

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

อุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแนวโน้ม ที่โรงพยาบาลนครนายก

Incidence Rates and Trends of Cesarean Section at Nakornnayok Hospital.

ธิติมา เหล่าศิริรัตน์

Thitima Lausirirat M.D.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว

Department of Obstetrics and Gynecology, Nakornnayok

รพ. นครนายก

Hospital, Nakornnayok, Thailand

บทคัดย่อ

ได้ศึกษาข้อมูลการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลนครนายกย้อนหลังเป็นเวลา ๕ ปี จากวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๓๙ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๔๔ เพื่อศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แนวโน้มข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสำหรับเป็นข้อมูลพัฒนางานและหาทางลดอัตราการผ่าตัดคลอด พบว่าในเวลา ๕ ปีนี้จำนวนการคลอดมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยของอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ๓๙.๑๘%, อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔ เท่ากับ ๓๓.๗๗%, ๓๙.๓๒%, ๓๔.๙๓%, ๔๑.๔๘%, และ ๔๖.๐๙% เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยแนวโน้มสูงขึ้นทั้งอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกและอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำ ค่าเฉลี่ยของอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรก ๒๖%, ค่าเฉลี่ยของอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำ ๑๓.๑๘% ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลนครนายกหกอันดับแรกเรียงตามลำดับคือ previous cesarean section, dystocia, fetal distress, breech, elective, และ elderly gravidarum.

ABSTRACT

A retrospective study 5-years from October 1996-September 2001 was done to identify rates (%). trends, and indications of cesarean section at nakornnayok Hospital. Total numbers of delivery per year had tendency to decrease, but cesarean section rates had tendency to increase. Cesarean section rates from 1997-2001 were 33.77%, 39.32%, 34.93%, 41.48%, and 46.09%, (mean = 39.18%). Rates of first cesarean section and previous cesarean section had tendency to increase both. The mean rates of first cesarean section and previous cesarean section were 26%, and 13.18%. The six most common indications were previous cesarean section, dystocia, fetal distress, breech, elective, and elderly gravidarum.

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีช่วยเหลือมารดาและทารกในครรภ์เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ ในสหรัฐอเมริกาอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบ 4.4% ในปี พ.ศ. 2507 เพิ่มขึ้นเป็น 25% ในปี 2531 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 5 เท่า^{1,2} ที่โรงพยาบาลรามาริบัติพบ 8.7% ในปี พ.ศ. 2513 และเพิ่มขึ้นเป็น 21.4% ในปี พ.ศ. 2528³ และที่โรงพยาบาลศิริราชพบอุบัติการณ์ 6.7% ในปี พ.ศ. 2523 เพิ่มขึ้นเป็น 18.3% ในปี พ.ศ. 2537⁴ ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องค่อนข้างคงที่ในประเทศพัฒนาแล้ว² แต่กำลังเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทย³ เพราะ (1) การผ่าตัดทำได้ง่ายและค่อนข้างปลอดภัย (2) การนำเครื่องมือ electronic fetal monitoring มาใช้ในการดูแลคลอดทำให้วินิจฉัยภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้เร็วขึ้น (3) ความกลัวที่จะเกิดอันตรายที่ศีรษะของทารกจากการใช้ forceps, vacuum เมื่อศีรษะทารกยังอยู่สูง (4) ความเชื่อว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะปลอดภัยกว่าการคลอดทางช่องคลอด หรือกลัวความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการคลอด หรือเหตุผลทางสังคมอย่างอื่น

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดมากเช่นการติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรือในโพรงมดลูก หรืออาจเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดการแท้งบุตรในครรภ์ถัดไป ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะรกเกาะต่ำในครรภ์ต่อไปมากขึ้น และการฉีกขาดของมดลูก⁴ โอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาสูงกว่าการคลอดปกติถึง 2.84 เท่า⁵ เพิ่มความเสี่ยงต่อทารกเช่นคลอดก่อนกำหนด เกิด respiratory distress เสียชีวิตการได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องนอนโรงพยาบาลนาน เสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าอย่างชัดเจน การใช้ห้องผ่าตัดในกรณีของโรงพยาบาลของรัฐเพื่อการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นยังทำให้ผู้ป่วยคนอื่นที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดในกรณีอื่น ๆ เช่นอุบัติเหตุ กระดูกหักสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการผ่าตัด ถือเป็นการสูญเสียของสังคมโดยรวม สำหรับ

