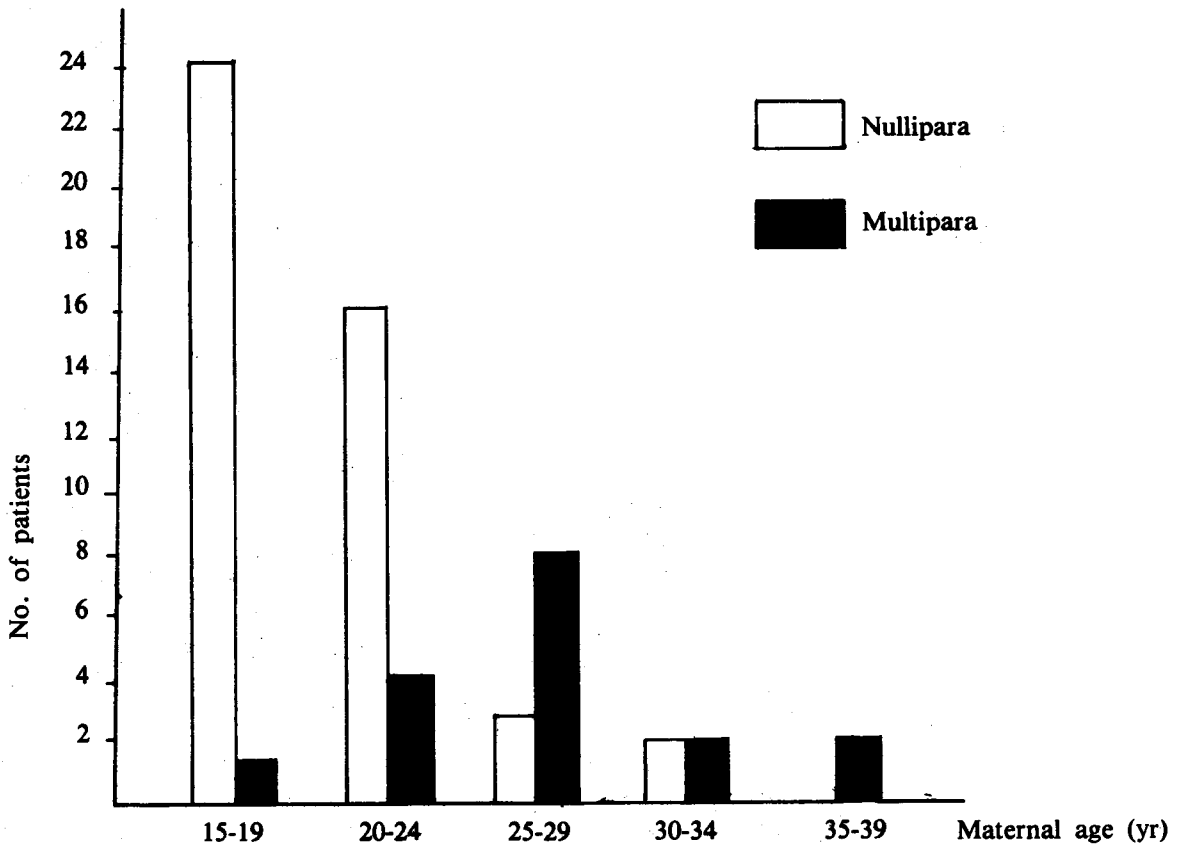


Figure 1 Maternal age and parity of eclamptic patients

3. การฝากครรภ์ (Antenatal care)

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ดีคือน้อยกว่า 4 ครั้ง มีทั้งหมด 39 ราย (ร้อยละ 62.90) โดยพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการฝากครรภ์เลยมี 17 ราย และได้รับการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งมี 22 ราย ในผู้ป่วยที่ได้รับการฝากครรภ์พบจำนวนครั้งของการฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ± 2.67 ครั้ง (พิสัยเท่ากับ 1-9 ครั้ง) ผู้ป่วยดังกล่าวฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ร้อยละ 57.78

ฝากครรภ์ที่ศูนย์อนามัยร้อยละ 28.89 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอื่นร้อยละ 11.11 และฝากครรภ์ที่คลินิกร้อยละ 2.22

4. ความถี่ของโรคในแต่ละเดือน (Monthly occurrence)

เมื่อนำอุบัติการณ์ของโรคชักแห่งครรภ์ที่เกิดในแต่ละเดือนมาเปรียบเทียบกัน พบมีการกระจายไปในแต่ละเดือนดังรูปที่ 2

5. อายุครรภ์ที่ชัก (Week of pregnancy at onset of eclampsia)

อายุครรภ์ขณะชักเฉลี่ยเท่ากับ 38.00 ± 2.76

สัปดาห์ (พิสัยเท่ากับ 28-43 สัปดาห์) โดยพบว่า ร้อยละ 77.42 ของผู้ป่วยจะมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ดังตารางที่ 2

