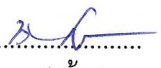


	แนวทางปฏิบัติงาน เรื่อง: แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) เขตสุขภาพที่ 8	หน้า 1/11
		รหัส :CPG-PCT-
ชื่อ : คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 8		
คณะผู้จัดทำ : แพทย์หญิงศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์ แพทย์หญิงพัชรินทร์ อึ้งอำพร นายแพทย์เมธา ทรงธรรมวัฒน์ แพทย์หญิงเสาวณีย์ ตังมโนภูมิกุล แพทย์หญิงศุภวรรณ ปัทมธรรมกุล นางปาริชาติ สาขามูละ นางสาวพรธวัช รักจรรยา นางพิรลยา จินดา นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลอุดรธานี นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลอุดรธานี นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.อุดรธานี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.อุดรธานี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.อุดรธานี		
ผู้ตรวจสอบ :  (พญ.พัชรินทร์ อึ้งอำพร) นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวชกรรม รพ.อุดรธานี ประธาน MCH Board จังหวัดอุดรธานี	ผู้อนุมัติ :  (พญ.ศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์) นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการ รพร.สว่างแดนดิน ประธาน SP MCH เขตสุขภาพที่ 8	

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

จำนวนทั้งหมด 11 หน้า

ครั้งที่	วันที่ประกาศใช้	รายละเอียด	แผ่นที่
00	ปี 2567	ประกาศใช้เอกสาร	1-11

แนวทางปฏิบัติงาน เรื่อง แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) เขตสุขภาพที่ 8

1.วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) เขตสุขภาพที่ 8
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) ได้รับการช่วยคลอดอย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก และการส่งต่อที่เหมาะสม

2.ขอบข่าย : แนวทางการปฏิบัติงานตามเอกสารคุณภาพฉบับนี้ใช้สำหรับเป็นแนวทางในการช่วยคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) เขตสุขภาพที่ 8

3.อุปกรณ์ /เครื่องมือ

- แนวทางการประเมินความเสี่ยงภาวะ shoulder dystocia
- แนวทางปฏิบัติงาน เรื่อง การคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) เขตสุขภาพที่ 8

4.ความรับผิดชอบ : บุคลากรสาธารณสุข

5.คำจำกัดความ : การวินิจฉัยว่าเป็นการคลอดติดไหล่ คือ เมื่อศีรษะทารกคลอดแล้ว การทำคลอดไหล่ด้วยวิธีการปกติ ไม่สามารถดึงให้ไหล่หน้าคลอดได้ และจำเป็นต้องใช้กระบวนการช่วยคลอดไหล่เพิ่มขึ้น หรือพบ turtle sign

6.ความสำคัญของปัญหา :

การคลอดติดไหล่ เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ พบได้ร้อยละ 0.6-1.4 ของการคลอดทางช่องคลอด หรือร้อยละ 0.19-1.6 ขึ้นกับคำจำกัดความ และการวินิจฉัย จึงจำเป็นต้องให้การช่วยคลอดอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ต่อ ทารกที่เกิดจากการขาดออกซิเจน และการบาดเจ็บจากการคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury) และต่อมารดา จากภาวะตกเลือด

7.Prediction

แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่แน่นอนแม่นยำในการทำนายการคลอดติดไหล่ และในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเรื่องการป้องกันการคลอดไหล่ยาก ว่าควรผ่าคลอดในเกณฑ์น้ำหนักทารกเท่าใด

อย่างไรก็ตามแนะนำให้แพทย์พิจารณาเป็นราย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รายที่สงสัย เช่น ทารกตัวใหญ่ มารดา อ้วนเชิงกรานแคบ หรือมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วนการกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอดในรายที่สงสัยทารกตัวใหญ่ ไม่แนะนำให้ทำในรายที่อายุครรภ์น้อยกว่า 39 สัปดาห์