ประเทศไทยเน้นการศึกษาในปี พ.ศ. 2540 ในโรงพยาบาลของรัฐ 29 แห่งพบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้น 1% จะทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายเฉพาะต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึง 100 ล้านบาท⁶

ได้มีการประชุมเพื่อหาฉันทามติระดับชาติโดย National Institute of Health ในปี ค.ศ. 1980 มีมติให้ตั้งเป้าหมายลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้เหลือ 15% ในปี ค.ศ. 2000 โดยเป็น primary cesarean section ไม่เกิน 12% และเป็น secondary cesarean section ไม่เกิน 3% ของการคลอดบุตรทั้งหมด³

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีหลากหลายเช่น previous cesarean section, cephalo-pelvic disproportion (CPD), ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน เป็นต้น ไปจนถึงไม่มีข้อบ่งชี้ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาในประเทศไทยที่โรงพยาบาลพิจิตรพบข้อบ่งชี้ 3 อันดับแรกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องคือ dystocia, previous cesarean section, breech presentation⁸ ที่โรงพยาบาลนครพนมเป็น previous cesarean section, cephalo-pelvic disproportion, breech presentation⁹ ที่โรงพยาบาลแม่และเด็กยะลาเป็น previous cesarean section, dystocia breech presentation¹⁰

วัตถุประสงค์

เนื่องจากโรงพยาบาลนครนายกมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงมาก จึงทำวิจัยนี้เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และแนวโน้มการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลนครนายก ศึกษาข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสำหรับพัฒนางานห้องคลอดต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective study โดย

เก็บข้อมูลการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลนครนายกย้อนหลัง 5 ปี นับจาก 1 ตุลาคม 2539-30 กันยายน 2544 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive study) ได้แก่ ร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย

จำแนกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามข้อบ่งชี้ดังนี้

Previous cesarean section หมายถึงการผ่าครั้งนีเนื่องจากเคยได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาก่อน

Dystocia หมายถึงการคลอดที่เนิ่นนานเนื่องจากการผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะเด็กกับช่องเชิงกราน หรือภาวะที่มดลูกหดตัวผิดปกติทำให้ระยะที่หนึ่งหรือระยะที่สองของการคลอดยาวนานกว่าปกติ

Fetal distress หมายถึงทารกอยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น หัวใจเต้นช้ามาก หัวใจทารกเต้นช้าลงหลังการหดตัวของมดลูก สายสะดือย้อย ทารกเติบโตช้าในครรภ์ และ น้ำคร่ำน้อย น้ำคร่ำปนซีเทาจนเขียวขุ่น

Breech presentation หมายถึงทารกมีก้นเป็นส่วนนำ

PIH (pregnancy induced hypertension) หมายถึงความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

APH (antepartum hemorrhage) หมายถึงเลือดออกจากโพรงมดลูกก่อนการคลอดทั้งภาวะรกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนด

ตารางที่ 1

Post term หมายถึง ตั้งครรภ์ 42 สัปดาห์หรือมากกว่า

Elective gravidarum หมายถึงการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

PROM (premature rupture of membrane) หมายถึงถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่วก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์

Twins หมายถึงการตั้งครรภ์แฝดซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแฝดสอง มีแฝดสามอยู่ 1 ครั้งในปี พ.ศ. 2540

Elderly gravidarum หมายถึงมารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป

อื่น ๆ หมายถึง herpes simplex, bad obstetric history, infertile, previous antero-posterior Colpoperineorrhaphy, โรคหัวใจ

