

ภาวะน้ำคร่ำน้อย Oligohydramnios

ภาวะน้ำคร่ำน้อย อธิบายง่ายๆ แบบตรงไปตรงมาก็คือ ภาวะที่คุณแม่ท้องมีปริมาณน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ ซึ่งเราจะทราบได้จากการตรวจอัลตราซาวด์ค่า AFI (Amniotic fluid index : ค่าคำนวณความลึกของถุงน้ำคร่ำ) ระดับของค่า AFI ปกติจะอยู่ที่ 5 – 25 ซม. แต่ถ้าตรวจอัลตราซาวด์ค่า AFI จากคุณแม่แล้วได้น้อยกว่า 5 ซม. ก็จะถือว่าคุณแม่คนนั้นมีภาวะน้ำคร่ำน้อย

คำแนะนำ

ถ้าเจอในไตรมาสแรก ควรให้คำแนะนำและเฝ้าระวังภาวะแท้ง และตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์ ถ้าเกิดในไตรมาสที่สอง ควรให้การดูแลรักษาตามสาเหตุ ถ้าปริมาณน้ำคร่ำน้อยไม่มากหรือต่ำกว่าปกติเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่พยากรณ์โรคจะดี ให้ตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์และเฝ้าระวังภาวะทารกโตช้าในครรภ์ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนตามมา แต่ถ้าน้ำคร่ำน้อย จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ไม่ว่าจะเป็น skeletal deformations contractures หรือ pulmonary hypoplasia อาจพิจารณาให้ทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ หรือ ให้การรักษาเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำคร่ำดังนี้

การเติมน้ำคร่ำ (amnioinfusion)(16;17)

การดื่มน้ำมาก ๆ ทำให้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และชั่วคราว (ทารกได้น้ำเพิ่มและปัสสาวะเพิ่ม) จึงมีคุณค่าน้อย การให้สารขับปัสสาวะ (1-de amino vasopressin) ร่วมกับการดื่มน้ำปริมาณมากก็เพิ่มปริมาณน้ำคร่ำได้เล็กน้อย ยังไม่มีการนำมาใช้ในทางคลินิก(18)

สารเคลือบ (sealants) เช่น fibrin glue, gelatin sponge, amnio patch อาจใช้อุดรูรั่วจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ก่อนกำหนด แต่ยังอยู่ระหว่างการศึกษา(19;20)

การรักษาภาวะทารกเจริญเติบโตช้าที่เหมาะสม และตรวจเช็คคุณภาพความผิดปกติแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ จากการตรวจอัลตราซาวด์จะช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น มีการรักษาภายในครรภ์โดยการใส่สาย (shunt) เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะของทารกในครรภ์ที่การอุดตันอยู่ต่ำกว่าบริเวณท่อปัสสาวะ เชื่อว่าจะช่วยลดภาวะ hydronephrosis และทำให้ไตทารกไม่เสียหาย

ภาวะน้ำคร่ำมาก Polyhydramnios

หมายถึง ภาวะตั้งครรภ์ที่มีจำนวนน้ำคร่ำมากผิดปกติ เกินเปอร์เซ็นต์ที่ 95 ของแต่ละอายุครรภ์ หรือ AFI เกิน 24-25 ซม. เราจะได้จากการตรวจอัลตราซาวด์ดูค่า AFI (Amniotic fluid index : ค่าคำนวณความลึกของถุงน้ำคร่ำ) ระดับของค่า AFI ปกติจะอยู่ที่ 5 – 25 ซม. ถ้าวัดปริมาณได้โดยตรงจะถือที่มากกว่า 2,000 มล. ตอนครรภ์ครบกำหนด ส่วนมากแล้วจำนวนน้ำคร่ำที่มากมักจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเรียกว่า chronic hydramnios แต่ถ้าเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 2-3 วันก็เรียกว่า acute hydramnios ทั้งนี้ลักษณะของน้ำคร่ำจะเหมือนกับครรภ์ปกติ

คำแนะนำ

ระยะก่อนคลอด

ควรมีการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์เนื่องจากในภาวะครรภ์แฝดน้ำเพิ่มอัตราตายปริกำเนิดขึ้น 4-5 เท่า จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ โดยวิธี nonstress test, contraction stress test, biophysical profile แต่อาจมีข้อจำกัดในเกณฑ์ปริมาณน้ำคร่ำที่เยอะอยู่แล้ว รวมถึงการใช้คลื่นเสียงดอปเพลอร์ในการตรวจติดตาม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์จนกระทั่ง 40 สัปดาห์

กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์

ในรายที่มีอาการแทรกซ้อนชนิดรุนแรง แนะนำให้ทำ amnioreduction และอาจพิจารณาให้ร่วมกับ indomethacin ในการควบคุม ไม่ให้น้ำคร่ำกลับขึ้นมาเยอะใหม่ ลดความเสี่ยงในการเจาะน้ำคร่ำซ้ำ และควรหยุดเมื่ออายุครรภ์ 32- 34 สัปดาห์ เพื่อป้องกัน การตีบแคบของ ductus arteriosus

กรณีอายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์

ให้เจาะน้ำคร่ำเพื่อบรรเทาอาการได้ ไม่แนะนำให้ indomethacin แต่ให้ได้กรณีที่ต้องการหลีกเลี่ยงการเจาะน้ำคร่ำหลายๆ ครั้ง

ระยะคลอด

ต้องระวังภาวะน้ำคร่ำแตกรั่ว เพราะอาจทำให้เกิด cord prolapse หรือ abruption. ถ้าจำเป็นต้องเจาะถุงน้ำคร่ำ ให้ค่อย ๆ เจาะและปล่อยน้ำคร่ำให้ไหลออกมาช้า ๆ โดยใช้ Iowa trumpet ในรายที่ต้องเร่งคลอด

สามารถใช้ oxytocin หรือ prostaglandins ได้ หลังคลอดทันทีต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังคลอดจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด amniotic fluid embolism

เอกสารอ้างอิง

Creasy RK, Resnik R, Iams JD. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. Saunders/Elsevier; 2009.

Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics: 23rd Edition. McGraw-Hill Education; 2009.

Gabbe SG, Niebyl JR, Galan HL, Jauniaux ERM, Landon MB, Simpson JL, et al. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. Elsevier Health Sciences; 2012.

Nabhan AF, Abdelmoula YA. Amniotic fluid index versus single deepest vertical pocket as a screening test for preventing adverse pregnancy outcome. Cochrane Database Syst Rev 2008;(3):CD006593.

Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. Hydramnios: anomaly prevalence and sonographic detection. Obstet Gynecol 2002 Jul;100(1):134-9.