

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ปีงบประมาณ 2535 - 2537

สุวัฒน์ ตนายะพงษ์

รพ. บ้านโป่ง

ABSTRACT :

Tanayapong S. Cesarean Section at Banpong Hospital in October 1991-September 1994.
(Region 7 Medical Journal 1995 ; 3 : 211-219)

Department of Obstetrics and Gynecology, Banpong Hospital, Ratchaburi, Thailand.

During 1 October 1991 to 30 September 1994, cesarean section rate in Banpong hospital was 12.7 percent divided to primary cesarean section 9.9 percent and previous cesarean section 2.8 percent from total birth. The most common indication was cephalopelvic disproportion. The second was fetal distress. The third was breech presentation. The operation peak of age was 25-29 years. The operation was performed in primigravida 49.9 percent. The mean fetal weight was 3,111 gram. The most maternal morbidity was blood loss. There was 4.2 percent needed blood replacement. Wound infection was 1.5 percent. The neonatal mortality was 0.9 percent from prematurity with maternal antepartum hemorrhage.

บทคัดย่อ :

สุวัฒน์ ตนายะพงษ์. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลบ้านโป่งปีงบประมาณ 2535-2537. (วารสารแพทย์เขต 7 2538 ; 3 : 211-219.)

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม, รพ. บ้านโป่ง, ราชบุรี.

ในปีงบประมาณ 2535-2537 อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเท่ากับร้อยละ 12.7 เป็นการผ่าตัดครั้งแรกร้อยละ 9.9 การผ่าตัดซ้ำร้อยละ 2.8 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดครั้งแรก ที่พบบ่อยเป็นอันดับแรก คือ การผิดสัดส่วนของทารกกับช่องเชิงกราน อันดับสองคือ ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ อันดับสามคือ ทารกมีส่วนน้ำหนักเกิน การผ่าตัดคลอดพบมากที่สุดในช่วงอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 49.4 ของการผ่าตัดคลอดเป็นครั้งแรก น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย 3,111 กรัม ภาวะแทรกซ้อนทางมารดา คือ ภาวะสูญเสียเลือด ต้องให้เลือดทดแทนร้อยละ 4.2 แผลฉีกขาดร้อยละ 1.5 ทางด้านมารดาพบอันตรายร้อยละ 0.9 จากการคลอดก่อนกำหนดที่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอด เนื่องจากมารดาตกเลือด

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) หมายถึง การผ่าตัดโดยนำทารกคลอดออกผ่านทางผนังหน้าท้องและผนังมดลูก โดยไม่ได้รวมถึงรายที่มดลูกแตกหรือการตั้งครรภ์ในช่องท้อง และจะใช้คำว่า hysterotomy ในกรณีที่ผ่าตัดทำแท้ง¹

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดที่ปลอดภัยต่อมารดา และทารกในครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น^{1,2} โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นมาก จากอุบัติการณ์ร้อยละ 4.5 ในปี พ.ศ. 2508 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.7 ในปี พ.ศ. 2528³ ในประเทศไทยที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2513 และเพิ่มขึ้นอย่างมากเป็นร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2528² ทั้งนี้เนื่องจากวิวัฒนาการด้านการแพทย์ ความเจริญก้าวหน้าทางสังคม และมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นทั้งทางด้านมารดาและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อหาอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอด ศึกษาถึงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ศึกษาถึงอายุ และลำดับครรภ์ น้ำหนักเฉลี่ยของเด็ก เพศเด็ก ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดคลอด นำการศึกษามาวิเคราะห์หาแนวทาง ทำอย่างไรอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดจึงไม่เพิ่มไปอย่างรวดเร็วเกินไป โดยที่คำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาผู้ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทุกรายของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปีงบประมาณ 2535-2537 รวม 3 ปี โดยจำแนกการศึกษาเป็น

- อุตการณ์การผ่าตัดคลอดในแต่ละปี
- ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด
- ความชุกของการผ่าตัดคลอดในแต่ละช่วงอายุ
- ความชุกของการผ่าตัดตามลำดับครรภ์
- น้ำหนักเฉลี่ยและเพศของทารก
- ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดต่อมารดาและทารกที่เกิด

จากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ผลการศึกษา

ในปีงบประมาณ 2535 - 2537 จำนวนการคลอดรวมทั้งหมด 6,784 ราย มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 862 ราย เก็บข้อมูลได้ครบทุกราย นำมาศึกษาวิจัยตามตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 7 จากตารางที่ 1 พบว่าอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ปีงบประมาณ 2535 - 2537 เท่ากับ ร้อยละ 10.9, 13.9 และ 13.5 ตามลำดับ รวม 3 ปี เฉลี่ยร้อยละ 12.7

