

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

กลุ่มอาการสูดสำลักขี้เทาในทารกแรกเกิด  
ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Meconium Aspiration Syndrome in Infants  
at Pranungklao Hospital

เสาวนีย์ แสงอรุณ พบ.

Saowanee Sangaroon MD.

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

Pranungklao Hospital, Nonthaburi Province

บทคัดย่อ

ได้ศึกษาวิเคราะห์ย้อนหลังกลุ่มอาการสำลักขี้เทาในทารกแรกเกิดที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างเดือนมกราคม 2535 ถึงเดือน ธันวาคม 2537 จำนวน 9 ราย เป็นชาย 7 ราย หญิง 2 ราย เป็นทารกคลอดครบกำหนดและมีน้ำหนักตัวมากกว่า 2,500 กรัม ทั้ง 9 ราย ทารก 3 ราย (33.33%) ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารก 7 ราย (77.77%) มีค่า APGAR ที่ 5 นาที ต่ำกว่า 6 ทารกทุกรายได้รับการดูดขี้เทาในช่องปากทันทีหลังคลอด ทารก 3 รายเท่านั้นที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลม(endotracheal tube) ดูดขี้เทาในหลอดลมออก ทารกทุกรายได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน โดย 2 ราย (22.22%) มีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและเสียชีวิตทั้งหมด การถ่ายภาพรังสีของปอดพบมีความผิดปกติเพียง 3 ราย (33.33%) ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค คือ การมีค่า APGAR ที่ 5 นาทีต่ำ เพราะฉะนั้น การฝากครรภ์ การดูแลทารกระหว่างคลอดและหลังคลอดอย่างดี จะช่วยลดความพิการและอัตราการตายของทารกได้

**ABSTRACT**

A retrospective study of meconium aspiration syndrome was conducted at Pranungklao Hospital during a 3-year period from January 1991 to December 1993. Nine infants (7 male and 2 female) with meconium aspiration syndrome were analysed. All of the infants were full-term with body weight over 2,500 grams. Three cases (33.33%) were delivered by cesarian section. Seven (77.77%) had low APGAR score at 5 minute. All were oral suctioned after delivery but 3 (33.33%) were oral suctioned and tracheal suctioned by using endotracheal tube. All (100%) needed oxygen therapy, 2 (22.22%) needed respirator supports and were died. 3 (33.33%) found abnormal of chest roentgenography.

This study found that the factor related to the outcomes of treatment was low APGAR score at 5 minute. Appropriate antenatal and postnatal management guideline should be established and emphasized to decrease morbidity and mortality of meconium aspiration syndrome in infants.

**บทนำ**

กลุ่มอาการสำลักซีเทา คือกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากการที่ทารกหายใจเอาซีเทา ซึ่งปะปนอยู่ในน้ำคร่ำเข้าไปในทางเดินหายใจ การหายใจนี้อาจเกิดขึ้นในมดลูกหรือขณะคลอดผ่านช่องคลอดก็ได้<sup>(1)</sup> ซีเทาที่ทารกหายใจเข้าไปนั้นจะผ่านเข้าไปอุดตามหลอดลมขนาดใหญ่ ขนาดกลางและเล็ก จนถึงถุงลมได้ ทำให้เด็กมีอาการผิดปกติทางระบบหายใจ ตั้งแต่เล็กน้อย คือหายใจเร็วกว่าปกติ จนถึงอาการรุนแรงขนาดมีภาวะหายใจล้มเหลว อันเป็นเหตุที่ทำให้ทารกเสียชีวิตได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อหาอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการสำลักซีเทาในทารกแรกเกิด ที่คลอดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และหาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในกลุ่มอาการสำลักซีเทาดังกล่าว รวมทั้งศึกษาแนวทางในการรักษากลุ่มอาการสำลักซีเทา ที่ได้ผลดีและเหมาะสมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

**วัสดุและวิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกหลักฐานการคลอด และแฟ้มประวัติผู้ป่วยกลุ่มอาการสำลักซีเทาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตั้งแต่ 1 มกราคม 2535 ถึง 31 ธันวาคม 2537 รวมทั้งสิ้น 15 ราย

