วารสารแพทย์เขต ๔ ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๓ ก.ค.-ก.ย. ๒๕๔๓ Reg 4 Med J Vol.19 No.3 July-Sep. 2000

นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พ.ศ. 2538-2542

Cesarean Section Rates in Prachomklao Hospital Phetchaburi Province 1995-1999

สาธิต ทิมขำ พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Satit Thimkam M.D., Cert. Board in Obstetrics and Gynecology
Department of Obstetrics and Gynecology, Prachomklao Hospital, Phetchaburi Province, Thailand.

บทคัดย่อ

ในระยะเวลา 5 ปี อัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.87 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 35.58 ในปี พ.ศ. 2542 ข้อบ่งชี้ 4 อันดับแรก ได้แก่ previous cesarean section (ร้อยละ 26.19), dystocia (ร้อยละ 24.23), fetal distress (ร้อยละ 8.57) และ breech presentation (ร้อยละ 7.55) อัตราการผ่าตัดคลอดประมาณร้อยละ 65 เป็นการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์ ซึ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์ ประมาณร้อยละ 50 จะคลอดบุตรโดยวิธีผ่าตัดคลอด และพบว่าอัตราตายทารกปริกำเนิดลดลงเล็กน้อยจาก 15.31 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2538 เหลือ 13.93 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งไม่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการผ่าตัดคลอด และในปี พ.ศ. 2538 มีมารดาเสียชีวิต 1 ราย จากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นอัตราตายมารดาเท่ากับ 38.62 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ

ABSTRACT

During 5 years period, cesarean section rates in Prachomklao Hospital Phetchaburi Province increased from 18.87 per 100 deliveries in 1995 to 35.58 in 1999. Most of the indications for cesarean section were previous cesarean section (26.19%), dystocia (24.23%), fetal distress (8.57%) and breech presentation (7.55%). Sixty-five percent of cesarean section cases were private cases and half of private cases were delivered by cesarean section. Perinatal mortality rate decreased from 15.31 per 1,000 births in 1995 to 13.93 in 1999, and was not clearly affected by these increasing cesarean section rates. In 1995, there was one maternal death due to postpartum hemorrhage. Maternal mortality rate was 38.62 per 100,000 live births.

บทนำ

ปัจจุบันแนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอดยังคงเพิ่มอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษารวบรวมข้อมูลในประเทศไทย โดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ พบอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.19 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 22.44 ในปี พ.ศ. 2539[1] ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 26.1 ในปี พ.ศ. 2536[2] ในโรงพยาบาล ศิริราชมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2523 เพิ่มเป็นร้อยละ 18.3 ในปี พ.ศ. 2537[3] ในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เช่น ในโรงพยาบาลพระปกเกล้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.45 ในปี พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 22.59 ในปี พ.ศ. 2539[4] ในโรงพยาบาลอุดรธานี มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มจากร้อยละ 15.4 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 19.4 ในปี พ.ศ. 2542[5] ในโรงพยาบาลปทุมธานีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 17.6 ในปี พ.ศ. 2542[6] สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการผ่าตัดคลอดเป็นเทคนิคที่ทำได้ง่าย ค่อนข้างปลอดภัย รวมทั้งมีการเพิ่มของข้อบ่งชี้ทั้งด้านมารดาและทารกและข้อบ่งชี้ทางสังคมอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีอันตรายในบางส่วนที่มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด เช่น การติดเชื้อ การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า และต้องพักฟื้นนานกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด[7] จากการศึกษาในสหราชอาณาจักรพบว่า ถ้าอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะทำให้ค่าใช้จ่ายการบริการด้านสาธารณสุขแห่งชาติเพิ่มประมาณ 5 ล้านปอนด์[8] ดังนั้นจึงมีความพยายามที่จะควบคุมและลดอัตราการผ่าตัดคลอด องค์การอนามัยโลกเสนอแนะว่าอัตราการผ่าตัดคลอดควรจะอยู่ในระดับร้อยละ 10-15[9]