จากตารางที่ 2 พบว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำแนกตามการผ่าตัดคลอดครั้งแรกและการผ่าตัดซ้ำ ปีงบประมาณ 2535 - 2537 โดยเป็นการผ่าตัดครั้งแรก ร้อยละ 8.9, 10.6 และร้อยละ 10.1 ตามลำดับ เป็นการผ่าตัดซ้ำ ร้อยละ 2.0, 3.3 และ 3.4 ตามลำดับ

จากตารางที่ 3 พบว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดครั้งแรก มีสาเหตุจากข้อบ่งชี้ทางมารดามากกว่าทางด้านทารกในครรภ์ เมื่อรวมข้อบ่งชี้ทั้งทางมารดาและทางด้านทารก ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่

1. การผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับช่องเชิงกราน พบร้อยละ 33.8, 35.7 และ 37.2 ตามลำดับ รวม 3 ปี พบร้อยละ 35.6
2. ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ พบร้อยละ 21.1, 23.5 และ 28.4 ตามลำดับ รวม 3 ปี พบร้อยละ 24.4
3. ทารกมีส่วนนำเป็นกัน พบร้อยละ 16.4, 13.5 และ 9.6 ตามลำดับ รวม 3 ปี พบร้อยละ 13.1

วิธีการผ่าตัดคลอด ผ่าแบบ classical cesarean section เพียงปีละ 1 ราย นอกนั้นผ่าแบบ low transverse cesarean section ทั้งหมด

จากตารางที่ 4 พบว่าความชุกของการผ่าตัดคลอด สูงสุด พบในช่วงอายุ 25-29 ปี

จากตารางที่ 5 อุตการณ์ของการผ่าตัดคลอด พบสูงสุดในลำดับครรภ์แรกและพบต่ำลงไปตามลำดับครรภ์ที่สูงขึ้น

จากตารางที่ 6 น้ำหนักเด็กแรกคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ส่วนมากพบอยู่ในช่วง 3,000 ถึง 3,499 กรัม พบร้อยละ 39.8, 38.8 และ 35.1 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2535-2537 รวม 3 ปี พบร้อยละ 37.9 เฉลี่ย น้ำหนักเด็กแรกคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 3,116 กรัม, 3,111 กรัม และ 3,108 กรัม ตามลำดับ รวม 3 ปี เท่ากับ 3,111 กรัม อัตราส่วนทารกเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 51.8 : 48.2, 53.3 : 46.7 และ 48.3 : 57.1 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2535 - 2537

จากตารางที่ 7 ไม่พบอัตราการตายของมารดาทั้ง 3 ปี พบว่ามีการเสียชีวิต ต้องให้เลือดทดแทน ร้อยละ

4.6, 4.2 และ 3.8 ตามลำดับ พบการติดเชื้อแผลอักเสบ ร้อยละ 1.9, 1.3 และ 1.4 ทางด้านทารก พบอัตราตาย ร้อยละ 0.8, 1.4 และ 0.7 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2535 - 2537

วิจารณ์

ปฏิบัติการของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในปีงบประมาณ 2535 - 2537 ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง รวม 3 ปี เท่ากับร้อยละ 12.7 โดยแยกเป็นการผ่าตัดครั้งแรก ร้อยละ 9.9 และการผ่าตัดซ้ำ ร้อยละ 2.8 เทียบกับของโรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ. 2528 ร้อยละ 21.42

ตารางที่ 1 จำนวนการคลอดในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ระหว่าง พ.ศ. 2535-2537

จำนวนการคลอด	พ.ศ. 2535		พ.ศ. 2536		พ.ศ. 2537		รวม 3 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
จำนวนการคลอดทางช่องคลอด	2,123	89.1	1,927	86.1	1,872	86.5	5,922	87.3
จำนวนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	260	10.9	311	13.9	291	13.5	862	12.7
จำนวนการคลอดทั้งหมด	2,383	100.0	2,238	100.0	2,163	100.0	6,784	100.0

ตารางที่ 2 คู่มือการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำแนกตามการผ่าตัดคลอดครั้งแรก และการผ่าตัดซ้ำในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ระหว่าง พ.ศ. 2535-2537