ผลการวิจัย

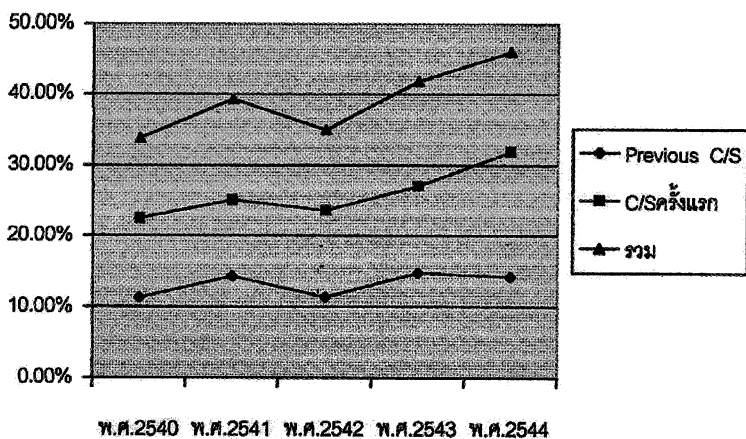
ในช่วงระยะเวลา 5 ปีตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2539 ถึง 30 กันยายน 2544 โรงพยาบาลนครนายกมีการคลอดทั้งสิ้น 9,819 ครั้ง เป็นการคลอดปกติ 5,990 ครั้ง คลอดผิดปกติ 3,829 ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 3,767 ครั้ง

จากตารางที่ 1 แสดงจำนวนคนไข้คลอดทั้งหมดแต่ละปีพบว่าจำนวนคนไข้ลดลงเรื่อย ๆ

	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544
จำนวนคลอดทั้งหมด	2,331	2,281	2,124	1,625	1,458
จำนวนคลอดปกติ	1,552	1,360	1,369	937	772
จำนวนคลอดผิดปกติ	779 (= 33.42%)	921 (= 40.38%)	755 (= 35.54%)	688 (= 42.34%)	686 (= 47.05%)
C/S	777 (= 33.77%)	897 (= 39.32%)	742 (= 34.93%)	679 (= 41.78%)	672 (= 46.09%)
V/E	1	6	11	-	1
F/E	21	14	14	7	12
Breech assisting	6	12	10	2	1

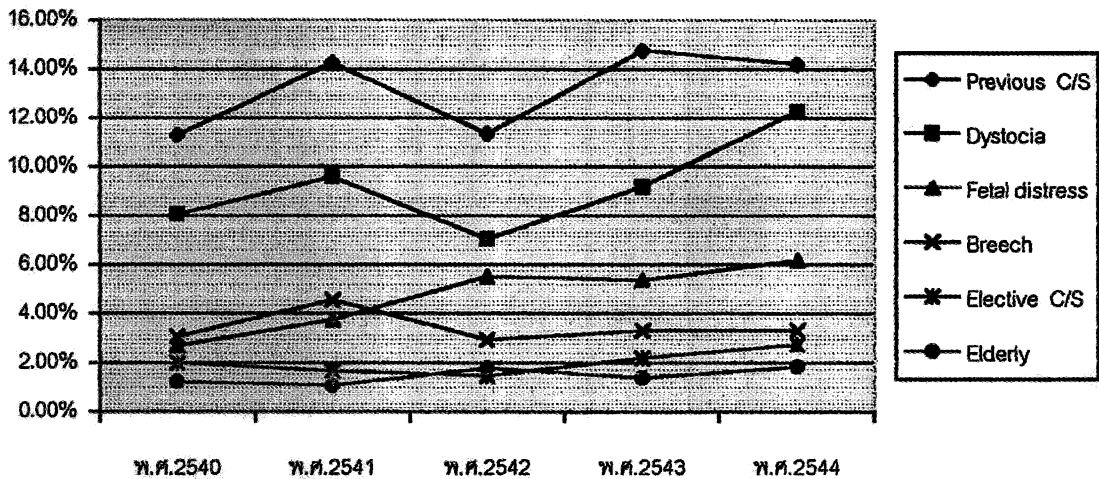
ตารางที่ 2

	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	เฉลี่ย
Previous C/S	11.29%	14.27%	11.36%	14.76%	14.22%	13.18%
C/S ครั้งแรก	22.48%	25.05%	23.57%	27.02%	31.87%	26%
รวม	33.77%	39.32%	34.93%	41.78%	46.09%	39.18%



ตารางที่ 3 แสดงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเรียงลำดับตามจำนวนมากไปน้อยจากรายละเอียดเป็น % แต่ละปี และค่าเฉลี่ยต่อปี

ลำดับที่	ข้อบ่งชี้	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	% (เฉลี่ย/ปี)
1	Previous C/S	11.29%	14.27%	11.36%	14.76%	14.22%	13.18%
2	Dystocia	8.06%	9.58%	7.05%	9.18%	12.29%	9.23%
3	Fetal distress	2.69%	3.75%	5.52%	5.36%	6.19%	4.70%
4	Breech	3.07%	4.56%	2.94%	3.30%	3.29%	3.43%
5	Elective C/S	2%	1.67%	1.47%	2.20%	2.76%	2.02%
6	Elderly	1.22%	1.07%	1.79%	1.39%	1.84%	1.46%
7	PIH	1.47%	1.21%	0.84%	1.05%	1.42%	1.20%
8	PROM	1.56%	1.41%	1.16%	1.10%	0.41%	1.13%
9	Post term	0.58%	0.46%	1.26%	0.95%	1.67%	0.98%
10	APH	0.59%	0.74%	0.79%	1.54%	1%	0.93%
11	Twins	0.78%	0.40%	0.68%	0.88%	0.75%	0.70%
12	อื่น ๆ	0%	0.20%	0.05%	0.07%	0.25%	0.11%
	% C/S แต่ละปี	33.77%	39.32%	34.93%	41.78%	46.09%	39.18%



จำนวนคนใช้คลอดปกติค่อยลงเรื่อย ๆ แต่คลอดผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ในจำนวนการคลอดผิดปกติที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นการเพิ่มที่จำนวนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเท่านั้น แต่จำนวน forceps extraction, vacuum extraction, breech assisting กลับลดลง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปีทั้งผ่าครั้งแรกและผ่าครั้งที่สองขึ้นไป โดยพบว่าสัดส่วนการผ่าตัดครั้งแรก : ผ่าครั้งที่สองขึ้นไป ประมาณ 2 : 1 ค่าเฉลี่ยของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกเท่ากับ 26%, ค่าเฉลี่ยของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำเท่ากับ 13.18%, ค่าเฉลี่ยของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 5 ปีเท่ากับ 39.18 %.

จากตารางที่ 3 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นทุกปี ๆ เริ่มจาก พ.ศ. 2540 พบ 33.77%, ปีต่อไป ๆ เป็น 39.32%, 34.93%, 41.48%, และ 46.09% ตามลำดับโดยพบค่าเฉลี่ยอยู่ที่ปีละ 39.18%

และพบว่าข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลนครนายกเรียงตามอัตราที่พบบ่อยหกอันดับแรกดังนี้

1. Previous cesarean section 13.18% ของการคลอดทั้งหมด

2. Dystocia 9.23% ของการคลอดทั้งหมด

3. Fetal distress 4.7% ของการคลอดทั้งหมด

4. Breech presentation 3.43% ของการคลอดทั้งหมด

5. Elective cesarean section 2.02% ของการคลอดทั้งหมด

6. Elderly gravidarum 1.46% ของการคลอดทั้งหมด

และจากกราฟพบว่า Previous cesarean section, Dystocia, Fetal distress, Elective cesarean section, Elderly gravidarum มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

วิจารณ์

จากการศึกษาที่โรงพยาบาลนครนายก ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2544) พบว่าจำนวนคนใช้คลอดน้อยลงทุกปีทั้งนี้เนื่องจาก (1) ในอดีตโรงพยาบาลนครนายกจะมีคนไข้เดินทางมาคลอดมาก โดยมาจากจังหวัดบึงบอระเพ็ด สระแก้ว เขาฉกรรจ์ ปราจีนบุรี แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลปราจีนบุรีพัฒนาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลบึงบอระเพ็ดและสระแก้วพัฒนาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป คนไข้จึงมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนครนายกน้อยลง (2) คนไข้จากอำเภอต่าง ๆ ของนครนายกที่มีบัตรประกันสุขภาพ บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในอดีต หรือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบันต้อง

รักษาตามโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรก่อน กลุ่มนี้จะมาที่ นครนายกน้อยลง นอกจากแพทย์โรงพยาบาลชุมชนจะ ส่งต่อมารณีเกินความสามารถ (3) เศรษฐกิจตกต่ำทำให้ ประชาชนคุมกำเนิดมากขึ้น สาเหตุเหล่านี้ทำให้อัตราคลอดลดลงเรื่อย ๆ

อัตราการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามเป้าหมายของ National Institute of Health ไม่ควรเกิน 15% โดยที่ เป็นการผ่าครั้งแรกไม่เกิน 12%, และเป็น previous C/S ไม่เกิน 3% ของการคลอดทั้งหมด^{11,12} หรือที่ Quilligan แนะนำว่าอัตราการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องควรอยู่ระหว่าง 7.8-17.5%¹³ ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นมีความเสี่ยงและผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมหลายประการ¹⁴ การศึกษาในประเทศ ไทยโดยวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ^{11,14} พบว่าอัตรา การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งในภาครัฐและเอกชนเพิ่มขึ้น 89% ภายในระยะเวลา 6 ปี (พ.ศ. 2533-2539) โดยเพิ่ม จาก 15.2% ในปี พ.ศ. 2533 เป็น 22.4% ในปี 2539 โดย ที่อัตราผ่าคลอดครั้งแรกและ previous C/S เพิ่มขึ้นใกล้เคียงกัน สำหรับการศึกษานี้ในหลาย ๆ จังหวัดพบว่าแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

อัตราการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาล นครนายกสูงเนื่องจาก (1) รับผิดชอบส่งต่อจากโรงพยาบาล ชุมชนในจังหวัดกรณีที่มีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นจำเป็นต้อง รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (2) จังหวัดนครนายก เป็นจังหวัดเล็ก ๆ ถ้าให้รักษาไม่ถูกใจคนไข้จะถูกประณาม ไปทั่ว การทำ forceps extraction, vacuum extraction จะมีร่องรอยที่ใบหน้าและศีรษะลูก ถึงแม้จะไม่เกิดอันตราย ต่อลูกแต่มีภาวะแทรกซ้อนได้ ๆ จึงทำ forceps extraction, vacuum extraction น้อยลงไปเรื่อย ๆ การคลอดจึงเพิ่ม ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทน (3) ปัจจุบันนิยมมีบุตร น้อยและไม่อยากทนทุกข์ทรมานจากการคลอด หรือมี บุตรยากไม่ต้องการเสี่ยงจะขอร้องแพทย์ให้ช่วยผ่าคลอดให้ (4) คนที่ได้รับการศึกษาสูง แต่งงานช้า ทำให้เกิดกรณี ที่มารดามีอายุมากเกิน 35 ปีมากขึ้นซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการ

ผ่าคลอด (5) โรงพยาบาลนครนายกมีการตรวจ ultra-sound, non-stress test, oxytocin challenge test ทำให้ วินิจฉัยภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้เร็วขึ้นอัตราการ ผ่าตัดจึงสูงขึ้น (6) กรณี previous cesarean section อาจให้ลองคลอดทางช่องคลอดบางกรณีเท่านั้นเช่นมาถึง โรงพยาบาลเมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้วและกำลังเบ่งโดย ตรวจแล้วไม่พบภาวะผิดปกติส่วนข้อห้ามกับช่องทาง คลอด แต่ก็ต้องเสี่ยงต่อแผลเก่าที่มดลูกปริแตก ดังนั้นเกือบ 100% ของ previous cesarean section จะได้รับการ ผ่าตัดซ้ำ

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีทั้งด้าน มารดาและทารก ข้อบ่งชี้ทางด้านมารดา³ ได้แก่

1. การผิดปกติของศีรษะเด็กกับช่องเชิงกราน
2. เลือดออกก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำหรือรกลอก ตัวก่อนกำหนด
3. ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์และปากมด ลูกยังไม่พร้อมที่จะเข้าสู่ระยะคลอด
4. โรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์
5. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม
6. มีก้อนเนื้ออกในช่องเชิงกรานขวางทางคลอด
7. น้ำเดินก่อนคลอดเป็นเวลานาน
8. มดลูกหดตัวผิดปกติ
9. เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณตัวมดลูก
10. เคยได้รับการผ่าตัดช่องคลอดเพื่อแก้ไขภาวะ บีสสาวะเล็ดเวลาไอจาม หรือมีรูทะลุระหว่างช่องคลอดกับ กระเพาะปัสสาวะ หรือช่องคลอดกับทวารหนัก