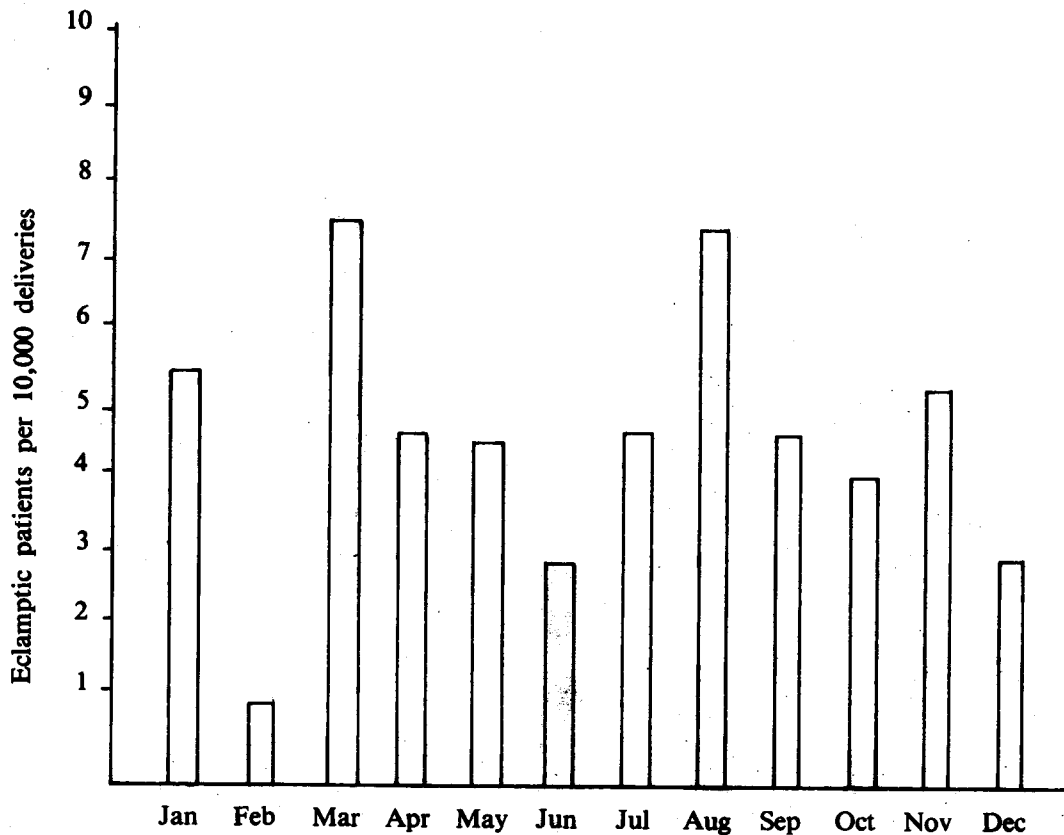


Figure 2 Monthly occurrence of eclamptic patients

Table 2 Gestational ages of 62 eclamptic patients

Weeks' gestation	No. of eclamptic patients		
	Antepartum	Intrapartum	Postpartum
28 - 32	3	-	1
33 - 36	5	4	-
37 - 42	17	19	13

6. ความสัมพันธ์ของระยะเวลาที่ชักและการคลอด (Onset of eclampsia in relation to delivery)

จากตารางที่ 3 พบว่า ร้อยละ 40.32 ของผู้ป่วยจะมีอาการชักก่อนการเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละ 37.10 ของผู้ป่วยจะมีอาการชักขณะเจ็บครรภ์คลอด และร้อยละ 22.58 ของผู้ป่วยจะมีอาการชักภายหลังคลอด ในผู้ป่วยที่ชักหลังคลอด

นั้นส่วนมากเกิดการชักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

จำนวนครั้งของการชักก่อนการรักษาพบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.09 ± 1.78 ครั้ง (พิสัยเท่ากับ 1-10 ครั้ง)

ผู้ป่วยชักครั้งแรกก่อนมาโรงพยาบาลจำนวน 33 ราย (ร้อยละ 53.23) และชักครั้งแรกขณะอยู่ในโรงพยาบาลพบ 29 ราย (ร้อยละ 46.77)

Table 3 Onset of convulsions in relation to delivery

Time	No. of patients	Percent
Antepartum	25	40.32
Intrapartum	23	37.10
Postpartum	14	22.58
< 24 hours	13	
24-48 hours	-	
>48 hours	1	
Total	62	100

ในผู้ป่วยที่ชักครั้งแรกก่อนมาโรงพยาบาลจำนวน 33 รายนั้นพบว่า ได้รับการฝากครรภ์ 20 ราย และมีความผิดปกติระหว่างมาฝากครรภ์ 9 ราย โดยพบเป็น mild preeclampsia ทั้ง 9 ราย แต่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่ฝากครรภ์ที่ศูนย์อนามัย นอกนั้นได้รับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ในผู้ป่วยชักครั้งแรกทั้ง ๆ ที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลจำนวน 29 ราย พบว่าเกิดชักรก่อนการเจ็บครรภ์คลอด 4 ราย ชักขณะเจ็บครรภ์คลอด 13 ราย และชักภายหลังคลอด 12 ราย เมื่อมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยชักทั้ง ๆ ที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยซึ่งรับไว้ในโรงพยาบาลเพราะเป็น mild preeclampsia 8 ราย และมีผู้ป่วยซึ่งรับไว้ในโรงพยาบาลเพราะเป็น severe preeclampsia 14 ราย สำหรับผู้ป่วยที่เป็น severe preeclampsia จำนวน 14 รายแล้วเกิดการชักต่อมานั้นพบว่าไม่ได้รับการรักษาด้วยแมกนีเซียมซัลเฟต 3 ราย และได้รับการรักษาด้วยแมกนีเซียมซัลเฟต 11 ราย ระยะเวลาที่ให้แมกนีเซียมซัลเฟตก่อนการชักพบมีค่าเฉลี่ย 11.86 ± 7.93 ชั่วโมง (พิสัยเท่ากับ 3-28 ชั่วโมง) เมื่อมาพิจารณาถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยชักทั้ง ๆ ที่ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตพบว่าผู้ป่วย 6 รายมีปริมาณปัสสาวะมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วย 4 รายได้รับการฉีดยาขับปัสสาวะ (furosemide) และมีผู้ป่วย 1 รายที่หยุดให้แมกนีเซียมซัลเฟตทั้ง ๆ ที่ยังมีความดันเลือดสูงและรีเฟล็กซ์ไว

7. อาการที่พบทางคลินิก (Clinical findings)

อาการที่พบมากที่สุดก่อนการชักได้แก่อาการปวดศีรษะและอาการตามัว โดยพบถึงร้อยละ 53.22 และร้อยละ 24.19 ตามลำดับ ส่วนอาการเจ็บบริเวณลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวาพบร้อยละ 3.23