จำนวนการคลอด	พ.ศ. 2535		พ.ศ. 2536		พ.ศ. 2537		รวม 3 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
การผ่าตัดครั้งแรก (Primary C/S)	213	8.9	239	10.6	218	10.1	669	9.9
การผ่าตัดซ้ำ (Previous C/S)	47	2.0	73	3.3	73	3.4	193	2.8

หมายเหตุ เป็นร้อยละของการคลอดทั้งหมด

ตารางที่ 3 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลบ้านโป่ง

จำนวนการคลอด	พ.ศ. 2535		พ.ศ. 2536		พ.ศ. 2537		รวม 3 ปี		
	ราย ร้อยละ		ราย ร้อยละ		ราย ร้อยละ		ราย ร้อยละ		
ข้อบ่งชี้ทางมารดา									
การฉีดลดส่วนระหว่างทารกกับ									
ช่องเชิงกราน	72	33.8	85	35.7	81	37.2	238	35.6	
ภาวะเลือดออกก่อนคลอดจากรก									
เกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนคลอด	12	5.6	10	4.2	8	3.7	30	4.5	
ภาวะมดลูกหดตัวผิดปกติ ทำให้									
ระยะที่หนึ่งของการคลอดยาวนานกว่าปกติ	11	5.2	10	4.2	8	3.7	29	4.3	
ครรภ์แรกในมารดาอายุเกิน 35 ปี	8	3.8	7	2.9	12	5.5	27	4.0	
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และ									
ปากมดลูกยังไม่พร้อมเข้าสู่ระยะคลอด	7	3.3	11	4.6	6	2.7	24	3.6	
ภาวะน้ำเดินเป็นเวลานาน ปากมดลูก									
ไม่ขยาย	8	3.8	8	3.4	6	2.7	22	3.3	
โรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น									
โรคเบาหวานระยะรุนแรงหรือมีก้อนเนื้อ									
งอกขวางทางคลอด	5	2.3	6	2.5	3	1.4	14	2.1	
ข้อบ่งชี้ทางด้านทารกในครรภ์									
ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์	45	21.1	56	23.5	62	28.4	163	24.4	
ทารกมีส่วนนำเป็นกันันในครรภ์แรก	35	16.4	32	3.5	21	9.6	88	13.1	
ทารกอยู่ในท่าผิดปกติไม่สามารถ									
คลอดเองได้	6	2.8	8	3.4	6	2.7	20	3.0	
การติดเชื้ออย่างรุนแรงที่ปากมดลูก									
และช่องคลอดหรือการติดเชื้อไวรัสเริม	3	1.4	4	1.7	5	2.3	12	1.8	
ภาวะสายสะดือโผล่	1	0.5	1	0.4	-	-	2	0.3	
รวม	213	100.0	238	100.0	218	100.0	669	100.0	

ตารางที่ 4 จำแนกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามอายุ

อายุ ปี	พ.ศ. 2535		พ.ศ. 2536		พ.ศ. 2537		รวม 3 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
16-19	17	6.5	25	8.0	23	7.9	65	7.5
20-24	59	22.7	71	22.8	70	24.1	200	23.2
25-29	90	34.7	111	35.7	91	31.3	292	33.9
30-34	67	25.8	78	25.1	63	21.6	208	24.1
35-39	23	8.8	21	6.8	35	12.0	79	9.2
40-44	4	1.5	5	1.6	9	3.1	18	2.1
รวม	260	100.0	311	100.0	291	100.0	862	100.0

ตารางที่ 5 จำแนกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามลำดับครรภ์

ลำดับครรภ์	พ.ศ. 2535		พ.ศ. 2536		พ.ศ. 2537		รวม 3 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ครรภ์แรก	143	55.0	149	47.9	134	46.0	426	49.4
ครรภ์สอง	86	33.1	118	37.9	112	38.5	316	36.7
ครรภ์สาม	26	10.0	35	11.3	34	11.7	95	11.0
ครรภ์สี่	4	1.5	5	1.6	6	2.1	15	1.7
ครรภ์ห้า	1	0.4	3	1.0	5	1.7	9	1.1
ครรภ์หก	-	-	1	0.3	-	-	1	0.1
รวม	260	100.0	311	100.0	291	100.0	862	100.0