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอัตราการผ่าตัดคลอด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ความสัมพันธ์ของอัตราการผ่าตัดคลอดกับการฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์ อัตราตายมารดา และความสัมพันธ์ของอัตราการผ่าตัดคลอดกับอัตราตายทารกปริกำเนิด เพื่อเป็นแนวทางในการหาวิธีควบคุมและลดอัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลังโดยเก็บรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนมกราคม 2538 ถึงเดือนธันวาคม 2542 เป็นระยะเวลา 5 ปี โดยศึกษาถึงอัตราการผ่าตัดคลอด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการผ่าตัดคลอดกับการฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์ (private case คือการฝากครรภ์ที่แพทย์เป็นผู้ดูแลก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด โดยได้รับค่าตอบแทน) อัตราตายมารดา และอัตราตายทารกปริกำเนิด

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดแบ่งออกเป็น

1. Primary cesarean section (การผ่าตัดคลอดครั้งแรก)
   - 1.1 Dystocia
   - 1.2 Breech presentation
   - 1.3 Fetal distress
   - 1.4 Failed induction
   - 1.5 Elective
   - 1.6 Others คือข้อบ่งชี้อื่น ๆ เช่น placenta previa, prolapsed cord, herpes simplex genitalis, twins เป็นต้น
2. Previous or repeated cesarean section (การผ่าตัดคลอดซ้ำ)

ผลการศึกษา

1. อัตราการผ่าตัดคลอดในปี พ.ศ. 2538 เท่ากับร้อยละ 18.87 เพิ่มเป็น ร้อยละ 35.58 ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการผ่าตัดคลอดตลอดระยะ

5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538-2542 (ดังตารางที่ 1)

2.

2.1 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดจากการผ่าตัดคลอดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2542 สามอันดับแรก ได้แก่ previous cesarean section (ร้อยละ 26.19), dystocia (ร้อยละ 24.23), fetal distress (ร้อยละ 8.57) และ breech presentation (ร้อยละ 7.55)

2.2 อัตราการคลอดจากข้อบ่งชี้ dystocia เพิ่มจากร้อยละ 16.02 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 24.23 ในปี พ.ศ. 2542

2.3 อัตราการผ่าตัดคลอดจากข้อบ่งชี้ fetal distress เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.85 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 8.57 ในปี พ.ศ. 2542

2.4 อัตราการผ่าตัดคลอดจากข้อบ่งชี้ elective ลดลงจากร้อยละ 23.33 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 5.87 ในปี พ.ศ. 2542

2.5 อัตราการผ่าตัดคลอดในครั้งแรกในปี พ.ศ. 2538 เท่ากับร้อยละ 73.43 ใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 73.81 ส่วนอัตราการผ่าตัดซ้ำในปี พ.ศ. 2538 เท่ากับร้อยละ 26.57 ใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 26.19 (ดังตารางที่ 2)

3. ในปี พ.ศ. 2538, 2539, 2540 มีหญิงตั้งครรภ์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (พ.ศ. 2538-2542)

สถิติการคลอด	ปี					รวมเฉลี่ย
	2538	2539	2540	2541	2542	
Total delivery (ราย)	2,613	2,665	2,973	3,283	3,016	2,910
c/s (ราย)	493	646	914	1,063	1,073	837
c/s rate (ร้อยละ)	18.87	24.24	30.74	32.38	35.58	28.36

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ต่าง ๆ (พ.ศ. 2538-2542)

ข้อบ่งชี้	ปี									
	2538		2539		2540		2541		2542	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Primary c/s	362	73.43	495	76.63	663	72.54	800	75.26	792	73.81
- Dystocia	79	16.02	137	21.21	216	23.63	258	24.27	260	24.23
- Fetal distress	19	3.85	39	6.04	64	7.00	98	9.22	92	8.57
- Breech	35	7.10	69	10.68	98	10.72	75	7.06	81	7.55
- Elective	115	23.33	102	15.79	92	10.07	101	9.50	63	5.87
- Failed induction	27	5.48	37	5.73	58	6.35	47	4.42	52	4.85
- Others	87	17.65	111	17.18	135	14.72	221	20.79	244	22.74
Previous c/s	131	26.57	151	23.37	251	27.46	263	24.74	281	26.19