**ผลการศึกษา**

ผู้ป่วยกลุ่มอาการสำลักซีเทาทั้งสิ้น 15 ราย เป็นผู้ป่วยที่คลอดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 9 ราย อีก 6 ราย เป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ศึกษาตัดออกจากการศึกษารั้งนี้เนื่องจากรายละเอียดของการคลอดและการช่วยเหลือเบื้องต้นหลังการคลอดไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นทารกคลอดครบกำหนด (Term) คลอดท่าหัว และพบว่ามีซีเทา

ปนในน้ำคร่ำเป็นจำนวนมาก (Thick meconium stained amniotic fluid) เป็นเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 2 ราย

สำหรับปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการสำลักซีเทา ได้แก่ การมีค่า APGAR ที่ 5 นาทีต่ำ วิธีการคลอด น้ำหนักตัวเมื่อแรกคลอด และการช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการดูดซีเทาออกจากปากและหลอดลมของทารกนั้นพบว่า ผู้ป่วย 7 ราย มีค่า APGAR ที่ 5 นาที ต่ำกว่า 6 (ตารางที่ 1) ผู้ป่วย 3 ราย คลอดด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ผู้ป่วย 2 ราย ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ผู้ป่วย 1 ราย ใช้เข็มช่วย มีผู้ป่วยเพียง 3 ราย ที่คลอดปกติ (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยทุกรายมีน้ำหนักตัวมากกว่า 2,500 กรัม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงค่า APGAR ที่ 5 นาที กับจำนวนทารก

APGAR ที่ 5 นาที	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
1 - 3	4	44.44
4 - 6	3	33.33
7 - 10	2	22.22

ตารางที่ 2 แสดงวิธีการคลอดกับจำนวนทารก

วิธีการคลอด	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
คลอดปกติ	3	33.33
ใช้เข็มช่วย	1	11.11
ใช้เครื่องสุญญากาศดูด	2	22.22
ใช้วิธีผ่าตัดทางหน้าท้อง	3	33.33

ตารางที่ ๑ แสดงน้ำหนักตัวเมื่อแรกคลอด

น้ำหนักตัวแรกคลอด (กรัม)	จำนวน	ร้อยละ
< 2,500	-	-
> 2,500	9	100

ผู้ป่วยทั้ง 9 ราย ได้รับการดูดซึ่เทาจากช่องปากทันทีหลังคลอด 3 รายได้รับการดูดซึ่เทาจากหลอดลมโดยการใส่ท่อหลอดลม (endotracheal- tube) ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบหายใจ โดยพบว่ามีอาการหายใจหอบเล็กน้อย ไม่เขียว ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนอย่างเดียว 6 ราย ผู้ป่วย 1 รายต้องให้ออกซิเจนทางท่อหลอดลม ผู้ป่วย 2 รายมีอาการหายใจล้มเหลว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและเสียชีวิตในที่สุด โดยที่ 1 ราย ได้รับการดูดซึ่เทาจากหลอดลม และคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอีก 1 ราย คลอดปกติและได้รับการดูดซึ่เทาจากช่องปากเท่านั้น ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้ง 2 ราย มีค่า APGAR ที่ 5 นาทีต่ำทั้งคู่ คือน้อยกว่า 6 และ น้อยกว่า 3 ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้ง 9 รายได้รับการฉายรังสีปอดพบมีความผิดปกติเพียง 3 ราย

วิจารณ์

จากการศึกษาอื่น ๆ พบว่า อุบัติการณ์ของการพบมีซึ่เทาปนในน้ำคร่ำ ร้อยละ 8.8-16 ของการคลอด<sup>(2,3)</sup> หากทำการป้องกันและให้การบริบาลเบื้องต้นอย่างถูกต้องจะมีอาการผิดปกติทางระบบหายใจเพียงร้อยละ