จากการทบทวน RCA ทารกที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก ในโรงพยาบาลอุดรธานี จึงได้จัดทำแนวทางการป้องกัน และรักษาการคลอดไหล่ยาก โดยมีแนวทางดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงของการคลอดไหล่ยาก ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ และระยะคลอด
2. หากพบปัจจัยเสี่ยง ให้รายงานสูติแพทย์ เพื่อวางแผนการคลอด และให้คำแนะนำเรื่องโอกาสเสี่ยงของการคลอดไหล่ยาก ให้มารดา และครอบครัวร่วมตัดสินใจ และในกรณีที่โรงพยาบาลไม่มีทีมที่สามารถผ่าตัดคลอด ให้วางแผน refer
3. Early detection shoulder dystocia และให้การดูแลรักษาถูกต้อง
4. การบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง

6.อ้างอิง:

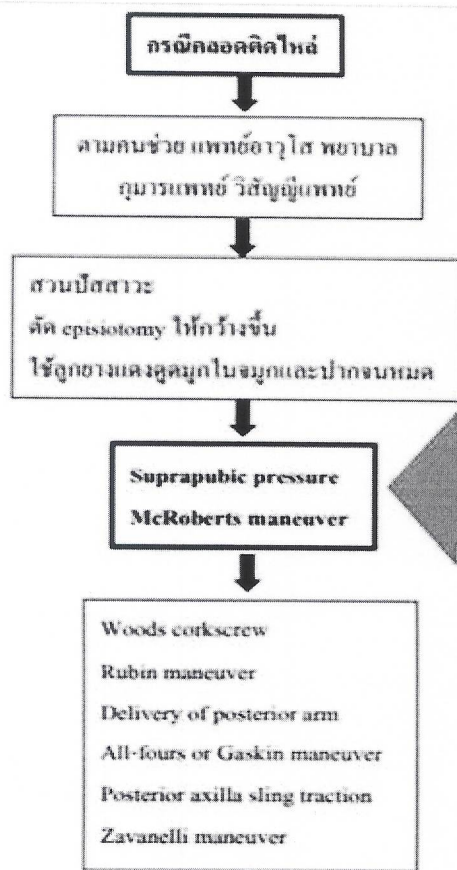
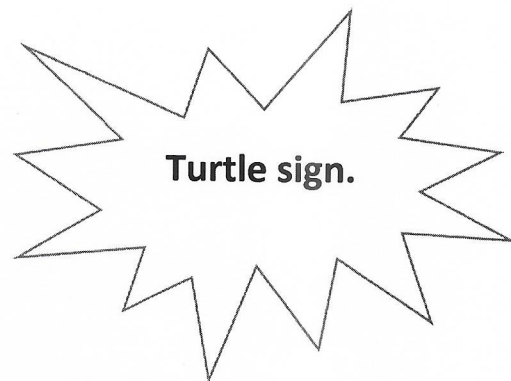
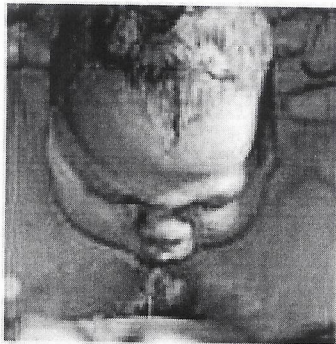
-แนวทางเวชปฏิบัติ ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง แนวทางเวชปฏิบัติการคลอดไหล่
ยาก RCOG Clinical Practice Guideline Shoulder Dystocia เอกสารหมายเลข OB 63-023 จัดทำ
โดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564 วันที่อนุมัติฉบับ 17 กรกฎาคม 2563

การประเมินความเสี่ยง Shoulder dystocia(SD)

หัวข้อการประเมิน	มี	ไม่มี
1) DM all types except GDM A1		
2) FH > 35 cm.		
3) Post term.		
4) Previous SD		
5) Obesity: maternal weight $\geq$ 80 kg, BMI $\geq$ 30		
6) Contracted pelvis		
7) Previous macrosomia		
8) Labor curve abnormality		
9) High Presentation part. ใน active phase โดยเฉพาะครรภ์แรก		
10) Induction of labor or Augmentation of labor		
11) Operative vaginal delivery		
12) EFW $\geq$ 3,600 gm.		
13) ครรภ์นี้เคยได้รับการประเมิน EFW พบว่าสงสัย ทารกตัวโต		

แนวทางการป้องกัน SD.

