

อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ข้อบ่งชี้ และภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลศิครภูมิ

Cesarean Section Rate, Indication and Complication in Sikhorapoom Hospital

Keng Suebnukarn, M.D.*

เก่ง สืบบุญการณ พ.บ.*

ABSTRACT

- Objective** : To study the incidence, indication and complication of cesarean section and indication in Sikhorapoom hospital.
- Research design** : Retrospective study.
- Setting** : Sikhorapoom hospital.
- Subject** : 2,364 patients who delivered in Sikhorapoom hospital during October 2006 to September 2009, 342 patients delivered by cesarean section.
- Method** : Retrospective study of patients delivered by cesarean section (N=342) during October 2006 to September 2009.
- Result** : The cesarean section rates were 20.72%, 13.00% and 10.71% in October 2006 - September 2007, October 2007 -September 2008 and October 2008 - September 2009, respectively. The common indications for cesarean section are included Cephalopelvic disproportion (CPD), history of previous cesarean section , Breech presentation, Premature rupture of the membranes (PROM) and Fetal distress. The complications were Cesarean hysterectomy (2 case), Puerperal infection (1 case) and Wound infection (1 case)
- Conclusion** : Cesarean section rate tends to decrease with common indications: Cephalopelvic disproportion (CPD), history of previous cesarean section , Breech presentation, Premature rupture of the membranes (PROM) and Fetal distress. Even though, there are recommendations for VBAC in cases with history of previous cesarean section and for vaginal deliveries in cases with breech presentation in order to minimize cesarean section rate, in community hospitals, limited resources still obscured this effort.
- Keyword** : Cesarean section rate , Indication, Complication.

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ข้อบ่งชี้และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศรีขรภูมิ
- รูปแบบการวิจัย** : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)
- ประชากร** : ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ที่มาคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศรีขรภูมิ ปีงบประมาณ 2550 - 2552
- วิธีการศึกษา** : ศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลศรีขรภูมิ เกี่ยวกับอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ข้อบ่งชี้และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
- ผลการศึกษา** : จากผู้ป่วยที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศรีขรภูมิ ในช่วงเวลาที่ศึกษาจำนวน 2,364 คน แยกเป็นปีงบประมาณ 2550 จำนวน 772 คน ปีงบประมาณ 2551 จำนวน 769 คน และปีงบประมาณ 2552 จำนวน 766 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้งหมด 342 คน อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของโรงพยาบาลศรีขรภูมิในปีงบประมาณ 2550 -2552 ร้อยละ 20.72, 13.00 และ 10.71 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าไม่ควรเกินร้อยละ 15 ของการคลอด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเรียงจากมากไปน้อย คือ Cephalopelvic disproportion (CPD), history of previous cesarean section, Breech presentation, Premature rupture of the membrane (PROM) และ Fetal distress ภาวะแทรกซ้อนพบน้อยมาก ภาวะที่พบได้แก่ Cesarean hysterectomy 2 ราย ในปี 2552 Puerperal infection 1 ราย และ Wound infection 1 ราย ในปี 2551
- สรุป** : การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีแนวโน้มลดลง และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าที่พบบ่อยคือ Cephalopelvic disproportion (CPD), history of previous cesarean section , Breech presentation, Premature rupture of the membrane (PROM) และ Fetal distress แม้ว่าปัจจุบันจะมีการแนะนำให้ทำ VBAC ในกรณีที่มี history of previous cesarean section หรือ Vaginal delivery ในกรณี breech presentation เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง แต่พบว่าในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะทำได้
- คำสำคัญ** : อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