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการผ่าตัดคลอดซ้ำเปรียบเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด ในรายที่เคยผ่าตัดคลอด (VBAC) (พ.ศ. 2538-2542)

Previous c/s cases	ปี									
	2538		2539		2540		2541		2542	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Total previous c/s	132	100	152	100	253	100	263	100	281	100
Repeated c/s	131	99.24	151	99.34	251	99.21	263	100	281	100
VBAC	1	0.76	1	0.66	2	0.79	0	0	0	0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการผ่าตัดคลอดเปรียบเทียบกับอัตราการคลอดทางช่องคลอดในทารกท่าก้น (พ.ศ. 2538-2542)

Breech Presentation Cases	ปี									
	2538		2539		2540		2541		2542	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Total breech	90	100	109	100	117	100	109	100	127	100
c/s	35	38.89	69	63.30	98	83.76	75	68.81	81	63.78
Vaginal delivery	55	61.11	40	36.70	19	16.24	34	31.19	46	36.22

คลอดบุตรทางช่องคลอดหลังจากเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน (VBAC) จำนวน 1, 1, 2 รายตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

4. อัตราการคลอดทางช่องคลอดในทารกท่าก้น ปี พ.ศ. 2538 เท่ากับ ร้อยละ 61.11 ลดลงเหลือร้อยละ 36.22 ในปี พ.ศ. 2542 แต่อัตราการผ่าตัดคลอดในทารกท่าก้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.89 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 63.78 ในปี พ.ศ. 2542 (ดังตารางที่ 4)

5.

5.1 อัตราการฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.41 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 47.75 ในปี พ.ศ. 2542

5.2 อัตราการผ่าตัดคลอดในรายที่ฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์ ในปี พ.ศ. 2538 เท่ากับ 48.04 ใกล้เคียงกับในปี พ.ศ. 2542 เท่ากับร้อยละ 48.96 ซึ่งพบว่า มากกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในรายที่ไม่ได้ฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์ คือในปี พ.ศ. 2538 เท่ากับร้อยละ 8.93 ส่วนในปี พ.ศ. 2542 เท่ากับร้อยละ 23.35

6. เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดพบว่า เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์มากกว่ารายที่ไม่ได้ฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์ โดยในปี พ.ศ. 2538 เท่ากับร้อยละ 64.71, ในปี พ.ศ. 2542 เท่ากับร้อยละ 65.70

7.

7.1 อัตราการผ่าตัดคลอดในปี พ.ศ. 2538 เพิ่ม

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการผ่าตัดคลอดเปรียบเทียบในรายที่ฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์และไม่ได้ฝากครรภ์ส่วนตัว (พ.ศ. 2538-2542)

สถิติการคลอด	ปี											
	2538		2539		2540		2541		2542		เฉลี่ยรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Total delivery	2,613	100	2,665	100	2,973	100	3,283	100	3,016	100	2,910	100
Private case	664	25.41	644	24.16	892	30.01	1,422	43.31	1,440	47.75	1,012.4	34.8
c/s in private	319	48.04	309	47.98	480	53.81	682	47.96	705	48.96	484.6	47.9
non-private case	1,949	74.59	2,021	75.84	2,081	69.99	1,861	56.69	1,576	52.25	1,897.6	65.2
c/s in non-private	174	8.93	337	16.68	434	20.86	381	17.09	368	23.35	338.8	17.9

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละการผ่าตัดคลอดจำแนกตามการฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์และไม่ได้ฝากครรภ์ส่วนตัว (พ.ศ. 2538-2542)

สถิติการคลอด	ปี											
	2538		2539		2540		2541		2542		เฉลี่ยรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Total c/s	493	100	646	100	914	100	1,063	100	1,073	100	837.8	100
c/s (private)	319	64.71	309	47.83	480	52.52	682	64.16	705	65.70	499.0	59.6
c/s (non-private)	174	35.29	337	52.17	434	47.48	381	35.84	368	34.30	338.8	40.4

ตารางที่ 7 แสดงอัตราการผ่าตัดคลอด อัตราตายทารกปริกำเนิด อัตราตายมารดา (พ.ศ. 2538-2542)

สถิติ	ปี				
	2538	2539	2540	2541	2542
Cesarean section rate (ร้อยละ)	18.87	24.24	30.74	32.38	35.58
Perinatal mortality rate (ต่อ 1,000 ของการเกิดทั้งหมด)	15.31	17.64	10.42	11.88	13.93
Maternal mortality rate (ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพ)	38.62	0	0	0	0

จากร้อยละ 18.87 เป็นร้อยละ 35.58 ในปี พ.ศ. 2542 เปรียบเทียบกับอัตราตายทารกปริกำเนิด (ต่อ 1,000 ของการเกิดทั้งหมด) ในปี พ.ศ. 2538 เท่ากับ 15.31 ลดลงเล็กน้อย เหลือ 13.93 ในปี พ.ศ. 2542

7.2 ในปี พ.ศ. 2538 มีหญิงตั้งครรภ์คลอดเสียชีวิต 1 ราย จากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นอัตราตายมารดาเท่ากับ 38.62 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพ

วิจารณ์

อัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 18.87 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 35.58 ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งสูงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาโดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ซึ่งพบอัตราการผ่าตัดคลอดในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในปี พ.ศ. 2533 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.22 เป็นร้อยละ 22.90 ในปี พ.ศ. 2539,[1] และมากกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 19.4,2 และมากกว่าในโรงพยาบาลปทุมธานีในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 17.63 สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากการนำ active management มาใช้ในการดูแลระยะก่อนคลอด การใช้ WHO-partogram ดูแลในระยะคลอด การหลีกเลี่ยงการทำหัตถการช่วยคลอดอย่างยาก การใช้ electronic fetal monitoring มากขึ้น มีการผ่าตัดคลอดในทารกท่าก้นมากขึ้น และมีการผ่าตัดคลอดซ้ำเพิ่มขึ้น

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดจากการผ่าตัดคลอดครั้งแรกสามอันดับแรกในปี พ.ศ. 2542 ได้แก่ dystocia (ร้อยละ 24.23), fetal distress (ร้อยละ 8.57) และ breech presentation (ร้อยละ 7.55) ตามลำดับ พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดซ้ำคิดเป็นประมาณหนึ่งในสี่ของอัตราการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจะพิจารณาให้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดในรายที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน ยกเว้นในรายที่มาถึงโรงพยาบาลในระยะใกล้เบ่งคลอด จึงให้คลอดทางช่องคลอด (VBAC) ซึ่งพบ 1 ราย ในปี พ.ศ. 2538, 1 รายในปี พ.ศ. 2539 และ 2 รายในปี 2540

แม้ว่าอัตราการผ่าตัดคลอดจากข้อบ่งชี้ elective จะลดลงจากร้อยละ 23.33 ในปี พ.ศ. 2538 เหลือร้อยละ 5.87 ในปี พ.ศ. 2542 แต่พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดกลับเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากอัตราการผ่าตัดคลอดจากข้อบ่งชี้อื่น ๆ เพิ่มขึ้น เช่น dystocia เพิ่มจากร้อยละ 16.02 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 24.23 ในปี พ.ศ. 2542, fetal distress เพิ่มจากร้อยละ 3.85 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 8.57 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นต้น

อัตราการผ่าตัดคลอดในทารกท่าก้นมีประมาณร้อยละ 7 ของอัตราการผ่าตัดคลอดทั้งหมด และพบว่าในทารกท่าก้นจะพิจารณาให้คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นมากโดยอัตราการผ่าตัดคลอดในทารกท่าก้น ในปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.89 เป็นร้อยละ 63.78 ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งใกล้เคียงกันกับอัตราการผ่าตัดคลอดในทารกท่าก้นในโรงพยาบาลศิริราช (ปี พ.ศ. 2531 พบสูงกว่าร้อยละ 70)[3] และในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ปี พ.ศ. 2536 เท่ากับร้อยละ 87)[10]

อัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นในระยะ 5 ปี มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์ (private case) โดยเฉลี่ยอัตราการผ่าตัดคลอดประมาณร้อยละ 60 เป็น private case และพบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากส่วนตัวกับแพทย์ จะมีอัตราการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยประมาณร้อยละ 48 ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ส่วนตัวกับแพทย์ (เฉลี่ยประมาณร้อยละ 18) ใกล้เคียงกันเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี[11] ซึ่งพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอด 2 ใน 3 เป็น private case และอัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเอกชนในเขต 3 ปี พ.ศ. 2540 เท่ากับร้อยละ 67.76 ซึ่งใกล้เคียงกับการเก็บข้อมูล อัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเอกชน โดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ[1] (ในปี พ.ศ. 2539 เท่ากับร้อยละ 61.45)

แม้ว่าอัตราการผ่าตัดคลอดจะเพิ่มขึ้นมากในระยะ

5 ปี แต่อัตราตายทารกปริกำเนิดกลับลดลงเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 15.31 ในปี พ.ศ. 2538 เหลือร้อยละ 13.93 ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O' Driscoll[12] ซึ่งพบว่าการผ่าตัดคลอดไม่ได้เป็นสาเหตุสำคัญในการลดอัตราตายทารกปริกำเนิด สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการลดอัตราตายทารกปริกำเนิด คือการดูแลที่ดีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และการดูแลทารกหลังคลอด

ในปี พ.ศ. 2538 พบหญิงตั้งครรภ์คลอดเสียชีวิต 1 ราย จากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นอัตราตายมารดาเท่ากับ 38.62 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ เปรียบเทียบกับสถิติอัตราตายมารดาในปี พ.ศ. 2538-2539 (RAMOS Approach) เท่ากับ 44.1 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ และพบว่าสาเหตุการตายอันดับแรกยังคงเป็นการตกเลือดอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ และการคลอด[13]

ข้อเสนอแนะในการควบคุมและลดอัตราการผ่าตัดคลอด

1. ลดอัตราการผ่าตัดคลอดครั้งแรก (primary cesarean section) โดย

1.1 ลดอัตราการผ่าตัดคลอดจากข้อบ่งชี้ failed induction โดยเมื่อใช้ active management ต้องหลีกเลี่ยงการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอดโดยไม่จำเป็น, ใช้ prostaglandin ในการเตรียมความพร้อมของปากมดลูก, ใช้ epidural analgesia ระงับการเจ็บครรภ์[9,14,15]

1.2 ลดอัตราการผ่าตัดคลอดในทารกท่าก้น โดยจากหลาย ๆ การศึกษาพบว่าทารกท่าก้นครรภ์แรกสามารถคลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย[16,17]

1.3 ให้ความรู้และเปลี่ยนทัศนคติหญิงตั้งครรภ์ สังคม และแพทย์ให้เห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการคลอดโดยวิธีธรรมชาติ[9,18]

1.4 External and internal peer review หรือ medical audit และมีแนวทางในการดูแลการคลอดอย่างเหมาะสม[9,11,18]

1.5 ลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม เช่น elective case, private case เป็นต้น

1.6 จัดระบบการจ่ายค่าตอบแทนหรือค่าธรรมเนียมแพทย์อย่างเหมาะสมซึ่งจะช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นในราย private case ลง[9]

2. ลดอัตราการผ่าตัดคลอดซ้ำ (previous or repeated cesarean section) โดย

2.1 พิจารณาการคลอดทางช่องคลอดในรายที่เคยผ่าตัดคลอด (VBAC) โดยคัดเลือกผู้คลอดอย่างเหมาะสม และติดตามการดำเนินการคลอดอย่างใกล้ชิด ซึ่งจากการศึกษาหลายแห่งพบว่าประสบผลสำเร็จสูง[19-21]