อาการแสดงที่ตรวจพบในผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์

พบว่า ความดันเลือด systolic สูงมากกว่า 160 มม.ปรอทพบร้อยละ 72.58 ความดันเลือด diastolic สูงกว่า 110 มม.ปรอทพบร้อยละ 61.29 ตาเหลืองพบร้อยละ 1.61 eye ground ผิดปกติพบร้อยละ 9.68 ชีพจรเต้นเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาทีพบร้อยละ 50 อัตราการหายใจเร็วกว่า 24 ครั้งต่อนาทีพบร้อยละ 24.9 อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียสพบร้อยละ 3.22 รีเฟล็กซ์ไว (3+ และ 4+) พบร้อยละ 43.38 อาการบวมทั่วตัวพบร้อยละ 3.22 และร้อยละ 16.12 จะไม่บวม ส่วนไขขาวในปัสสาวะนั้นพบว่าร้อยละ 3.23 ไม่มีไขขาวในปัสสาวะหรือมีเพียงเล็กน้อย (trace) และร้อยละ 53.22 จะมีไขขาวในปัสสาวะตั้งแต่ 3+ ขึ้นไป

8. การตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory findings)

ระดับ BUN ในเลือดผู้ป่วยที่เป็นโรคชักแห่งครรภ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.47 ± 5.46 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (พิสัยเท่ากับ 3-35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ระดับ creatinine ในเลือดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 ± 0.44 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (พิสัยเท่ากับ 0.5 - 2.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) และระดับ uric acid ในเลือดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.63 ± 2.12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (พิสัยเท่ากับ 3.6-12.6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) โดยพบว่าร้อยละ 78.43 ของผู้ป่วยจะมีระดับ uric acid ในเลือดมากกว่า 6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เมื่อนำระดับ BUN creatinine และ uric acid ในเลือดผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์ที่คลอดทารกมีชีวิต เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่คลอดทารกเสียชีวิต (perinatal death) ดังตารางที่ 4 พบว่าระดับ BUN creatinine และ uric acid ในเลือดผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์ที่คลอดทารกเสียชีวิตมีค่ามากกว่าผู้ป่วยที่คลอดทารกมีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Table 4 Association of BUN, Creatinine and Uric acid with perinatal death

Laboratory findings	Eclampsics with no perinatal death		Eclampsics with perinatal death		p value
	$\bar{X} \pm SD$	Range	$\bar{X} \pm SD$	Range	
BUN (mg/dl)	10.18 \pm 5.20	3 - 35	15.66 \pm 7.29	10 - 27	p < 0.05
Creatinine (mg/dl)	0.85 \pm 0.42	0.5 - 2.8	1.70 \pm 0.22	1.3 - 1.8	p < 0.01
Uric acid (mg/dl)	7.39 \pm 2.07	3.6 - 12.6	9.25 \pm 2.05	7.1 - 11.8	p < 0.05

9. การรักษา (Management)

การรักษาโรครชักแห่งครรภ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์^(1,2) ได้แก่ ระวังอาการชักโดยการฉีดแมกนีเซียมซัลเฟตเข้าเส้นเลือดดำทันที 5 กรัม (โดยใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้นร้อยละ 25 จำนวน 20 มิลลิลิตร) ฉีดซ้ำ ๆ 1 กรัมต่อนาที แล้วป้องกันอาการชักโดยการหยดแมกนีเซียมซัลเฟตเข้าเส้นเลือดดำต่อในขนาด 1 กรัมต่อชั่วโมง (โดยใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้นร้อยละ 25 จำนวน 20 มิลลิลิตรผสมใน 5% dextrose in water หรือ saline จำนวน 480 มิลลิลิตร) พร้อมทั้งนี้ต้องให้การรักษาพยาบาลอย่างอื่นด้วยเช่นป้องกันระบบหายใจ การกักคลื่น ตกเตียง ให้ออกซิเจน คาสายสวนปัสสาวะเพื่อบันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง หากความดันเลือด diastolic สูงตั้งแต่ 110 มม.ปรอทขึ้นไปจะให้ hydralazine 5 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือดดำ แล้ววัดความดันเลือดทุก 5 นาที ภายหลัง 20 นาที และถ้าความดันเลือด diastolic สูงเกิน 110 มม.ปรอทอยู่ ให้ฉีดซ้ำได้อีก 10 มิลลิกรัม เมื่อควบคุมการชักได้แล้วภายในระยะเวลา 1-2 ชั่วโมงก็ทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ในรายที่ไม่มีข้อบ่งห้ามทางสูติศาสตร์ต่อการทำให้เกิดการเจ็บครรภ์และปากมดลูกเหมาะต่อการคลอด (favorable cervix)

ก็จะทำการเจาะถุงน้ำคร่ำ และหยด oxytocin เข้าหลอดเลือดดำหากเจ็บครรภ์มากให้ pentazocine HCl (sosegon) หรือ meperidine (pethidine) ร่วมกับอนุพันธ์ของ phenothiazine เช่น promazine HCl (sarine) ได้ เมื่อเข้าสู่ระยะที่สองของการคลอด ก็ช่วยคลอดโดยใช้เข็ม ในรายที่มีข้อบ่งห้ามทางสูติศาสตร์ต่อการทำให้เกิดการเจ็บครรภ์หรือมีข้อบ่งห้ามต่อการคลอดทางช่องคลอด หรือปากมดลูกไม่เหมาะต่อการคลอดก็นำไปผ่าท้องคลอด จะหยุดให้แมกนีเซียมซัลเฟตภายหลังคลอดเมื่อให้จนครบ 24 ชั่วโมง หรือให้แมกนีเซียมซัลเฟตไปทั้งหมดไม่น้อยกว่า 15 กรัม