ตารางที่ 6 จำแนกตามน้ำหนักเด็กแรกคลอด

น้ำหนักเด็กแรกคลอด กรัม	พ.ศ. 2535		พ.ศ. 2536		พ.ศ. 2537		รวม 3 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1000-1999	10	3.8	6	1.9	4	1.4	20	2.3
2000-2499	18	6.9	29	9.2	24	8.1	71	8.1
2500-2999	66	25.3	86	27.1	93	31.4	245	28.0
3000-3499	104	39.8	123	38.8	104	35.1	331	37.9
3500-3999	50	19.2	56	17.7	61	20.6	167	19.1
4000-4499	9	3.5	15	4.7	7	2.4	31	3.6
มากกว่า 4500	4	1.5	2	0.6	3	1.0	9	1.0
รวม	261	100.0	317	100.0	296	100.0	874	100.0

*ในปี พ.ศ. 2535 มีแฝด 1 คู่

พ.ศ. 2536 มีแฝด 6 คู่

พ.ศ. 2537 มีแฝด 5 คู่

เฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกคลอดโดยการผ่าตัดคลอด

ปี พ.ศ. 2535 = 3,116 กรัม

ปี พ.ศ. 2536 = 3,111 กรัม

ปี พ.ศ. 2537 = 3,108 กรัม

รวม 3 ปี = 3,111 กรัม

ปี พ.ศ. 2535 เพศชาย : หญิง = 51.8 : 48.2

ปี พ.ศ. 2536 เพศชาย : หญิง = 53.3 : 46.7

ปี พ.ศ. 2537 เพศชาย : หญิง = 48.3 : 51.7

ตารางที่ 7 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดต่อมารดาและทารกจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ภาวะแทรกซ้อน	พ.ศ. 2535		พ.ศ. 2536		พ.ศ. 2537		รวม 3 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ทางมารดา								
Maternal mortality	-	-	-	-	-	-	-	-
Maternal morbidity morbidity								
- การเสียเลือด								
ต้องให้เลือดทดแทน	12	4.6	13	4.2	11	3.8	36	4.2
- การติดเชื้อ แผลอักเสบ	5	1.9	4	1.3	4	1.4	13	1.5
ทางทารก								
- Neonatal mortality	2	0.8	4	1.4	2	0.7	8	0.9

และของโรงพยาบาลทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2528 ร้อยละ 22.73 และเพิ่มสูงถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2531¹ ซึ่งอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นจากวิวัฒนาการด้านการแพทย์และความเจริญก้าวหน้าของสังคม^{1,2}

ข้อบ่งชี้ลำดับแรกของการผ่าตัดคลอดครั้งแรก คือ การผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับช่องเชิงกราน ข้อบ่งชี้ลำดับสองคือ ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ ข้อบ่งชี้ลำดับสาม คือทารกมีส่วนนำเป็นท่าก้น อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดเพิ่มเนื่องจากการเพิ่มของอุบัติการณ์การผ่าตัดซ้ำ และภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ ดังนั้นวิธีที่จะทำให้อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดไม่เพิ่มอย่างรวดเร็ว คือการพิจารณาผ่าตัดซ้ำ เฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ในผ่าตัด ก็สามารถให้คลอดทางช่องคลอดได้โดยแพทย์ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด^{4,5} แต่อย่างไรก็ตามผู้เคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อนมักจะเลือกวิธีคลอดโดยการผ่าตัดซ้ำ^{6,7} ในโรงพยาบาลบ้านโป่งแพทย์จะพิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด ในรายที่เคยผ่าตัดคลอดมาครั้งเดียว ไม่มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด โดยแพทย์จะดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าการคลอดไม่ก้าวหน้า หรือมีภาวะอันตรายตัวผิดปกติของมดลูก ก็จะทำการผ่าตัดซ้ำ วิธีการผ่าตัดคลอดจะทำวิธี low transverse cesarean section แทบทั้งหมด การทำ classical cesarean section ทำในรายที่มีพังผืดบริเวณส่วนล่างของมดลูกอย่างมาก เนื่องจากการผ่าตัดคลอดครั้งก่อน การทำ classical cesarean section และทำหัตถ์เพื่อจะช่วยเหลือถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อการเลาะพังผืดบริเวณส่วนล่างของตัวมดลูกได้

ความชุกของอายุผู้ได้รับการผ่าตัดคลอดอยู่ในช่วงอายุ 25-29 ปี ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ครั้งแรก และจะพบได้น้อยที่สุดในช่วงวัยหมดประจำเดือน คือช่วงอายุ 40-44 ปี ในลำดับครรภ์แรกจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากที่สุด และลดน้อยลงไปตามลำดับครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ในครรภ์ที่สี่ขึ้นไปมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดจากสาเหตุทางด้านทารกอยู่ในท่าผิดปกติ โดยเฉพาะท่าขวางหรือภาวะรกเกาะต่ำที่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอด น้าหนักเฉลี่ย