0.6-1.6 เท่านั้น<sup>(2,4)</sup>

การศึกษาครั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการสำลักซึ่เทาในทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า คิดเป็นร้อยละ 0.22 ของผู้ป่วยเด็กที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าทั้งหมด และปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการมีค่า APGAR ที่ 5 นาทีต่ำ<sup>(3,5)</sup> ส่วนปัจจัยอื่นๆได้แก่วิธีการคลอด น้ำหนักตัวแรกคลอด และการดูดซึ่เทาจากหลอดลมไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่า การดูดซึ่เทาจากหลอดลมจะช่วยลดอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจและลดอัตราการตายได้<sup>(5-7)</sup> และถึงแม้ว่าการดูดซึ่เทาจากหลอดลมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ก็ตาม<sup>(3)</sup> ก็ยังแนะนำว่าหากพบมีซึ่เทาอยู่ที่บริเวณหลอดลมและสายเสียง ควรทำการดูดซึ่เทาจากหลอดลมทุกราย เพราะการปล่อยให้เกิดการสำลักซึ่เทาเข้าไปในปอด จะเกิดผลร้ายแรงกว่าการเกิดผลแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหลอดลม<sup>(8)</sup> เด็กทารกกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการสำลักซึ่เทาได้แก่ ครรภ์เกินกำหนด ทารกที่มีน้ำหนักน้อยเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (Small for gestational age) มารดามีพิษแห่งครรภ์และความดันสูง<sup>(7)</sup> จึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะก่อนคลอด โดยติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารก และเร่งการคลอดหากทารกมีภาวะขาดออกซิเจน การเตรียมเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการช่วยชีวิตให้พร้อม ทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด อันได้แก่ เครื่องดูด (suction) เครื่องมือที่ใช้ในการใส่ท่อหลอดลม (endotracheal tube) และอุปกรณ์สำหรับให้ออกซิเจนจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปได้ดียิ่งขึ้น

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นเพิ่มขึ้น

อย่างรวดเร็ว การให้บริการด้านการคลอดสูงขึ้น ทำให้โอกาสที่จะพบเด็กทารกกลุ่มอาการสำลักซีเทาสูงขึ้นด้วย จึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีห้องคลอด และห้องบริบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤติ (Neonatal Intensive Care Unit) ที่ดีพร้อมทั้งบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัยในการช่วยชีวิตทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้ทันทั่วทั้ง

จำนวนมาก แต่ไม่พบความผิดปกติทางระบบหายใจ ให้ทำเหมือนข้อ 1

3) หากพบมีซีเทาปนเปื้อนน้ำคร่ำปานกลางถึงมาก และมีความผิดปกติทางระบบหายใจร่วมด้วย ให้ดูดซีเทาในหลอดลมด้วย

หลังจากนั้นส่งทารกให้กุมารแพทย์ดูแลในห้องบริบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤติต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับทารก ที่อาจเกิดกลุ่มอาการสำลักซีเทา ได้แก่

- 1) กรณีพบว่ามีซีเทาปนเปื้อนน้ำคร่ำเพียงเล็กน้อย ให้ดูดซีเทาในช่องปากทารกก่อนการคลอดไหล่
- 2) ในกรณีพบมีซีเทาปนเปื้อนน้ำคร่ำเป็น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ นายแพทย์วีระ อิงคภาสกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเผยแพร่ นายแพทย์ไพบุลย์ ลักษณะพิสิษฐกุล หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้.

### เอกสารอ้างอิง

1. ประพุกธ ศิริปญญ์,อุรพล บุญประกอบ.ทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2533:104-107.
2. Gregory GA, Gooding CA, Phibbs RH, et al. Meconium aspiration in infants: a prospective study. J Pediatr 1974;85:848-852.
3. Houlihan CM, Knuppel RA. Meconium-stained amniotic fluid. J of Reproductive Medicine 1994; 39:888-898.
4. Yeh TF, Harris V, Srinivasan G, et al. Roentgenographic findings in infants with MAS. JAMA 1979;242:60-63.
5. Yoder BA. Meconium-stained amniotic fluid and respiratory complications: impact of selective tracheal suction. Obstetric & Gynecology 1994;83:77-84.
6. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan III VC. Nelson text book of pediatrics, 14th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992:469-470.
7. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การดูแลระบบหายใจในทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์ 2536:191-202.
8. Linder N, Aranda JV, Tsur M, et al. Need for endotracheal intubation in meconium-stained neonates. J Pediatr 1988;112:613-615.