บทนำ

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นวิวัฒนาการสำคัญทางสูติศาสตร์ นับเป็นหัตถการที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอดอย่างปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามถ้าให้คลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัยการคลอดทางช่องคลอดก็ยังคงถือว่าเป็นวิธีการคลอดในอุดมคติ แม้การผ่าตัดในปัจจุบันมีความปลอดภัยสูงก็ตาม แต่จากการประมวลความรู้ในปัจจุบันพบว่าการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้มีผลเสียมากกว่าผลดี การผ่าตัดในรายที่สามารถให้คลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัยจึงถือเป็นหัตถการที่ไม่จำเป็น (Unnecessary Cesarean Section) เป็นอัตราการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นโดยไม่ทำให้อัตราการตายปริกำเนิดและอัตราการตายของมารดาลดลง ปัจจุบันนี้อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ไม่จำเป็นมีอัตราสูงขึ้นมาก ซึ่งมีผลเสียกระทบอย่างกว้างขวาง และเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญ หลักฐานการศึกษาจำนวนมากบ่งชี้ว่าความเชื่อสัตย์ต่อวิชาชีพมีส่วนต่ออัตรานี้ด้วย ถ้าหากกระทำไปตามข้อบ่งชี้อย่างบริสุทธิ์หรือมีการตัดสินใจบนพื้นฐานแห่งความรู้และความกรุณา เอาผลประโยชน์อันสูงสุดของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเท่าใดก็ดูเหมือนว่าจะไม่สำคัญ เพราะนั่นหมายถึงอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่เหมาะสมแล้ว แต่ถ้าอาศัยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์มาประกอบแล้วอัตราไม่ควรเกินร้อยละ 15 ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยพิเศษหรือผู้ป่วยสามัญ อัตราที่มากกว่านี้จำเป็นต้องตระหนัก⁽¹⁾

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องควรทำเฉพาะรายที่มีความจำเป็นทางสูติศาสตร์ หรือสามารถกระทำได้ตามใจชอบของแพทย์หรือผู้ป่วย เป็นหัตถการที่ผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกหรือไม่

(ในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้) ตามความเห็นของผู้รู้ทั้งหลายต่างแนะนำว่าควรทำเฉพาะในรายที่มีความจำเป็นเท่านั้น ดังเช่นคณะกรรมการด้านจริยธรรมของสมาพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา (FIGO) เน้นว่า ณ ปัจจุบันนี้ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนถึงผลประโยชน์สุทธิของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ไม่มีข้อบ่งชี้ การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ไม่มีข้อบ่งชี้ถือเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมในทางจริยธรรม เนื่องจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในรายที่ไม่มีความจำเป็นมีข้อเสียค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบการให้คลอดทางช่องคลอด และการคลอดที่เป็นไปได้โดยธรรมชาติยังคงถือว่าเป็นอุดมคติอยู่⁽²⁾

โรงพยาบาลศิริภูมิเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มีสูตินรีแพทย์ 1 คน ซึ่งเริ่มปฏิบัติงานเมื่อปี 2549 จากข้อมูลของห้องคลอดพบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลศิริภูมิ ปี 2550-2552 มีจำนวน 774 - 797 คนต่อปี ปัจจุบันให้บริการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้

เนื่องจากอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นตัวกำหนดตัวหนึ่งในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) การศึกษานี้จึงเป็น การทบทวนและวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการด้านสูติกรรมเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาให้เกิดความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศิริภูมิ
2. เพื่อศึกษาถึงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศิริภูมิ
3. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศิริภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศรีภูมิ ในปีงบประมาณ 2550 - 2552 (1 ตุลาคม 2549-30 กันยายน 2552) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนที่บันทึกไว้

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

สถิติที่ใช้ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศรีภูมิทั้งหมด 2,307 คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 - 2552

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง หรือการผ่าท้องทำคลอด (Cesarean section) หรือ Cesarean delivery หรือ Cesarean birth เป็นการคลอดทารกผ่านการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง (Laparotomy) และผ่านผนังมดลูก (Hysterotomy)

2. Primary (first) cesarean section คือ การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องครั้งแรก

3. Previous cesarean section คือ การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในผู้ป่วยที่มีประวัติผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมาก่อน