ของทารกแรกคลอด 3,111 กรัม ทั้งนี้ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดเกิดจากสาเหตุอื่น ไม่ใช่จากสาเหตุที่เด็กตัวใหญ่

ไม่พบการตายของมารดาจากการผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ การเสียเลือดต้องให้เลือดทดแทนในรายที่รกเกาะต่ำหรือรกรอกตัวก่อนกำหนด และในรายที่เคยผ่าตัดคลอดครั้งก่อน มีการติดเชื้อมดหลังผ่าตัด เกิดพังผืดมาก โดยจะมีประวัติอยู่โรงพยาบาลนาน สูติ-แพทย์ควรเตรียมเลือดให้พร้อม และเพียงพอสำหรับผู้ป่วย เหล่านี้การติดเชื้อแผลอักเสบหลังผ่าตัดคลอด พบได้น้อยมาก เนื่องจากสูติแพทย์จะให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายลุกขึ้นเร็ว ตลอดจนการให้ยาปฏิชีวนะหลังคลอด โดยให้ P.G.S. และ Gentamycin ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เมื่อรับประทานได้เปลี่ยนเป็น Amoxycillin รับประทานต่ออีกห้าวัน ซึ่งค่าใช้จ่ายสำหรับยาปฏิชีวนะนี้ ไม่แพงและคุ้มค่ากับการป้องกันการติดเชื้อแผลอักเสบ ทั้งนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ก็นิยมใช้ Cefazolin ซึ่งได้ผลคุ้มค่าเช่นเดียวกัน^{8,9} ทางด้านทารกพบอัตราตายจากผ่าตัดคลอดร้อยละ 0.9 ทารกที่ตายนี้เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ที่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอดเนื่องจากรกลอกก่อนกำหนด สูติแพทย์ทุกคนควรระมัดระวังอย่างยิ่งในการก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดจากการกำหนดเวลาผ่าตัดคลอดไม่เหมาะสม ในการผ่าตัดซ้ำ ควรพิจารณาให้เหมาะสมทั้งข้อบ่งชี้และอายุครรภ์ที่ครบกำหนด โดยสิ่งสำคัญที่เน้น คือ ประวัติดูที่แน่นอนของการฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ ฝากครรภ์ อย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามดูระดับ มดลูกที่โตขึ้นตามอายุครรภ์ ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด^{10,11}

สรุป

อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปีงบประมาณ 2535 - 2537 เท่ากับ ร้อยละ 12.7 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยสามลำดับแรกของการผ่าตัดคลอดครั้งแรก คือภาวะผิดสัดส่วนระหว่างเชิงกรานกับศีรษะทารก ภาวะทารกขาดออกซิเจน และทารกที่มีส่วนนำเป็นต้น การผ่าตัดคลอด

ยังคงมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก แม้ว่าการผ่าตัดจะปลอดภัยกว่าในสมัยก่อนมากก็ตาม ดังนั้น ควรผ่าตัดเฉพาะรายที่จำเป็นมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดชัดเจนเท่านั้น การผ่าตัดซ้ำไม่ควรทำทุกรายการพิจารณาให้คลอดทางช่องคลอดเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด โดยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะช่วยลดอุบัติเหตุของการผ่าตัดคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมหมาย ฤงศวรรณ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีค่าอย่างยิ่งในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ผดุงศักดิ์ อิมอุดม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มานำเสนอได้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการ ที่ช่วยรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอ

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Cesarean section and cesarean hysterectomy. Williams Obstetrics. 19th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1993 : 591-613.
2. กำแหง จาตุรจินดา, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. ใน : กำแหง จาตุรจินดา, และคณะ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัล มีเดีย, 2530 : 307-20.
3. Taffel SM, Placek PJ, Liss T. Trends in the United States cesarean section rate and reasons for the 1980-85 rise. AM J Public Health 195 ; 77 : 955-9.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists

Committee Opinion Guidelines for vaginal delivery after a previous cesarean birth. Committee on Obstetrics : maternal and fetal medicine. Washington DC : American College of Obstetricians and Gynecologists. 1988, publication no. 64 (Oct).

5. Macara LM, Murphy KW. The contribution of dystocia to the cesarean section rate. Am J Obstet Gynecol 1994 ; 171 : 71-7.
6. Gerald F Joseph, