วารสารแพทย์เขต ๔ ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๔ ต.ค.- ธ.ค. ๒๕๔๕ Reg 4 Med J Vol.21 No. 4 Oct.-Dec. 2002

นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างปี พ.ศ. 2541- 2545

Cesarean Section Rates in Nakhonpathom Hospital 1998-2002

พีรพล เจริญวิบูลย์พันธุ์ พ.บ.
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว
รพ. นครปฐม จ.นครปฐม

Perapon Charoenviboonphan M.D.
Department of Obstetrics and Gynecology,
Nakhonpathom Hospital,Thailand.

บทคัดย่อ

ในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2541 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2545 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลนครปฐมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก ร้อยละ 26.26 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 31.24 ในปี พ.ศ. 2545 ข้อบ่งชี้ 4 อันดับแรก ได้แก่ Dystocia (ร้อยละ 37.12), Previous c/s (ร้อยละ 31.26), Breech Presentation (ร้อยละ 8.41) และ Fetal distress (ร้อยละ 6.91) และพบว่าอัตราตายทารกปริกำเนิด ค่อนข้างคงที่ ประมาณ 9 ต่อ 1000 การคลอดทั้งหมด

ABSTRACT

During 5 years period from 1 January- 31 December 2002, cesarean section rates in Nakhonpathom Hospital was slightly increased from 26.26 per 100 deliveries in 1998 to 31.24 in 2002. Most of the indications for cesarean section were dystocia (37.12%), pervious c/s (31.26%), breech presentation (8.41%) and fetal distress (6.91%). Perinatal mortality rate was not changed, about 9 per 1000 total birth.

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นวิธีคลอดเพื่อช่วยเหลือทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เมื่อเกิดภาวะวิกฤตระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถทำได้ง่าย รวดเร็ว และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าในอดีตมาก เนื่องจากความก้าวหน้าในด้าน วิสัญญี ยาปฏิชีวนะ ธนาคารเลือด คุณภาพของห้องผ่าตัด ตลอดจนวัสดุเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดได้รับการปรับปรุงพัฒนาให้ดีมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ปัจจุบันยังมีการนำเครื่องมือ electronic fetal monitoring มาใช้ในการดูแลการคลอดทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้เร็วขึ้นและมีความแม่นยำขึ้น ปัจจัยเหล่า

นี้ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มมากขึ้น เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกามีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.5 ในปี พ.ศ. 2508 เป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2531[1,2]

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร[3] พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.19 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 22.44 ในปี พ.ศ. 2539 ส่วนใหญ่ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเกิดขึ้นในโรงพยาบาลประจำจังหวัด คือ ร้อยละ 40 ของการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งหมด ระดับโรงพยาบาลอำเภอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.19 เป็น 7.19 ระดับโรงพยาบาลจังหวัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.22 เป็น 22.90 ระดับโรงพยาบาลศูนย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.94 เป็น 21.20 และโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.55 เป็น 51.45

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลรามาธิบดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2524 และ ร้อยละ 26.2 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 30.8 ในปี พ.ศ. 2538[4]

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศิริราช เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.06 ในปี พ.ศ. 2522 เป็นร้อยละ 24.16 ในปี พ.ศ. 2531[5] โดยไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในอัตราการตายทารกปริกำเนิด และอัตราการตายของมารดา

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ค่อนข้างคงที่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คือประมาณร้อยละ 17[6]

จากการศึกษาของศูนย์สุขภาพเขต 3 พบว่าในช่วง 5 ปี จากปี พ.ศ. 2536-2540 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.03 เป็นร้อยละ 19.24 ของการคลอด โดยเฉลี่ยมีอัตราในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลเอกชน เป็นร้อยละ 27.5, 21.8, 8.5 และ 67.8 ตามลำดับ[7]

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอุบัติการ และแนวโน้มการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลนครปฐม ศึกษาข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสำหรับพัฒนางานห้องคลอดต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective descriptive study โดยเก็บข้อมูลจากการบันทึกการคลอดของโรงพยาบาลนครปฐม ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2541 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2545 รวมระยะเวลา 5 ปี โดยจำแนกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามข้อบ่งชี้ดังนี้

Dystocia หมายถึง การคลอดที่เนิ่นนาน เนื่องจาก ศีรษะไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน หรือมดลูกหดตัวไม่ดี ทำให้การคลอดระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 ใช้เวลานาน

Breech presentation หมายถึง ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ

APH หมายถึง ภาวะเลือดออกจากโพรงมดลูกก่อนการคลอด ซึ่งอาจเกิดจากภาวะรกเกาะต่ำ หรือภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

Fetal distress หมายถึง ทารกอยู่ในภาวะวิกฤต เช่น ภาวะสายสะดือย้อย น้ำคร่ำปนขี้เทาจนเหนียวข้น อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลงภายหลังการหดรัดตัวของมดลูก ทารกเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำน้อย

Post-term หมายถึง ภาวะตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 42 สัปดาห์

Elective หมายถึง การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

Previous Cesarean Section หมายถึง มารดาเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาก่อน

PIH หมายถึง การตั้งครรภ์ร่วมกับความดันโลหิตสูงและตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะรวมถึงผู้ป่วยตั้งครรภ์และชักจากความดันโลหิตสูง

Others หมายถึง ข้อบ่งชี้อื่น ๆ ได้แก่ twin, herpes simplex, transverse lie, elderly primipara, infertile

เป็นต้น

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ อัตราส่วน และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2541 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2545 พบว่า โรงพยาบาลนครปฐมมีการคลอดทั้งหมด 26,219 ครั้ง เป็นการคลอดปกติ 17,055 ครั้ง คลอดผิดปกติ 9,164 ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 7,875 ครั้ง

จากตารางที่ 1 พบว่า แนวโน้มของการคลอดทั้งหมดลดลง แต่จำนวนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แนวโน้มของหัตการช่วยคลอดทางช่องคลอด เช่น forceps extraction, vacuum extraction กลับลดลง ส่วนการคลอดโดย breech assisting ค่อนข้างจะคงที่

จากตารางที่ 2 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลนครปฐมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงแคบ ๆ คืออยู่ที่ประมาณร้อยละ 25-30 โดยเฉลี่ยคือ ร้อยละ 30.04

จากกราฟรูปที่ 1 พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และอัตราตายทารกปริกำเนิด ค่อนข้างคงที่ คือ อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงแคบ ๆ คืออยู่ที่ประมาณร้อยละ 25-30 ส่วนอัตราตายทารกปริกำเนิด ประมาณ 9 ต่อ 1000 การคลอดทั้งหมด

ตารางที่ 1 สถิติของการคลอดของโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2541-2545

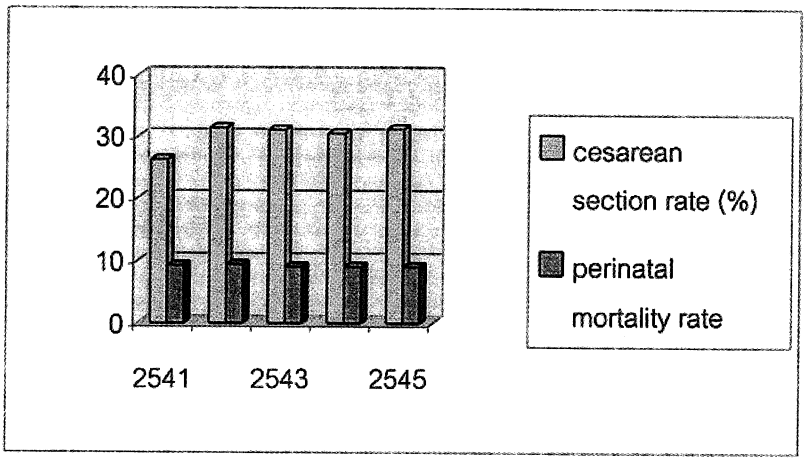
	2541	2542	2543	2544	2545	รวม
จำนวนคลอดทั้งหมด	5,741	5,323	5,179	4,986	4,990	26,219
จำนวนคลอดปกติ	3,851	3,385	3,291	3,298	3,230	17,055
จำนวนคลอดผิดปกติ	1,890	1,938	1,888	1,688	1,760	9,164
cesarean section	1,508	1,673	1,612	1,523	1,559	7,875
vacuum extraction	306	215	226	113	154	1,014
forceps extraction	22	8	3	5	2	40
breech assisting	54	42	47	47	45	235

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลนครปฐม พ.ศ. 2541-2545

สถิติการคลอด	ปี พ.ศ.					รวมเฉลี่ย
	2541	2542	2543	2544	2545	
จำนวนคลอดทั้งหมด	5,741	5,323	5,179	4,986	4,990	5,243.80
cesarean section (ราย)	1,508	1,673	1,612	1,523	1,559	1,575
cesarean section rate (%)	26.26	31.43	31.13	30.55	31.24	30.04

ตารางที่ 3 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และอัตราตายทารกปริกำเนิดของโรงพยาบาลนครปฐม