ข้อบ่งชี้ทางด้านทารก³ ได้แก่

1. ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน
2. ภาวะสายสะดือโผล่
3. ทารกมีส่วนนำเป็นก้นในครรภ์แรก
4. การติดเชื้อมดลูกที่รุนแรงที่ปากมดลูกหรือช่องคลอด หรือการติดเชื้อเริ่มที่อวัยวะเพศ

ข้อแนะนำไม่ให้นำการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพราะจะทำให้เกิดแผลเป็นบนตัวมดลูกหรืออาจเกิดภาวะ

แทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ ในรายต่อไปนี้

1. ทารกตายในครรภ์
2. ทารกมีขนาดเล็กเกินกว่าจะรอดชีวิตได้
3. เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว แต่ถ้าจำเป็นต้องผ่าตัด

ต้องแก้ไขภาวะนี้ให้ปกติก่อน

4. ทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดอย่างมากและไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หลังคลอด

การศึกษาในประเทศไทยโดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ^{11,14} พบว่า dystocia, fetal distress, breech presentation, previous cesarean section เป็นข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยในทุกโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน สำหรับที่โรงพยาบาลนครนายกนั้นข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย 6 อันดับแรกคือ

1. Previous C/S (13.18%)
2. Dystocia (9.23%)
3. Fetal distress (4.7%)
4. Breech presentation (3.43%)
5. Elective C/S (2.02%)
6. Elderly gravidarum (1.46%)

รวมทั้งหกอันดับคิดเป็น 34.02% ของการคลอด (อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลนครนายกเฉลี่ย 39.18% ของการคลอดทั้งหมด) ถ้าสามารถลดทั้งหก

อันดับนี้ลงได้ก็สามารถลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลงได้

การลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจาก previous C/S สามารถทำได้โดย

(1) อาจลดด้วยการลองให้คลอดทางช่องคลอดซึ่งหากคัดเลือกผู้ป่วยและดูแลได้ดีผู้ป่วยสามารถคลอดเองได้ 74% และ perinatal mortality ไม่สูงขึ้น มีอัตราทารกแรกเกิดตาย^{15,16} พิจารณาในรายที่ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในครรภ์ก่อนไม่คงอยู่เช่นภาวะรกเกาะต่ำ ทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ขณะคลอด หรือส่วนนำเป็นกัน สิ่งสำคัญคือการคัดเลือกผู้คลอด เช่น ขณะที่รับมารดาไว้ในโรงพยาบาลถ้าศีรษะทารกผ่านเข้ามาในเชิงกรานแล้ว ปากมดลูกนุ่ม มีความบางตัวมากกว่า 50% และปากมดลูกมีการถ่างขยายมาก

กว่า 3 เซนติเมตร ไม่มีภาวะผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะเด็กและช่องทางคลอดก็ควรพิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด¹⁷⁻¹⁹ แต่อย่างไรก็ตามต้องอาศัยสูติแพทย์ที่มีประสบการณ์ และจะต้องเฝ้าดูผลการคลอดและทารกในครรภ์ด้วยตลอดเวลา พร้อมทั้งจะต้องเตรียมในส่วนที่เกี่ยวกับวิสัญญี คลังเลือด และห้องผ่าตัดไว้ให้พร้อม³ มาตรการ vaginal birth after cesarean ไม่น่าจะเป็นมาตรการที่ได้ผลต่อการลดอัตราผ่าตัดคลอดโดยรวมมากนัก ทั้งนี้เพราะต้นตอของปัญหา คือ primary cesarean ดังนั้นความพยายามลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงควรจะมุ่งเน้นที่ลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกลง¹⁴

(2) ลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกลง การลดอัตราผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่ไม่จำเป็นจะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญมากกว่าความพยายามลดการผ่าตัดคลอดซ้ำ การลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข มีความสำคัญต่ออัตรารวมทั้งลดลงทั้งนี้เพราะมีการคลอดบุตรในสถานพยาบาลระดับนี้มากที่สุด¹⁴

การลดอัตราผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจาก dystocia สามารถทำได้โดยทำมาตรฐานการวินิจฉัย CPD ให้ได้มาตรฐาน ตรวจสอบตนเอง มีการพัฒนาคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์ที่เหมาะสม (clinical practice guideline) ทำเวชปฏิบัติในช่วงเวลาเจ็บครรภ์ที่เหมาะสม ไม่ชักนำการคลอดโดยไม่จำเป็น รวมถึงการเตรียมความพร้อมของปากมดลูกหากมีความจำเป็นต้องชักนำการคลอด active management โดยให้ oxytocin และการใช้ partograph ก็เป็นวิธีที่มีผู้เสนอเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการคลอดและการผ่าตัดคลอดได้¹⁴

สามารถลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจาก elective cesarean section ได้โดยการไม่ทำ C/S โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายที่สุดและดีที่สุด

ทุกอย่างนี้จะช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลงได้

สรุป

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลนครนายกสูงมากโดยมีอัตราเฉลี่ยในระยะเวลา 5 ปีเท่ากับ 39.18% อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องปี พ.ศ. 2540 = 33.77%, ปี พ.ศ. 2544 = 46.09%, และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยหกอันดับแรกคือ Previous C/S (13.18%), Dystocia (9.23%), Fetal distress (4.7%), Breech presentation (3.43%), Elective C/S (2.02%), Elderly (1.46%) อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกละเลย 26%, อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำเฉลี่ย 13.18%

เอกสารอ้างอิง

1. Cuningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hankins GDV, et al, editors. Williams Obstetrics. 20th ed. Connecticut : Appleton-Lange, 1997 : 509-37.
2. Taffel SM, Placek PJ, Moien M, Kosary CL. 1989 US Cesarean section rates steadies-VBAC rises to nearly one in five. Birth 1991 ; 18 : 73-7.
3. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล. สถิติศาสตร์รวมาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติกพับลิชิ่ง, 2539 : 351-6.
4. Wagner M. Choosing cesarean section. Lancet 2000 ; 356 : 1677-80.
5. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet 1999 ; 354 : 776.
6. Harnvoravongchai, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of private on the cesarean section rate in Thailand. Human Resources for Health Development Journal 2000 ; 4 : 2-12.
7. Pornpimol Ruangvutilert, Vitaya Titapart, Thaviponk Suvannakote. Trends in Cesarean Section Rate in Siriraj Hospital (1980-1994). Thai Journal of Obstetrics and Gynecology ; 8 : 211-8.
8. ประเสริฐ จิรพัฒน์สกุล. การวิจัยเรื่อง การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 8 2540 ; 5(3) : 183-93.
9. Utai Tansuwan. Cesarean section rates and trends in Nakornpanom Hospital, 1993-1999. Thai Journal of Obstetrics and Gynecology 2000 ; 12 : 185-8.
10. ประวิทย์ ชัยกองเกียรติ. รายงานการวิจัยเรื่อง การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลแม่และเด็กยะลา. วารสารวิชาการเขต 12 2544 ; 12 (4) : 10-21.
11. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, งามจิตต์ จันทราสถิต, ชลลดา สิทธิฑูรย์, พรทิพย์ แซ่จิ่ง. รายงานการวิจัยเรื่องแบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2533-2539. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541.
12. Appropriate technology for birth. Lancet 1985 ; 2 : 436-7.
13. Quilligan EJ. Marketing in roads against the C-section rate. Contem Obstet Gynecol 1983 ; 1 : 221-5.
14. ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. แนวทางในการลดอัตราผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น : การผ่าตัดคลอดในประเทศไทยจะบรรลุอัตราที่เหมาะสมได้อย่างไร. วารสารสูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 2544 ; 10(3) : 1-20.
15. Benjamin P. (Guest Editor) Vaginal birth after cesarean : Contemporary issue. Clin Obstet Gynecol 2001 ; 44 : 552.
16. Flamn BL, Lim OW, Jones C, et al. Vaginal birth after cesarean : results of a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 1988 ; 158 : 1079-84.
17. Horowitz B, Edelsteins, Lippman L. Once a cesarean section always a cesarean. Obstet Gynecol Surv 1981 ; 36 : 592-7.
18. Saldana L, Schulman H, Reuss L. Management of pregnancy after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1979 ; 135 : 555-61.
19. Merril B, Gibbs C. Planned vaginal delivery following cesarean section. Obstet Gynecol 1981 ; 52 : 50-2.