ผลของการรักษาตามแนวทางข้างต้นพบว่า จำนวนแมกนีเซียมซัลเฟตที่ให้ทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 22.37 ± 6.63 กรัม (พิสัยเท่ากับ 15-45 กรัม) มีผู้ป่วยที่มีอาการชักซ้ำอีกภายหลังให้แมกนีเซียมซัลเฟต 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวเกิดการชักก่อนการเจ็บครรภ์คลอด ได้ให้การรักษาด้วยแมกนีเซียมซัลเฟตโดยวิธีข้างต้น แต่หลังจากให้ไปได้ทั้งหมด 7 กรัม ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อย แพทย์ผู้ดูแลได้ฉีด furosemide 40 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดหลังฉีด 30 นาที ผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำ

Table 5 Methods of delivery of 62 eclamptic patients

Method of delivery	No. of eclamptic patients		
	Antepartum	Intrapartum	Postpartum
Spontaneous vertex	3	4	6
Vacuum delivery	0	2	2
Forceps delivery	6	8	3
Breech delivery	0	0	1
Cesarean section	16	9*	2
Twin delivery (vaginal)	0	1	0

* Including 2 cases of twins

10. วิธีการคลอด (Methods of delivery)

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยส่วนมากคลอดทางช่องคลอด โดยพบร้อยละ 56.45 ผู้ป่วยที่เหลือคือร้อยละ 43.55 คลอดโดยการผ่าท้องคลอด ผู้ป่วยที่มีอาการชักก่อนการเจ็บครรภ์คลอดหรือชักขณะเจ็บครรภ์คลอดจำนวน 48 ราย พบว่าคลอดโดยการผ่าท้องคลอดถึง 25 ราย (ร้อยละ 52.08) โดยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าท้องคลอดคือปากมดลูกไม่เหมาะสมต่อ

การคลอด 10 ราย การคลอดดำเนินไปช้า ๆ 6 ราย การผิดสัดส่วนของทารกและช่องเชิงกราน 5 ราย รกลอกตัวก่อนกำหนด 1 ราย ทารกอยู่ในภาวะคับขัน (fetal distress) 1 ราย ทารกอยู่ในท่าก้น 1 ราย และทารกอยู่ในท่าหน้า (face presentation) 1 ราย

11. ผลของการตั้งครรภ์และการรักษา (Outcome of pregnancy)

Table 6 Perinatal mortality and birth weight of infants delivered to eclamptic patients

Birth weight (g)	No.babies delivered	No.stillbirths	No.neonatal death	Total
1000 - 1499	2	1	1	2
1500 - 1999	5	1	0	1
2000 - 2499	13	0	0	0
2500 - 2999	28	1	1	2
3000 - 3499	15	0	0	0
≥3500	2	0	0	0
Total	65	3	2	5 (7.69%)

ผลต่อทารก (Perinatal outcome) (ตารางที่ 6)

ทารกคลอดทั้งหมด 65 ราย พบเป็นทารกครรภ์เดียว 59 ราย และเป็นทารกครรภ์แฝด 3 คู่ น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 2592.37 ± 579.47 กรัม (พิสัยเท่ากับ 1400-3600 กรัม) ความยาวทารกเฉลี่ยเท่ากับ 47.51 ± 2.63 เซนติเมตร (พิสัยเท่ากับ 40-53 เซนติเมตร) เป็นทารกเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.16 ต่อ 1 พบมีทารกคลอดก่อนกำหนด 20 ราย (ร้อยละ 30.77) และเป็นทารกโตช้า (มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไต้ลท์ที่ 10 สำหรับอายุครรภ์ขณะคลอด) 5 ราย (ร้อยละ 7.09)

ทารกที่คลอดจากผู้ป่วยที่ชักก่อนการเจ็บครรภ์คลอดและขณะเจ็บครรภ์คลอดพบว่าร้อยละ 29.16 จะมี Apgar score ที่ 1 นานที่น้อยกว่า 5 และร้อยละ 6.25 จะมี Apgar score ที่ 5 นานที่น้อยกว่า 5

ทารกตายคลอด (stillbirth) พบ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.61 และทารกตายหลังคลอด (neonatal death) พบ 2 รายคิดเป็นร้อยละ 3.08 ดังนั้นอัตราของทารกตายคลอดและตายหลังคลอด (perinatal mortality) เท่ากับร้อยละ 7.69 รายละเอียดของทารกตายคลอดและตายหลังคลอดได้แสดงไว้ในตารางที่ 7

Table 7 Details of perinatal deaths

Maternal age	Maternal parity	Antenatal care	Birth weight (grams)	Gestational age (weeks)	Ante/Intra or Postpartum eclampsia	Comments
19	0-0-0-0	CU ⁺ 2	2500	38	Antepartum	Abruptio placentae, NND*
34	2-2-0-4	No	1420	28	Antepartum	Missed diagnosis as hypertensive encephalopathy and treated with nitroprus-side, S.B.*

Maternal age	Maternal parity	Antenatal care	Birth weight (grams)	Gestational age (weeks)	Ante/Intra or Postpartum eclampsia	Comments
18	0-0-0-0	No	1400	32	Postpartum	Partial breech extraction NND*
21	1-0-0-1	No	2500	40	Intrapartum	Abruptio placentae S.B.*
20	0-0-0-0	HC ⁺⁺	1600	35	Intrapartum	Abruptio placentae S.B.* *

CU⁺ :- Chulalongkorn hospital, HC⁺⁺:- Health care center

NND* :- Neonatal death, SB** :- Stillbirth

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทารกหลังคลอด (neonatal complication) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 8

ผลต่อมารดา (Maternal outcome)

ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.61 ของ

ผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์ หรือคิดเป็นร้อยละ 2.44 ของมารดาที่เสียชีวิต (maternal mortality) ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับมารดา (maternal complication) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 9

Table 8 Neonatal complications

	No. of infants
Hyperbilirubinemia*	18
Diarrhea	2
Hypotonia (Mg ⁺⁺ toxicity)	1
Cephalhematoma	1
Retrolental hypoplasia	1
Pneumonia	1

* Requiring phototherapy

Table 9 Maternal complications

	No. of patients
Endometritis	4
Abruptio placentae	3
Infected episiotomy wound	2
Urinary tract infection	2
Fatty liver	1
Renal failure (acute)	1
Disseminated intravascular coagulopathy	1

วิจารณ์

อุบัติการณ์โรคชักแห่งครรภ์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงระยะเวลา 8 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 ถึงปี พ.ศ. 2528 พบประมาณ 1 ใน 2036 รายของผู้มาคลอด ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับอุบัติการณ์ที่พบในปี พ.ศ. 2509 ถึงปี พ.ศ. 2516 ซึ่งพบประมาณ 1 ใน 1189 รายของผู้มาคลอด⁽⁴⁾ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมารับการฝากครรภ์มากขึ้น มีการวินิจฉัยและรักษา mild preeclampsia และ severe preeclampsia ได้ผลดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการนำเอาแมกนีเซียมซัลเฟตมาใช้ในการป้องกันการชักในรายที่เป็น severe preeclampsia

โรคชักแห่งครรภ์มักพบในสตรีที่มีอายุน้อย ครรภ์แรก สตรีตั้งครรภ์แฝด และได้รับการฝากครรภ์ที่ไม่ดี^(1,3,5) ซึ่งก็เหมือนกับที่พบในรายงานนี้ แต่ก่อนเคยเชื่อว่าโรคชักแห่งครรภ์มักพบมากในช่วงที่มีอากาศหนาว แต่ในรายงานนี้พบว่า โรคชักแห่งครรภ์สามารถพบได้ทุกเดือนตลอดทั้งปี ไม่ขึ้นกับฤดูกาลและความชื้นของอากาศ ซึ่งก็ตรงกับรายงานของ Porapakkham⁽⁶⁾ โรคชักแห่งครรภ์มักพบในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์^(1,3) ซึ่งในรายงานนี้พบว่าร้อยละ 77.42 ของผู้ป่วยจะเกิดในช่วงอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ และมักเกิดในระยะเวลาก่อนเจ็บครรภ์คลอดและในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด^(1,3) ซึ่งในรายงานนี้พบผู้ป่วยชักในช่วงระยะเวลาดังกล่าวถึงร้อยละ 77.42 การที่พบมากในช่วงระยะเวลาดังกล่าวยังไม่ทราบเหตุผลที่แน่ชัด แต่มีบางรายงานเชื่อว่าเกิดจากการที่รกและ chorionic villi สร้างสารบางอย่างแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในเส้นเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น^(3,7) นอกจากนี้การเจ็บครรภ์คลอดทำให้เกิดภาวะเครียดซึ่งเป็นเหตุชักนำให้ผู้ป่วยมีอาการชักเกิดขึ้นได้ หลังคลอดแล้วสารดังกล่าวจะถูกกำจัดหมดไปในระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นภายหลังคลอดแล้ว ก็ยังอาจพบมีอาการชักเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด^(1,3) อุบัติการณ์โรคชักแห่งครรภ์ที่เกิดภายหลังคลอดในรายงานทั่วไป พบประมาณร้อยละ 17-34 ของผู้ป่วย ในรายงานนี้พบผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์หลังคลอดร้อยละ 22.58 ซึ่งส่วนมากพบใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีเพียงรายเดียวที่ชักภายหลังคลอดนานเกินกว่า 48 ชั่วโมงซึ่งต้องวินิจฉัยแยกโรคทางสมองออกจากโรคชักแห่งครรภ์⁽⁸⁾

ในรายงานนี้พบผู้ป่วยมีอาการชักครั้งแรกก่อนมาโรงพยาบาล 33 ราย (ร้อยละ 53.25) โดยพบว่า เมื่อมาฝากครรภ์ได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น mild preeclampsia 9 ราย แต่ไม่ได้รับไว้ดูแลในโรงพยาบาล ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วย

จะมาฝากครรภ์คืออย่างไรก็ตาม ถ้าแพทย์ผู้ดูแลไม่สามารถวินิจฉัยภาวะ mild preeclampsia ได้ ซึ่งอาจเป็นเพราะขาดประสบการณ์หรือไม่เห็นความสำคัญ ก็จะทำให้ความรุนแรงของโรคดำเนินต่อไปจนกระทั่งเกิดเป็นโรคชักแห่งครรภ์ตามมาได้^(1,3) ถ้าวินิจฉัยเป็น mild preeclampsia แล้ว ควรจะรับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด การนอนพัก การลดภาวะเครียด และการเฝ้าระวังอาการต่าง ๆ ในมารดาจะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชักต่อมาได้^(1,3) ส่วนในรายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแล้วยังเกิดอาการชักตามมาได้ พบว่าเกิดจาก mild preeclampsia 8 ราย และเกิดจาก severe preeclampsia 14 ราย ซึ่งได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็น severe preeclampsia ที่เกิดอาการชักทั้ง ๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยแมกนีเซียมซัลเฟตจำนวน 11 รายนั้นพบว่า สาเหตุเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกมาก ทำให้ระดับแมกนีเซียมในเลือดอาจไม่เพียงพอในการป้องกันการชัก เนื่องจากแมกนีเซียมถูกขับออกจากร่างกายทางไต ดังนั้นควรเพิ่มจำนวนหยดให้เร็วขึ้น^(1,3,9) การฉีดยาขับปัสสาวะก่อนทารกคลอดไม่เป็นการสมควร เพราะจะทำให้เสียน้ำออกจากเส้นเลือด ทำให้เกิดภาวะ hemoconcentration มากยิ่งขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการชักและเป็นอันตรายต่อทารกได้ และภายหลังคลอดแล้ว ถ้ารีเฟล็กซ์ยังไว และความดันเลือดสูง ควรให้แมกนีเซียมซัลเฟตต่อ^(1,3,10)

อาการนำก่อนการชักในรายงานนี้ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตามัว และอาการเจ็บใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา อาการปวดศีรษะเกิดจากการบวมของเนื้อสมอง ตลอดจนความดันในสมองเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากการหดเกร็งของเลือดในสมอง^(1,3) อาการตามัวอาจเป็นเพราะมีการบวมของเรตินา หรือของเส้นประสาทตา หรือในศูนย์กลางของการมองเห็นในกึ่งสมอง occipital^(1,3) ส่วนอาการเจ็บใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวาเกิดจากมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มตับร่วมกับอาการบวมเพราะมี periportal necrosis ถ้าเป็นมากจะทำให้เยื่อหุ้มตับแตกได้^(1,3)

อาการแสดงที่ตรวจพบในผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์ส่วนมากจะมีความดันเลือดสูงร่วมกับมีไข่ขาวในปัสสาวะ ส่วนอาการบวมนั้นอาจพบหรือไม่ก็ได้^(1,3,11) ดังเช่นในรายงานนี้พบว่าร้อยละ 16.12 ของผู้ป่วยจะไม่มีอาการบวม การตรวจพบมีไข่ขาวในปัสสาวะเป็นการบอถึงความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงระหว่างตั้งครรภ์ ถ้ายังพบมีไข่ขาวในปัสสาวะมากเท่าไรก็แสดงว่าโรครุนแรง^(1,3,12)

ดังเช่นในรายงานนี้พบไขขาวในปัสสาวะตั้งแต่ 3^+ ขึ้นไป พบร้อยละ 53.22 การเกิดไขขาวในปัสสาวะนั้นเกิดจากการที่เส้นเลือดไปเลี้ยงไตเกิดการหดเกร็งทำให้ glomerulus ขยายใหญ่ขึ้นและบวม เกิดลักษณะเฉพาะที่เรียกว่า Glomerular capillary endotheliosis ทำให้การทำงานของไต เสียไป ทำให้มีไขขาวเส็ดลอดออกมาในปัสสาวะ นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการคั่งของ BUN creatinine และ uric acid ในเลือดด้วย^(1,3) แต่ระดับของ BUN ในเลือดนั้นแปรปรวนมาก ส่วนระดับ creatinine ในเลือดนั้น ถ้าได้มีการทำงาน เสียไปแต่เพียงเล็กน้อย ค่า creatinine ในเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก^(1,3,13) ดังเช่นในรายงานนี้ระดับ BUN และ creatinine ในเลือดผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก ส่วนระดับ uric acid ในเลือดนั้นมีรายงานพบว่าค่า uric acid มักสูงขึ้นก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในค่า BUN หรือ creatinine เนื่องจาก uric acid ถูกขับถ่ายทางไต โดยอาศัยการทำงานของ tubule ซึ่งพบว่าจะเสียไปก่อน การทำงานของ glomerulus⁽¹³⁾ ดังเช่นในรายงานนี้ พบว่าระดับ uric acid ในเลือดมากกว่า 6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบถึงร้อยละ 78.43 ส่วนระดับ BUN creatinine และ uric acid ในเลือดผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์ที่คลอดทารกเสียชีวิตมีค่ามากกว่าผู้ป่วยที่คลอดทารกมีชีวิตแสดงถึงว่าพยาธิสภาพที่เกิดกับผู้ป่วยดังกล่าวมีความรุนแรงมากกว่า

การรักษาโรคชักแห่งครรภ์ มีหลักการดังนี้คือป้องกันการก่อกลิ้น ตกเตียง ระวังอาการชัก ป้องกันการชักซ้ำ และทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยเร็วภายหลังควบคุมการชักได้แล้วภายในระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง^(1,3) ยาที่ใช้ระงับอาการชักและป้องกันการชักซ้ำในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์คือแมกนีเซียมซัลเฟตฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ซึ่งมีข้อดีต่าง ๆ ดังนี้คือระงับและป้องกันการชักโดยออกฤทธิ์ที่ neuromuscular junction ทำให้กล้ามเนื้อถูกกระตุ้นได้ยาก มีฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลางในการป้องกันการชักโดยตรง ระวังอาการปวดแน่นบริเวณลิ้นปี่และได้ขยายโครงขาได้ทันที ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดเลือดดำ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันเลือดลดลงเล็กน้อยเพียงชั่วคราว ทำให้กระบวนการเกิดลิ่มเลือดไม่เพิ่มขึ้น และลดการเกาะรวมตัวของ fibrin เมื่อให้ยานี้แล้วผู้ป่วยยังมีความรู้สึกตัวดี ไม่หลับหรือหมดสติเหมือนยาตัวอื่น ทำให้ลดปัญหาของระบบหายใจและการสำลักอาหารได้^(1,3,9) ในรายงานนี้พบผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำภายหลังจากให้แมกนีเซียมซัลเฟต มีเพียงรายเดียว ซึ่งน่าจะป้องกันได้ ผู้ป่วยรายดังกล่าวมีอาการชักซ้ำภายหลังจากที่แพทย์ได้ฉีดยาขับปัสสาวะเนื่องจาก

มีปัสสาวะออกน้อย การรักษาผู้ป่วยที่มีปัสสาวะออกน้อย ควรรักษาด้วยการให้น้ำเกลือหยดเข้าเส้นเลือด เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในเส้นเลือดแทนการฉีดยาขับปัสสาวะ^(1,3) ในกรณีที่มีปัสสาวะออกมากควรหยดแมกนีเซียมซัลเฟตให้เร็วขึ้น เพื่อให้ระดับแมกนีเซียมในเลือดอยู่ที่ระดับ 4 - 7.5 mEq/L⁽³⁾ ตลอดจนเพื่อป้องกันการชัก Sibai และคณะแนะนำให้หยดแมกนีเซียมซัลเฟตในอัตรา 3 กรัมต่อชั่วโมง⁽¹⁴⁾ ผู้รายงานมีความเห็นว่าขนาดดังกล่าวมากเกินไปสำหรับคนไทย และในปัจจุบันโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สามารถหาระดับแมกนีเซียมในเลือดได้แล้ว ดังนั้นจึงสมควรจะหาระดับแมกนีเซียมในเลือดผู้ป่วยทุกรายเมื่อให้แมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อใช้ในการปรับจำนวนหยด ซึ่งถ้าทำทุกรายภาวะการชักซ้ำและภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษจะไม่เกิดขึ้น แต่ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาระดับแมกนีเซียมในเลือดได้ อาการทางคลินิกที่แสดงว่าระดับแมกนีเซียมในเลือดเริ่มสูงเกินไปได้แก่รีเฟล็กซ์ที่เข้าหายไป หรืออัตราการหายใจลดลง โดยถ้าระดับแมกนีเซียมในเลือดสูงถึง 10 mEq/L จะทำให้รีเฟล็กซ์ที่เข้าหายไป เป็นอาการแสดงอย่างแรก ถ้าระดับในเลือดสูงถึง 15 mEq/L จะหยุดหายใจ และถ้าระดับสูงถึง 25 mEq/L จะทำให้หัวใจหยุดเต้นได้^(1,3) ในรายงานของ Zuspan⁽¹⁵⁾ ซึ่งใช้แมกนีเซียมซัลเฟตรักษาผู้ป่วยมากกว่า 16,000 ราย และในรายงานนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจากการใช้ยานี้เลย จึงนับว่าเป็นยาที่ปลอดภัยมากที่จะใช้รักษาโรคชักแห่งครรภ์แต่ต้องควบคุมการใช้อย่างเคร่งครัด ภายหลังควบคุมการชักได้แล้วต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยเร็ว ทำให้อัตราการผ่าท้องคลอดสูง ซึ่งในรายงานนี้พบถึงร้อยละ 52.05 โดยมีข้อบ่งชี้ที่พบมากที่สุดคือปากมดลูกไม่เหมาะต่อการคลอดและการคลอดดำเนินไปช้า

ผลของการรักษาโรคชักแห่งครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นับว่าได้ผลดีมาก เมื่อเทียบกับรายงานของต่างประเทศ^(11,16,17) โดยพบอัตราการตายของทารก (Perinatal mortality) เท่ากับร้อยละ 7.69 และอัตราการตายของมารดา (Maternal mortality) เท่ากับร้อยละ 1.52 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของต่างประเทศ การที่ผลของการรักษาดีเนื่องจากการนำเอาแมกนีเซียมซัลเฟตมาใช้ในการรักษาและมีการผ่าท้องคลอดมากขึ้น โดยไม่ปล่อยให้ทารกคลอดดำเนินไปนานควรคลอดภายในเวลา 8-10 ชั่วโมงภายหลังการรักษา^(1,3,5) สาเหตุการตายของทารก 5 รายนั้นพบที่เกิดร่วมกับรกลอกตัวก่อนกำหนด 3 ราย ให้การวินิจฉัยผิดและให้การรักษาด้วยยาลดความดันเลือด 1 ราย และพบร่วมกับการทำสูติศาสตร์หัตถการ 1 ราย ในจำนวนนี้พบเป็นทารกคลอด

ก่อนกำหนด 3 ราย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อย^(1,3) ส่วนสาเหตุการตายของมารดานั้นเกิดจากความดันเลือดสูง ร่วมกับมีความผิดปกติในระบบการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีเลือดออกในสมองซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคชักแห่งครรภ์^(1,3,18) แพทย์ผู้ดูแลต้องระลึกไว้เสมอว่าแมกนีเซียมซัลเฟตไม่ใช่ยาลดความดันเลือด แม้ว่ายานี้อาจทำให้ความดันเลือดลดลงได้บ้างเล็กน้อย แต่จะพบเฉพาะภายหลังเริ่มฉีดยา 1 ชั่วโมงเท่านั้น แล้วความดันเลือดจะกลับสูงขึ้นอย่างเดิม⁽¹⁹⁾ ดังนั้นถ้าความดัน diastolic ยังสูงเกินกว่า 110 มม.ปรอท ต้องให้ยา hydralazine ลดความดันเลือดทันที แต่ต้องควบคุมความดัน diastolic ให้อยู่ในช่วงระหว่าง 90-100 มม.ปรอท ไม่ควรให้ต่ำเกินไป เพราะจะทำให้เลือดไหลไปยังมดลูกน้อยลง ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อทารกได้^(1,3)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับมารดาและทารกจากการรักษาพบน้อยมากและไม่รุนแรง ไม่พบภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษในมารดาเลย ส่วนในทารกพบเพียงรายเดียวโดยทารกเกิดภาวะ hypotonia ชั่วคราว ไม่ต้องการการรักษาพิเศษแต่อย่างใด ซึ่งก็ตรงกับรายงานของ Rasch และคณะ⁽²⁰⁾

สรุป

โรคชักแห่งครรภ์ในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีอุบัติการณ์ลดลงเรื่อย ๆ ในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เช่นเดียวกับในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สาเหตุของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ถ้าเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เพิ่มอัตราการตายของมารดาและทารก ดังนั้นควรระวังการป้องกันไม่ให้เกิดโรคนี้อยู่ให้มีระบบการฝากครรภ์ที่สม่ำเสมอ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่อตรวจพบ preeclampsia ต้องรีบไว้รักษาในโรงพยาบาลทันที และต้องทราบถึงผู้ป่วยกลุ่มอื่นซึ่งมีโอกาสเกิดโรคนี้อีกได้มากคือ ผู้คลอดครรภ์แรก อายุน้อย

อ้างอิง

1. ศรีสมบูรณ์ อ่วมกุล. ความดันเลือดสูงในสตรีมีครรภ์. ใน : สุขิต ฝาสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, สุทัศน์ กลกิจไกรวินทร์, บรรณกริการ. สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : ตรีโอ แอ็ด, 2525. 191-202
2. ศรีสมบูรณ์ อ่วมกุล. สูติศาสตร์และโรคแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521. 38-100
3. Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. Williams Obstetrics. 17th ed. New York-Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985. 525-554
4. Aumkul S. Management of eclampsia in Chulalongkorn Hospital. J Med Assoc Thai 1975

ผู้คลอดครรภ์แฝด เบาหวาน ความดันเลือดสูงเรื้อรัง ครรภ์ไข่ปลาอุก ตลอกจน hydrops fetalis และพวกที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี

การรักษาโรคชักแห่งครรภ์ได้แก่ การระงับอาการชัก ป้องกันการชักซ้ำ และทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยเร็ว ภายหลังควบคุมการชักได้แล้ว ยาที่ใช้ระงับการชักและป้องกันการชักซ้ำได้ผลดี หาได้ง่าย ราคาถูก ภาวะแทรกซ้อนน้อย และเฝ้าระวังด้วยวิธีง่าย ๆ คือแมกนีเซียมซัลเฟต แต่แมกนีเซียมซัลเฟตไม่ใช่ยาลดความดันเลือด ดังนั้นถ้ามีความดันเลือด diastolic ตั้งแต่ 110 มม.ปรอท ต้องให้ยาลดความดันเลือด ที่นิยมใช้คือ hydralazine แต่ไม่ควรลดความดันเลือดให้ต่ำมากเกินไป เพราะจะเป็นอันตรายต่อทารก การเฝ้าระวังพิษจากยาแมกนีเซียมซัลเฟต ก็โดยการตรวจดูรีเฟล็กซ์ ปริมาณปัสสาวะ และอัตราการหายใจ ถ้าอยู่ในสถานที่ที่สามารถตรวจหาระดับแมกนีเซียมในเลือดได้ ก็ควรตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือดเพื่อนำมาปรับจำนวนหยดของแมกนีเซียมที่ให้ ไม่ควรให้ยาขับปัสสาวะก่อนทารกคลอดจากแนวทางการรักษาดังกล่าวที่ใช้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าได้ผลดีมาก ดังจะเห็นได้จากการเกิดการชักซ้ำ อัตราตายของมารดาและทารก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับมารดาและทารกได้ลดลงมาก ได้ผลเป็นที่น่าพอใจเมื่อเทียบกับรายงานของต่างประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเสนอ ขอขอบคุณ ดร.นันทาวาณิชยเศรษฐกุล ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และขอขอบคุณ คุณสุธารณี ศิริสมบัติ ที่ช่วยพิมพ์ต้นฉบับ

- Jul ; 58 (Suppl 1) : 43-47
5. Porapakkham S. An epidemiologic study of eclampsia. Obstet Gynecol 1970 Jul ; 54 (1): 26-30
6. Porapakkham S. Eclampsia and meteorologic factors. J Med Assoc Thai 1977 Mar; 60 (3) : 113-118
7. Puffer HW, Cheek SE, Oakes GK, Kim MK, Dantzer GR. Vasoactive effect of sera from preeclamptic patients. Am J Obstet Gynecol 1982 Feb 15; 142 (4) : 468-470

8. Watson DL, Sibai BM, Shaver DC, Dacus JV, Anderson GD. Late postpartum eclampsia : an update. *South Med J* 1983 Dec; 76 (12): 1487-1489
9. Pritchard JA. The use of magnesium sulfate in preeclampsia-eclampsia. *J Reprod Med* 1979 Sep; 23 (3) : 107-113
10. Pritchard JA, Cunningham FG, Pritchard SA. The Parkland Memorial Hospital protocol for treatment of eclampsia : evaluation of 245 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1984 Apr 1; 148 (7) : 951-962
11. Sibai BM, Mc Cubbin JH, Anderson GD, Lipshitz J, Dilts PV. Eclampsia I. Observation from 67 recent cases. *Obstet Gynecol* 1981 Nov; 58 (5) : 609-613
12. Naeye RL, Friedman EA. Causes of perinatal death associated with gestational hypertension and proteinuria. *Am J Obstet Gynecol* 1979 Jan 1; 133 (1) : 8-10
13. Redman C. Hypertension in pregnancy. In : de Swiet M, ed. *Medical Disorders in Obstetric Practice*. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1984. 149-174
14. Sibai BM, Lipshitz J, Anderson GD, Dilts PV. Reassessment of intravenous MgSO₄ therapy in preeclampsia-eclampsia. *Obstet Gynecol* 1981 Feb; 57 (2) : 199-202
15. Zuspan FP. Problems encountered in the treatment of pregnancy-induced hypertension : a point of view. *Am J Obstet Gynecol* 1978 Jul 15 ; 131 (6) : 591-597
16. Moller B, Lindmark G. Eclampsia in Sweden, 1976-1980. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65 : 307-314
17. Gedekoh RH, Hayashi TT, MacDonald HM. Eclampsia at Magee-Womens Hospital, 1970 to 1980. *Am J Obstet Gynecol* 1981 Aug 15; 140 (8) : 860-866
18. Evans S, Frigoletto FD, Jewett JF. Mortality of eclampsia : a case report and the experience of the Massachusetts maternal mortality study, 1954-1982. *N Engl J Med* 1983 Dec 29; 309 (26) : 1644-1647
19. Cotton DB, Gonik B, Dorman KF. Cardiovascular alterations in severe pregnancy-induced hypertension : acute effects of intravenous magnesium sulfate. *Am J Obstet Gynecol* 1984 Jan 15; 148 (2) : 162-165
20. Rasch DK, Huber A, Richardson CJ, L'Homme-dieu CS, Nelson TE, Reddi R. Neurobehavioral effects of neonatal hypermagnesemia. *J Pediatr* 1982 Feb; 100 (2) : 272-276