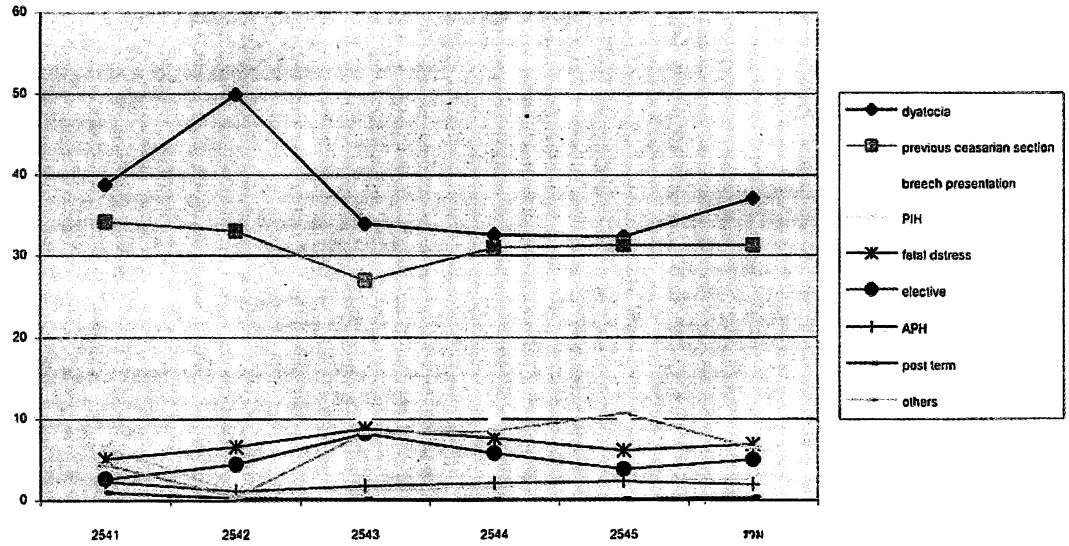
สถิติ	ปี พ.ศ.				
	2541	2542	2543	2544	2545
total birth	5,741	5,323	5,179	4,986	4,990
cesarean section rate (%)	26.26	31.43	31.13	30.55	31.24
perinatal death	53	50	47	45	45
perinatal mortality rate (ต่อ 1000 รายของการเกิด)	9.23	9.39	9.08	9.03	9.02



รูปที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและอัตราตายทารกปริกำเนิดของโรงพยาบาลนครปฐม

ตารางที่ 4 แสดงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อบ่งชี้	ปี พ.ศ.										รวม	
	2541		2542		2543		2544		2545			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
dystocia	540	35.81	836	49.97	547	33.93	496	32.57	504	32.33	2,923	37.12
previous cesarean section	515	34.15	553	33.05	434	26.92	472	30.99	488	31.3	2,462	31.26
breech presentation	120	7.96	51	3.05	168	10.42	159	10.44	164	10.52	662	8.41
PIH	99	6.57	16	0.96	21	1.31	25	1.64	40	2.57	201	2.55
fetal distress	77	5.11	111	6.63	143	8.87	117	7.68	96	6.16	544	6.91
elective	40	2.65	75	4.48	133	8.25	89	5.84	60	3.85	397	5.04
APH	35	2.32	19	1.14	29	1.8	33	2.17	37	2.37	153	1.94
post term	15	0.99	5	0.3	3	0.19	2	0.13	3	0.19	28	0.36
others	67	4.44	7	0.42	134	8.31	130	8.54	167	10.71	505	6.41



รูปที่ 2

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเปรียบเทียบกับอัตราคลอดทางช่องคลอดในทารกท่าก้น

breech presentation case	ปี พ.ศ.									
	2541		2542		2543		2544		2545	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
total breech	174	100	93	100	215	100	206	100	209	100
cesarean section	120	68.97	51	54.84	168	78.14	159	77.18	164	78.47
vaginal delivery	54	31.03	42	45.16	47	21.86	47	22.82	45	21.53

จากตารางที่ 4 และกราฟรูปที่ 2 พบว่าข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลนครปฐมที่พบบ่อย 4 อันดับแรก คือ

1. Dystocia ร้อยละ 37.12
2. Previous c/s ร้อยละ 31.26
3. Breech Presentation ร้อยละ 8.41
4. Fetal distress ร้อยละ 6.91

จากตารางที่ 5 พบว่าอัตราคลอดทางช่องคลอดในทารกท่าก้นลดลงจากร้อยละ 31.03 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 21.53 ในปี พ.ศ. 2545

วิจารณ์

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมาอยู่ในช่วง ร้อยละ 25-30 ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งศึกษาโดย ศูนย์สุขภาพเขต 3 คือ ร้อยละ 27.5[7] ข้อบ่งชี้ 3 อันดับแรก คือ Dystocia รองลงมาคือ Previous c/s และ Breech Presentation

ตามลำดับ

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลนครปฐมที่ยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงเนื่องจาก โรงพยาบาลนครปฐมเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงในระยะตั้งครรภ์และเจ็บครรภ์คลอด อีกสาเหตุหนึ่งคือ การใช้ WHO Partogram อาจทำให้แพทย์พิจารณาทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเร็วขึ้น เพื่อลดอัตรา Birth Asphyxia ส่วนกรณี Previous c/s นั้นอาจให้คลอดทางช่องคลอดเพียงบางกรณีเท่านั้น คือ ในรายที่ตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อย ๆ หรือในรายที่ทารกในครรภ์มีความพิการแต่กำเนิด หรือในรายที่ผู้ป่วย มาถึงโรงพยาบาลเมื่อปากมดลูกเปิดหมดเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วย Previous c/s มักได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทบทุกราย ในกรณีทารกท่าก้นนั้น อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในทารกท่าก้นเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 68.97 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 78.47 ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งก็ใกล้เคียงกับอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในทารกท่าก้นของโรงพยาบาลศิริราช (ปี พ.ศ. 2531) พบว่าสูงกว่าร้อยละ 70[8] และในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2536 เท่ากับร้อยละ 87[9] ส่วนภาวะ Fetal distress ของทางโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 6.91 เนื่องจากเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่แตกต่างกัน และการแปลผลบันทึกอัตราการเต้นหัวใจทารกจากเครื่อง electronic fetal mornitoring ซึ่งมีความไวสูง แต่มีความจำเพาะยังไม่ดีพอ[10]

สำหรับข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า Dystocia เป็นสาเหตุหลักโดยพบถึง ร้อยละ 37.12 รองลงมาเป็น Previous c/s พบร้อยละ 31.26 อันดับที่ 3 คือ Breech Presentation พบร้อยละ 8.41 ถ้ารวมข้อบ่งชี้สามอันดับแรก เป็นร้อยละ 76.79 ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งหมด หากต้องการลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ควรจะลดอัตราข้อบ่งชี้สามอันดับแรกนี้ ซึ่งทำได้โดย active manangement of labor โดยการให้ oxytocin รวมทั้งทำแนวทางการวินิจฉัย ภาวะ CPD ให้ได้มาตรฐานสำหรับการลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำ สามารถลดได้ด้วยการทดลองให้คลอดทางช่องคลอด ซึ่งควรจะมีเกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยที่ดีและมี monitor ที่พร้อม ถ้าสามารถทำได้ก็สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เองถึงร้อยละ 74 และมีส่วนอัตราตายทารกปริกำเนิด ไม่สูงขึ้น มีอัตรามดลูกแตกเพียงร้อยละ 2[11] ส่วนการลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในทารกท่าก้นสามารถทำได้โดย การทำ external cephalic version รวมทั้งการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีทารกท่าก้นที่เหมาะสมที่จะให้คลอดทางช่องคลอด

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. Tangcharoensathien V, Hanvoravongchai P, Lertiendumrong J. How to reduce cesarean section ? ใน : บุญศรี จันทร์รัชชกูล, รสิก รังสิปราการ, พัญญู พันธ์บูรณะ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ร่วมสมัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 1999 : 49-66.
4. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, ยงยุทธ เหราปัตย์, กำแหง จาตุรจินดา. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาธิบดี. ฉบับนิพนธ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2539 : 349-72.
5. Titapant V, Wutthivoraporn S, Swasdimonkol P. Changing trend in methods of delivery at Siriraj hospital : a twenty-year review. Siriraj Hospital Gaz 2000 ; 52 (4) : 221-5.
6. Maternal-fetal Medicine 1989-1999, Maternal-fetal

Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Thailand, 2000.

7. Chinvanthananond P. Caesarean section rates in Thai Health Region 3 during 1993-1997. Thai J Obstet Gynaecol 1999 ; 11(1) : 23-7.
8. Ruangvutilert P, Titapant V, Suvonnakote T. Trends in cesarean section rate in Siriraj hospital (1980-1994) Thai J Obstet Gynecol 1996 ; 8 : 211-9.
9. กิจประยูร ตันตราภรณ์. การคลอดท่าก้น. ใน : สุขิต เผ่าสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชุติวงศ์, ดำรง เหรียญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2538 : 302-13.
10. Porreco RP, Thorp JA. The cesarean birth epidemic : trends, causes and solutions see comments. Am J Obstet Gynecol 1996 ; 175 : 369-74.
11. Flamm BL, Lim OW, Jones C, et al. Vaginal birth after cesarean section : results of a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 1988 ; 158 : 1079-84.