1. แพทย์ / พยาบาล ประเมินความเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกราย
2. หากพบความเสี่ยง ให้รายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ และให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องแนวทางการคลอด เช่น risk/benefit of try vagina and preventive cesarean section เป็นต้น
3. ให้มีการประเมิน และบันทึก clinical pelvimetry ทุกครั้ง เนื่องจากขนาดทารกอาจไม่จำเป็นต้องโตมาก ก็อาจเกิด SD ได้
4. กรณี try vaginal delivery ไม่แนะนำให้ induction or augmentation of labor เนื่องจากอาจเพิ่ม risk SD โดยเฉพาะอย่างยิ่ง risk ในข้อ 1, 4, 7, 11 และ 12
5. กรณี US for EFW ในสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัย macrosomia หรือเคยได้รับการประเมินมาก่อนว่าทารกตัวโต ให้ senior resident or staff ช่วย confirm FW อีกครั้ง
6. ให้สงสัยภาวะ SD เมื่อเห็น **turtle sign**
7. แนวทางการรักษา SD ให้เป็นไปตาม RCOG guidelines
8. สิ่งที่ไม่ควรทำคือ 4P:
 - Pivot traction ห้ามดึงศีรษะ / คอ ทารก
 - Fundal pressure ห้ามกดยอดมดลูก
 - Pull head ห้ามดึงศีรษะทารก and
 - Jerk pull ห้ามดึง หรือทำคลอดไหล่แบบกระตุก ๆ
9. สิ่งที่ไม่ควรทำคือ : HELPPER



Shoulder DyStocia

H Call for HELP 

E Evaluate for Episiotomy

L Legs : McRoberts Manoeuvre

P Pressure Externally: Suprapubic

E Enter : Rotational Manoeuvres

R Remove the posterior arm

R Roll the patient 

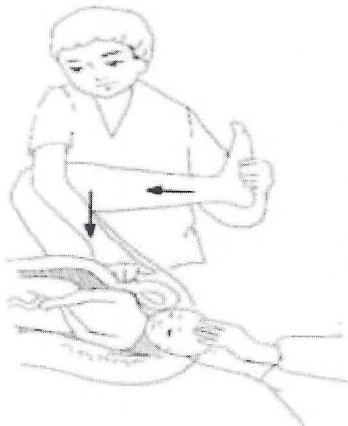
10. กรณีทำไม่สำเร็จ ให้ทำซ้ำอีก 1 รอบ

11. เลือก Mc Robert and suprapubic pressure เป็นลำดับต้น ส่วน maneuver ถัดมา อาจไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับ สามารถเลือกตามความถนัดของแพทย์ เช่น อาจต่อด้วย All 4 maneuver

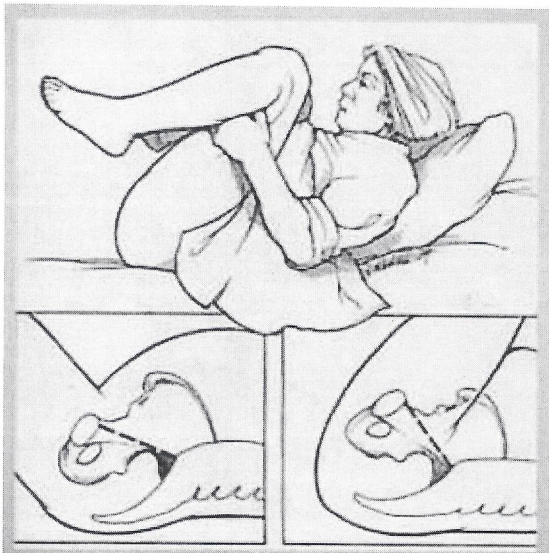
12. บันทึกเวชระเบียน (ตัวอย่างใน CPG ของราชวิทยาลัยฯ)