2.2 External and internal peer review[11]

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่สนับสนุน และอนุญาตให้เผยแพร่การศึกษานี้ และขอขอบคุณ ศาสตราจารย์บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ และ ดร.สาวิตรี เทียนชัย ที่ให้ความรู้และคำแนะนำในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tangcharoensathien V. et al. Pattern of hospital delivery in Thailand 1990-1996. Health Systems Research Institute, Bangkok ; 1997 : 1-42.
2. สุทัศน์ กลกิจโกวินท์. การผ่าท้องทำคลอด. ใน : สุชิต เผ่าสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชุติวงศ์, ดำรง เหรียญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2538 : หน้า 325-37.
3. Ruangvutilert P, Titapant V, Suvonnakote T. Trends in cesarean section rate in Siriraj Hospital (1980-1994). Thai J Obstet Gynaecol 1996 ; 8 : 211-9.
4. สมบูรณ์ สมหล่อ. อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ปี พ.ศ. 2530-2539. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล

พระปกเกล้า 2540 ; 14 (3) : 123-30.

5. ไชยสิทธิ์ วชิรดิลก. การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในและนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์เครือข่าย 6/2 2542 ; 7 (1) : 397-411.
6. บังอร คงถาวร. อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลปทุมธานี พ.ศ. 2535-2542. วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เขต 1 2543 ; 2 (1) : 33-9.
7. Cunningham GF, MacDonld PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GD. et al. Williams Obstetrics 20th ed. Stamford Connecticut : Appleton & Lange ; 1997. P. 509-32.
8. Editorial. What is the right number of cesarean section ?. Lancet 1997 ; 349 : 815.
9. Tangcharoensathien V, Hanvoravongchai P, Lertiendumrong J. How to reduce cesarean section ?. ใน : บุญศรี จันทร์รัชชกูล, รสิก รังสิปราการ, พัญญ พันธ์บูรณะ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ร่วมสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง ; 2542. หน้า 49-66.
10. กิจประยูร ตันตราภรณ์. การคลอดท่ากัน. ใน : สุชิต เผ่าสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชุติวงศ์, ดำรง เหรียญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2538. หน้า 302-13.
11. Chinvan Thananond P. Cesarean section rates in Thai. Health Region 3 during 1993-1997. Thai J Obstet Gynaecol 1999 ; 11 : 23-7.
12. O' Driscoll K, Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. Obstet Gynecol 1983 ; 61 (1) : 1-5.
13. ศิริพร กัญชนะ. The changing trend in maternal and perinatal mortality. ใน : บุญศรี จันทร์รัชชกูล, รสิก รังสิปราการ, พัญญ พันธ์บูรณะ, บรรณาธิการ สูติศาสตร์ร่วมสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง ; 2542. หน้า 1-11.
14. Lagrew DC Jr., Morgan MA. Decreasing the cesarean section rate in a private hospital : success without mandated clinical changes. Am J Obstet Gynecol 1996 ; 174 : 184-91.
15. Glantz JC, McNanley TJ. Active management of labor : a meta-analysis of cesarean delivery rates for dystocia in nulliparas. Obstet Gynecol Surv 1997 ; 52 (8) : 497-505.
16. Brown Lx, Karrison T, Cibils LA. Mode of delivery and perinatal results in breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1994 ; 171 (1) : 28-34.
17. Wisestanakorn W, Herabutya Y, O-Prasertsawat P, Thanantaseth C. Fetal outcome in term frank breech primipara delivered vaginally and by elective cesarean section. J Med Assoc Thai 1990 ; 73 (1) : 47-51.
18. Poma PA. Effect of departmental policies on cesarean delivery rates : A community hospital experience. Obstet Gynecol 1998 ; 91 (6) : 1013-8.
19. Flamm BI, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor : a prospective multicenter study. Obstet Gynecol 1994 ; 83 (6) : 927-32.
20. Miller DA, Diag FG, Pual RH. Vaginal birth after cesarean : a 10 - year experience. Obstet Gynecol 1994 ; 84 : 255-8.
21. Asakura H, Myers SA. More than one previous cesarean delivery : a 5-year experience with 435 patients. Obstet Gynecol 1995 ; 85 (6) : 924-9.