4. Cephalopelvic disproportion (CPD) คือ ภาวะที่มีการผิดสัดส่วนของทารกกับขนาดอุ้งเชิงกรานของมารดาอย่างชัดเจน

5. Fetal distress คือ ภาวะที่ทารกขาดออกซิเจน

6. คลอดท่าก้น (Breech presentation)

คือ การคลอดที่ส่วนก้นของทารกเป็นส่วนนำเข้ามาในอุ้งเชิงกราน แบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

- Frank breech เป็นท่าที่ทารกหงาย สะโพกส่วนขาและเข่าเหยียดตรงไปทางหน้าของทารก โดยขาทั้ง 2 ข้างขนานกับลำตัว

- Incomplete breech เป็นท่าที่กระดูกสะโพกข้างหน้า หรือสองข้างอยู่ในท่า Incomplete flexion ทำให้ส่วนของขาต่ำกว่ากระดูก sacrum

- Complete breech เป็นท่าที่สะโพกอยู่ในท่าลงทั้งสองข้าง แต่เข่าข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้างอยู่ในท่าลงในท่าขัดสมาธิ เมื่อการคลอดดำเนินต่อไป อาจเปลี่ยนเป็นท่า Frank breech หรือ ท่า Incomplete breech

7. Cesarean hysterectomy คือ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เนื่องจากมีเลือดออกจากมดลูกปริมาณมาก จนควบคุมไม่ได้

8. Postpartum hemorrhage คือ การที่มีเลือดออกทางช่องคลอดตั้งแต่ 500 มล. ขึ้นไปหลังสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการเจ็บครรภ์คลอด

9. Uterine atony (มดลูกไม่หดตัว) คือ การที่กล้ามเนื้อมดลูก ไม่สามารถหดตัวได้อย่างเหมาะสมหลังคลอด ทำให้มีการเสียเลือดมาก

10. Puerperal infection คือ การติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ (genital tract) หลังคลอดบุตร

11. VBAC (Vaginal Birth After Cesarean section) คือ การคลอดบุตรทางช่องคลอดในผู้ป่วยที่เคยคลอดบุตร โดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมาก่อน ซึ่งผู้ป่วย ที่เคยผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง อาจพิจารณาให้คลอดบุตรทางช่องคลอดได้ ควรมีลักษณะ ดังนี้

- เคยได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบ low Transverse มาไม่เกิน 2 ครั้ง
- ช่องเชิงกรานมีขนาดใหญ่พอ
- ไม่มีแผลอื่นที่มดลูก หรือไม่เคยมีประวัติมดลูกแตกมาก่อน
- กระทำในสถานที่ซึ่งมีความพร้อมทั้งบุคลากรและเครื่องมือในการดูแลติดตามการเจ็บครรภ์ และสามารถผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้ในกรณีฉุกเฉิน

ผลการศึกษา

จากจำนวนผู้ป่วยที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิครภูมิทั้งหมด 2,307 คน แยกเป็นปีงบประมาณ 2550 จำนวน 772 คน ปีงบประมาณ 2551 จำนวน 769 คน และปีงบประมาณ 2552 จำนวน 766 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้งหมด 342 คน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศิครภูมิ

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	< 20 ปี	54	15.79
	20-35 ปี	243	71.05
	> 35 ปี	45	13.16
Gravidity	1	143	41.81
	2	105	30.70
	3	59	17.25
	≥ 4	35	10.24
Parity	0	166	48.54
	1	110	32.16
	2	54	15.79
	≥ 3	12	3.51
Abortion	0	256	74.85
	1	58	16.96
	2	9	2.63
	≥ 3	19	5.56
GA	< 37	15	4.39
at delivery	37-42	326	95.32
(wks.)	> 42	1	0.29

จากตารางที่ 1 พบว่า อายุของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 20 -35 ปี พบน้อยที่สุดคืออายุมากกว่า 35 ปี ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก เป็นการคลอดครั้งแรก ไม่เคยแท้งมาก่อน และอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด

ตารางที่ 2 แสดงชนิดของการคลอดแยกตามปีงบประมาณ

ชนิดของการคลอด	ปีงบประมาณ					
	2550		2551		2552	
	คน	(ร้อยละ)	คน	(ร้อยละ)	คน	(ร้อยละ)
คลอดทางช่องคลอด	604	78.24	645	83.88	670	87.47
คลอดโดยใช้คีม (F/E)	0	0	6	0.78	6	0.78
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (V/E)	7	0.91	5	0.65	2	0.26
คลอดทำกัน (Breech)	1	0.13	13	1.69	6	0.78
คลอดโดยผ่าตัดคลอด	160	20.72	100	13.00	82	10.71
บุตรทางหน้าท้อง (C/S)						
รวม	772	100	769	100	766	100

จากตารางที่ 2 พบว่าอัตราการคลอดทางช่องคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและเครื่องดูดสุญญากาศ (V/E) มีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตราการคลอดโดยใช้คีมไม่เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 3 แสดงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ข้อบ่งชี้	จำนวนคน	ร้อยละ
CPD	154	45.03
Fetal distress	4	1.17
Previous C/S	65	19.00
Breech presentation	34	9.94
PROM with unfavorable cervix	32	9.36
Other	53	15.50
รวม	342	100

จากตารางที่ 3 พบว่าข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่พบบ่อย คือ CPD รองลงมาคือ Previous C/S ส่วนที่พบน้อยที่สุดคือภาวะ Fetal distress

จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เกิดจากผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบน้อยมาก ภาวะที่พบได้แก่ Cesarean hysterectomy พบจำนวน 2 รายในปีงบประมาณ 2552 (ร้อยละ 2.44) Puerperal infection พบจำนวน 1 ราย ในปีงบประมาณ 2551 (ร้อยละ 1) และ Wound infection พบจำนวน 1 ราย ในปีงบประมาณ 2551 (ร้อยละ 1)

อภิปรายผล

โรงพยาบาลศิริภูมิเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียงมีสูตินรีแพทย์ 1 คน วิชาญพยาบาล 3 คน แนวโน้มผู้ป่วยที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริภูมิมีแนวโน้มคงที่ แต่อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของโรงพยาบาลศิริภูมิมีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าไม่ควรเกินร้อยละ 15 ของการคลอด โดยอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของโรงพยาบาลศิริภูมิในปีงบประมาณ 2550 -2552 ลดลงตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาอื่น ๆ ที่อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งในและต่างประเทศ เช่น จุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2550 พบอุบัติการณ์เท่ากับร้อยละ 37.0⁽³⁾ จากการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 7.06 ในปี 1979 เป็นร้อยละ 37.77 ในปี 2006⁽⁴⁾ การศึกษาของอุษณีย์ สวัสดิ์พานิชย์ ศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2546 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.63 เป็นร้อยละ 27.12⁽⁵⁾ และการศึกษาของยศดิระวัฒนานนท์⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นการศึกษาแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ. 2533 - 2544) พบว่า อัตราการคลอดทางช่องคลอด การคลอดด้วยคีม และการคลอดด้วยเครื่องสุญญากาศ มีแนวโน้มลดอย่างช้า ๆ ขณะที่อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2544 อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ 5.6 โรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไป ร้อยละ 29.6 โรงพยาบาลรัฐ อื่น ๆ ร้อยละ 24.9 และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 53.9 อธิบายเหตุผลที่อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องลดลง

เนื่องจากโรงพยาบาลศิริภูมิมีสูตินรีแพทย์ 1 คน ซึ่งตัดสินใจผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยยึดแนว professional guidelines ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งเน้นเกณฑ์ผ่าตัดในการวินิจฉัยภาวะทารกเครียด ไม่มีความก้าวหน้าในดำเนินการคลอด ทารกทำกันที่ไม่เหมาะสมสำหรับการคลอดทางช่องคลอด เป็นต้น มีการเฝ้าคลอดอย่างถูกต้อง และใช้ partograph ติดตามความก้าวหน้าในการคลอด มีการชักนำการคลอดตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม มีระบบการตรวจสอบทางเวชปฏิบัติ (medical audit) มีการกำหนดเป้าหมาย การติดตาม การประเมินผล หรือแนวทางในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ชัดเจน ในรายที่ผู้ป่วยต้องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยไม่เข้าข้อบ่งชี้ สูตินรีแพทย์จะให้ข้อมูลจนผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับตลอดจนมีทัศนคติเชิงบวกต่อการคลอดทางช่องคลอด ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเหตุอื่นๆ ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยและจำเป็นต้องใช้ทีม ผ่าตัดที่มีความพร้อมและชำนาญสูง สูตินรีแพทย์จะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ ซึ่งอยู่ห่างออกไป 34 กิโลเมตร

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบมากในช่วงอายุ 20 -35 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.05 และการผ่าตัดคลอดบุตรพบมากในการตั้งครรภ์แรก โดยพบร้อยละ 41.81 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2550 พบอุบัติการณ์ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเท่ากับร้อยละ 37 โดยพบเป็นการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องครั้งแรกเท่ากับร้อยละ 35.2 ของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้งหมด⁽³⁾

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่พบบ่อย คือ CPD

ร้อยละ 45.03 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรรัตน์ มงคลปทุมรัตน์ ที่พบว่าข้อบ่งชี้ในการ ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่พบบ่อย คือ CPD ร้อยละ 35.33⁽⁷⁾ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้องที่พบเป็นอันดับสองของการศึกษานี้ คือ Previous cesarean section พบร้อยละ 19.00 แม้ว่าในปัจจุบัน Previous cesarean section ไม่ใช่ absolute indication ในการผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้องในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หรือแคนาดา ซึ่งในปัจจุบันยอมรับการทำ VBAC (Vaginal birth after cesarean section)^(8,9)

จากการศึกษาของ Dumwald C และคณะ พบว่าอัตราความสำเร็จของ VBAC เท่ากับร้อยละ 66.00 พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนมดลูกแตกร้อยละ 0.80⁽¹⁰⁾ หากคัดเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และ มีการดูแลที่ดีแล้ว พบว่าสามารถคลอดทาง ช่องคลอดได้สำเร็จถึงร้อยละ 60 -80⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามต้องคำนึงถึงความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจ เกิดขึ้น ได้แก่ มดลูกแตก ทารกขาดออกซิเจนและ เสียชีวิต ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับ วิธีนี้เป็นการดูแลมาตรฐาน ในส่วนของโรงพยาบาล ศีรภูมิ ยังไม่มีความพร้อมในการให้คลอดแบบ VBAC ดังนั้นในกรณีผู้ป่วยที่เคยได้รับการ ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมาก่อน สูตินรีแพทย์ จะนัดผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Elective cesarean section)

ข้อบ่งชี้ข้อหนึ่งคือ Breech presentation จากการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 9.94 ซึ่งโดยปกติ ภาวะ Breech presentation สามารถคลอดได้ทั้ง ทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดบุตรทาง หน้าท้องแต่เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของทารก ทำกันที่คลอดทางช่องคลอด พบสูงกว่าทารกที่มี ส่วนนำเป็นศีรษะถึง 13.00 เท่า⁽¹¹⁾ ซึ่งอันตราย อาจเกิดได้ทั้งทารกและมารดา ดังนั้นแนวโน้ม ในปัจจุบัน พบว่าการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ในท่า breech presentation เพิ่มขึ้น เช่น ที่สหรัฐอเมริกา พบมีการผ่าตัดคลอดบุตรทาง หน้าท้องใน breech presentation เพิ่มขึ้นร้อยละ 86.00 ในปี 2542 เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2513⁽¹²⁾

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Breech presentation ในโรงพยาบาลศีรภูมิ สูตินรีแพทย์ จะพิจารณาเป็นรายๆ ตามความ เหมาะสม เช่น การตั้งครรภ์ท้องแรกจะผ่าตัด คลอดทุกรายเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 39 สัปดาห์ แต่ถ้าเป็นท้องหลังและไม่มีความเสี่ยงแพทย์จะ พิจารณาการคลอดทางช่องคลอด

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง⁽³⁾ คือการตกเลือด ซึ่งพบน้อยมาก เพียงร้อยละ 1-2 ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้อีกคือการ ติดเชื้อ ในกรณีที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะป้องกันค่าเฉลี่ย ของความเสี่ยงในการเกิด Endomyometritis หลัง ผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 35-40 การให้ยาปฏิชีวนะ ป้องกันจะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อลงได้ ร้อยละ 60 แผลติดเชื้อพบร้อยละ 2.5-6 สำหรับการให้ยาปฏิชีวนะป้องกัน (Prophylactic antibiotic) นั้นแนะนำให้ทำทุกราย ไม่ว่าจะเป็น Planned cesarean section หรือ Emergency cesarean section เนื่องจากมีการศึกษาหลาย การศึกษา พบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันจะช่วย ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อ ที่ตัวมดลูกและการติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะ⁽¹²⁾ โดยทั่วไปแนะนำให้ฉีด Ampicillin หรือ First generation cephalosporin เช่น Cefazolin หรือ Ceftriaxone ก่อนการผ่าตัดหรือ เมื่อตัดสายสะดือเพียงครั้งเดียวก็เพียงพอ และ ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ที่มี ราคาแพง นอกจากนั้นการฉีดยาหลายครั้งภายหลัง การผ่าตัดก็ไม่ได้ทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกัน การติดเชื้อดีขึ้น⁽¹³⁾ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา

Ampicillin หรือ first generation cephalosporin มาแล้วก่อนการผ่าตัดก็ไม่มีผลจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันเพิ่มเติม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบน้อยมากภาวะที่พบได้แก่ Cesarean hysterectomy จำนวน 2 รายในปีงบประมาณ 2552 (ร้อยละ 2.44) ซึ่งทั้ง 2 รายมีสาเหตุจากรกเกาะแน่น ทำให้มีเลือดออกปริมาณมากอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แพทย์จึงตัดสินใจ ทำ hysterectomy ภาวะแทรกซ้อนอื่นคือ Puerperal infection พบจำนวน 1 ราย ในปีงบประมาณ 2551 (ร้อยละ 1) และ Wound infection พบจำนวน 1 ราย ในปีงบประมาณ 2551 (ร้อยละ 1) ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง สูติแพทย์โรงพยาบาลศิครภูมิจะให้ Ampicillin 1 กรัม ก่อนเข้าห้องผ่าตัดทุกราย ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทุกรายได้รับการดูแลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นหัตถการที่มีคุณค่ายิ่งในทางสูติศาสตร์ ที่จะขาดเสียมิได้ ผู้ศึกษาตระหนักดีว่าการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ไม่จำเป็นมีผลเสียมากกว่าผลดี นอกจากเพิ่มค่าใช้จ่ายแก่ตัวผู้ป่วยและเพิ่มความเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพแล้วยังมีผลกระทบทางโอกาสแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดในกรณีอื่น ๆ อีกด้วย ผู้ศึกษาตั้งใจให้การดูแลผู้ป่วยที่มาคลอดในโรงพยาบาลศิครภูมิตามมาตรฐานวิชาชีพ และพิจารณาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องตามข้อบ่งชี้ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร และความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชน จึงยังไม่พร้อมที่จะให้การดูแลมารดาที่ตั้งครรภ์บางกรณี เช่น การทำ VBAC ทั้งนี้ได้พิจารณาถึงประโยชน์ของผู้ป่วยและทารกเป็นอันดับแรก

สรุป

จำนวนผู้ป่วยที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิครภูมิในระยะ 3 ปีไม่เปลี่ยนแปลง แต่อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าไม่ควรเกินร้อยละ 15 ของการคลอด เหตุผลที่อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องลดลงเนื่องจากสูติแพทย์ ตัดสินใจผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยยึดแนว professional guidelines ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งเน้นเกณฑ์ผ่าตัดในการวินิจฉัยภาวะทารกเครียด ไม่มีความก้าวหน้าในดำเนินการคลอด ทารกทำกันที่ไม่เหมาะสมสำหรับการคลอดทางช่องคลอด เป็นต้น ในรายที่ผู้ป่วยต้องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยไม่เข้าข้อบ่งชี้ สูติแพทย์จะให้ข้อมูลจนผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับตลอดจนมีทัศนคติเชิงบวกต่อการคลอดทางช่องคลอด ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเหตุอื่นๆ ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยและจำเป็นต้องใช้ทีมผ่าตัดที่มีความพร้อมและชำนาญสูง สูติแพทย์จะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ ซึ่งอยู่ห่างออกไป 34 กิโลเมตร

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมถึงอัตราการคลอดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการคลอดปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์เมธี มวลไธสง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิครภูมิ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศิครภูมิ ที่ได้ให้คำแนะนำและสนับสนุนในการทำการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอดและเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน

โรงพยาบาลศรีสะเกษทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการค้นหาและรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการทำการศึกษาในครั้งนี้

บรรณานุกรม

1. ACOG practice bulletin number 47, October 2003 : Prophylactic Antibiotics in Labor and delivery. Obstetrics & Gynecology 2003; 102:4: 875-82.
2. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ , อีระ ทองสง. การลดอัตราการผ่าตัดคลอด. ใน:เยื่อน ตันนรินทร์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารก. กรุงเทพมหานคร : สร้างสื่อและสุขภาพการพิมพ์; 2544 ; 204-10.
3. เยื่อน ตันนรินทร์. Controversial Issue in Cesarean Section. ใน:ทัศน์วรรณ รังรักษ์ศิริวร, สมชัย นิรุติศาสตร์, บรรณาธิการ. OB & GYN Update & Practical VII. กรุงเทพมหานคร:คอนเซ็ปท์ เมดิคส์;2551; 113 -30 .
4. วิทยา ถิฐาพันธ์, นิศารัตน์ พัทธ์วัชร. Trend in Modes of delivery in Siriraj Hospital : A twenty - eight - year review. สารศิริราช 2550;59:271-3.
5. อุษณีย์ สวัสดิ์พานิชย์. อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นระหว่างปี 2542 - 2546. ขอนแก่นวารสาร 2547;28:2:63 -9.
6. ยศ ตีระวัฒนานนท์ , วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร , สัญญา ศรีรัตน์. แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ. 2533 - 2544). วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12 : 1-18.
7. สุริรัตน์ มงคลปทุมรัตน์ . อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลเสนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2542 -2548. ยโสธรเวช 2549;8:1:36-0.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists:Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No.5;1999.
9. Martel MJ, Mac Kinnon CJ. Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth. J Obstet Gynecol Can 2004 ; 26:7:660 - 83.
10. Durnwald C, Mercer B. Vaginal birth after cesarean delivery : predicting success, risk of failure. J Matern Fetal Neonatal Med 2004;15:6:388 - 93.
11. กิจประมุข ตันตยาภรณ์, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์. การคลอดท่าก้น . ใน:ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อโพธิ์โรจน์, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, กระเชียร คำปัญญาเลิศ, บรรณาธิการ สติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:โอ.เอส. พรินต์ติ้ง เฮาส์; 2548:241 -53.
12. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC , Wenstorm KD. Williams. Obstetrics 21st ed. New York:Mc Graw - Hill ; 2001:361 - 83.
13. ACOG practice bulletin Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery Number 47, October 2003. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2004 ; 84:300-7.