วิธีช่วยคลอดติดไหล่

1. Mc Robert maneuver



RTCOG



ผู้ช่วย 2 คน ยกขา มารดาออกจาก stirrups ทั้ง 2 ข้าง
งอข้อสะโพกขึ้นมาจนต้นขาชิดกับหน้าท้อง
ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกกลางเพื่อให้ไหล่หลุด
ทำร่วมกับ suprapubic pressure

2. Suprapubic pressure



ผู้ช่วยยืนทางฝั่งที่เป็นหลังของทารก ผลักให้ไหล่ทารกเฉียงและงุ่ม
ไปด้านหน้า เพื่อให้ไหล่เกิดadduction พร้อมกับผู้ทำคลอดดึง
ศีรษะทารกกลาง

คลอดไหล่จาก AP dimension >> oblique dimension
หรือ กดบริเวณเหนือหัวหน้าลงตรงๆ ทำให้ไหล่ที่ติดยุบลงไป
พร้อมกับผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกกลาง

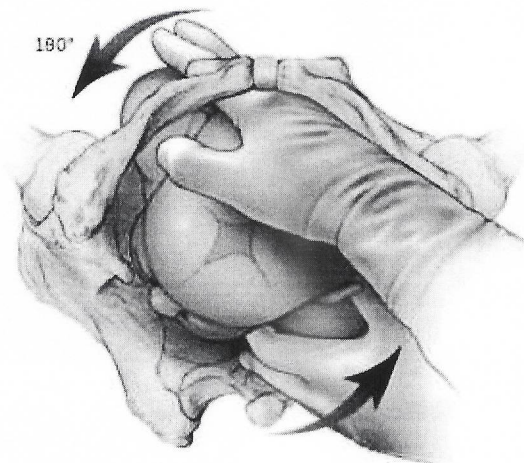
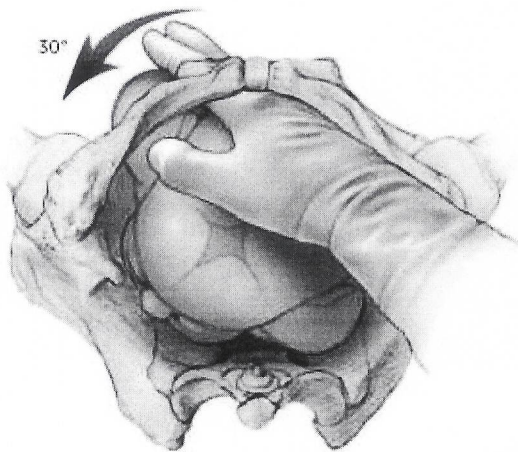
3. All 4 or Gaskin maneuver.



ใช้กรณีที่ผู้คลอดสามารถให้ความร่วมมือ
ให้มารดาอยู่ในท่าคุกเข่าทั้ง 2 ข้าง และมือทั้ง 2 ข้างยันพื้นไว้
จะทำให้ไหล่หลังเคลื่อนลงมาผ่าน promontory of sacrum
ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่างเพื่อทำคลอดไหล่หลังก่อน และ
ให้มารดาช่วยเบ่ง
ท่านี จะสามารถทำ Wood's corks crew maneuver และ
delivery of posterior arm ได้ด้วย

4. Enter / Rotational maneuvers.

4.1 Rubin II maneuvers



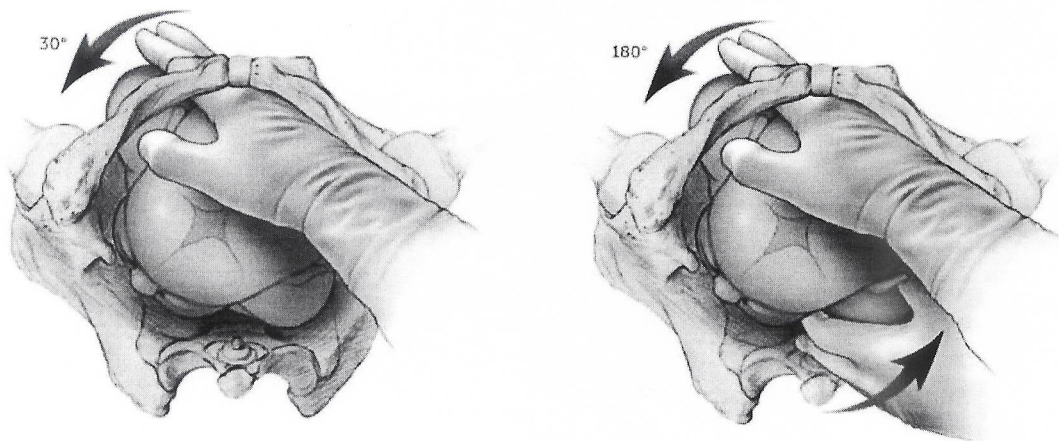
สอดมือเข้าไปในช่องคลอด

วางมือที่ด้านหลังของไหล่หน้า

ดันให้ไหล่เฉียง ให้เกิด abduct ของไหล่ไปทางหน้าอก จะทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของไหล่ลดลง (decrease AP dimension)

ผู้ทำคลอดดึงให้ไหล่หน้าคลอดออกมา

4.2 Woods corkscrew

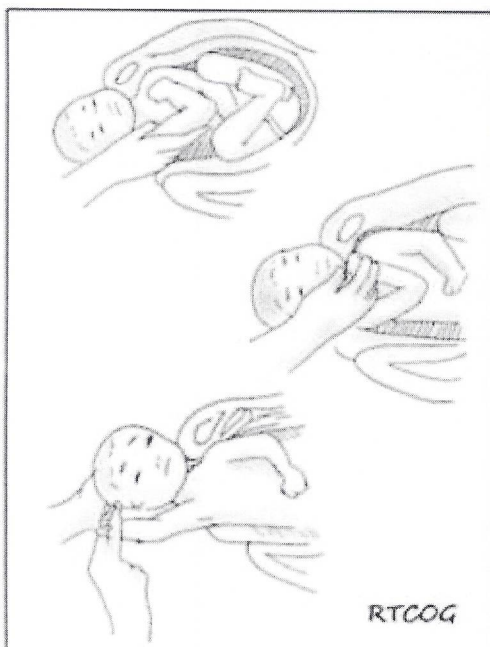


- * มือวางที่ ด้านหน้าของไหล่หลัง post shoulder
- * ผลักไปด้านหลังของทารกเพื่อให้หมุน 180 องศา
- * โดยไหล่หน้าจะหมุนมาที่ด้านล่าง แล้วทำคลอดไหล่

4.3 Reverse woods corkscrew

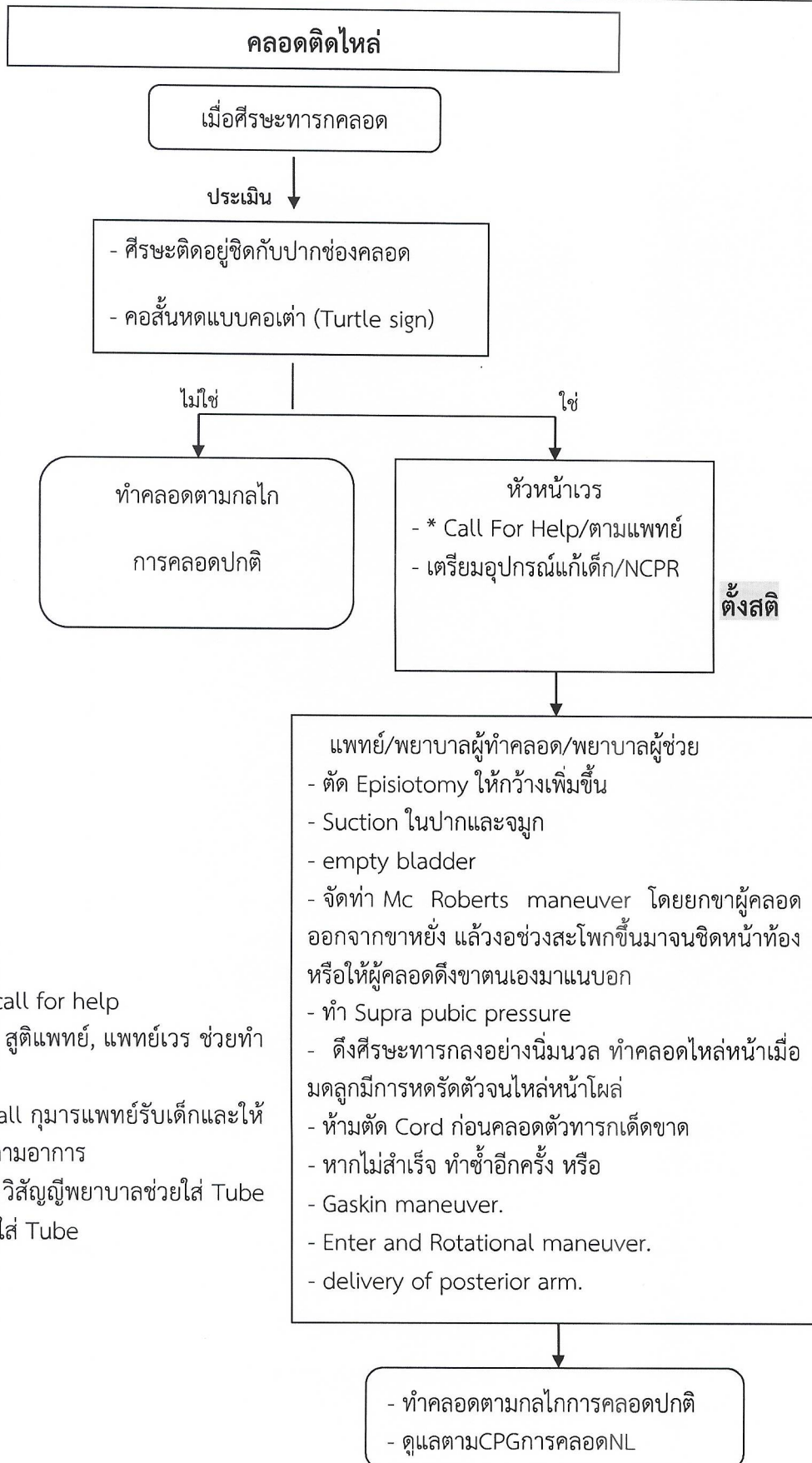
- * ใช้มือใส่ไปทาง ด้านหลังของไหล่หลัง post shoulder
- * แล้วหมุนไหล่ไป 180 องศา แบบ corkscrew
- * ไหล่หน้าที่ติดอยู่ จะถูกหมุนมาคลอดออกทางด้านหลัง

5. Delivery of posterior arms



คลอดแขนหลังโดย less trauma

- ผู้ทำคลอดใส่ถุงมือยาว ทำมือจับและสอดเข้าช่องคลอด
- คลำหาไหล่หลัง และใช้นิ้วมือตามแนวด้านหลังของต้นแขน แล้วคลำจนถึงข้อศอก
- เมื่อถึงข้อศอก ให้กดที่ข้อพับเพื่อให้ข้อศอกงอเต็มที่และเลื่อนมาจับที่ข้อมือทารก
- จากนั้นดึงมือที่แน่ใจว่าเป็น post arm ผ่าน chest และ ใบหน้า ในแนวเฉียง เพื่อให้ไหล่หลังหมุน
- ดึงแขนออกมาด้านข้าง ๆ ของหน้าทารก คลอดไหล่หลัง
- เมื่อไหล่หลังคลอดแล้ว ไหล่หน้าจะคลอดตามมา
- การดมยาสลบจะทำให้คลอดวิธีนี้ง่ายขึ้น



* หมายเหตุ : call for help

1. First call สูติแพทย์, แพทย์เวร ช่วยทำคลอด
2. Second call กุมารแพทย์รับเด็กและให้การดูแลรักษาตามอาการ
3. Third call วิสัญญีพยาบาลช่วยใส่ Tube หรือช่วยแพทย์ใส่ Tube

การดูแลระยะหลังคลอด

1. ให้ทำ NCPR ตามข้อบ่งชี้ ตรวจร่างกายทารกอย่างละเอียดเพื่อประเมินอันตรายจากการคลอด เช่น กระดูก clavicle หัก กระดูกแขนหัก การบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury) หรืออันตรายต่อระบบประสาทและสมอง
2. สำหรับมารดาต้องสำรวจ ช่องทางคลอด ประเมินการฉีกขาดของช่องคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น PPH, uterine atony and uterine rupture และการติดเชื้อ
3. สื่อสาร และอธิบายสถานการณ์ให้แก่มารดา และครอบครัวให้ทราบเป็นระยะ ๆ ควรสังเกตอารมณ์ความรู้สึก และความไม่พึงพอใจของมารดาและญาติ แพทย์ควรแสดงความเห็นใจแก่มารดาและญาติ รับฟังปัญหา และความกังวลใจด้วยท่าทีที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือ ปรึกษากุมารแพทย์ทารกแรกเกิดเพื่อช่วยประเมิน และแจ้งพยากรณ์โรคของทารก ควรมีการประชุมทีมผู้ที่เกี่ยวข้องในการรักษา และกำหนดตัวบุคคล เพื่อตอบคำถามหรือให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่มารดาและญาติ ได้ถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รมัควะวังคำพูดที่อาจจะเป็นการกล่าวโทษผู้อื่น ถ้ามารดาและญาติ มีความไม่พึงพอใจเกิดขึ้น ควรปรึกษาแพทย์อาวุโสที่มีประสบการณ์มากกว่า หรือทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือ ควรบันทึกรายละเอียดของการให้คำปรึกษาต่าง ๆ ในเวชระเบียน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและสามีลงนามรับทราบ

การบันทึกเวชระเบียน

ดังตัวอย่างของ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ตัวอย่างการบันทึกรายงานเหตุการณ์การคลอดติดไหล่

วันที่..... ชื่อผู้คลอด.....HN.....

1. การคลอดศีรษะทารก ☐ คลอดเอง ☐ ใช้เครื่องดึงสุญญากาศ ☐ ใช้คีม
2. ข้อบ่งชี้ของการใช้สูติศาสตร์หัตถการ
3. การตามคนช่วย ☐ แพทย์อาวุโสหรือผู้ที่มีประสบการณ์ ☐ กุมารแพทย์
☐ วิสัญญีแพทย์ ☐ บุคลากรอื่น ๆ ระบุ
 4. Episiotomy ☐ median ☐ mediolateral ☐ ไม่ทำ
5. การให้ยาระงับปวด ☐ ยาชาเฉพาะที่ ☐ pudendal nerve block ☐ ยาสลบ
6. วิธีการช่วยคลอดไหล่ ทำลำดับที่ ทำโดย

6.1 Suprapubic pressure	☐	☐
6.2 McRoberts maneuver	☐	☐
6.3 Woods corkscrew maneuver	☐	☐
6.4 Rubin maneuver	☐	☐
6.5 Delivery of posterior arm	☐	☐
6.6 Gaskin maneuver	☐	☐
6.7 Posterior axilla sling traction	☐	☐
6.8 Zaninelli maneuver	☐	☐
6.9 Deliberate fracture of clavicle	☐	☐
6.10 อื่น ๆ ระบุ	☐	☐
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 = ที่ 5 นาที = ที่ 10 นาที =
12. ภาวะแทรกซ้อนในทารก ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
13. การให้คำปรึกษาแนะนำแก่มารดาและญาติ

บันทึกโดย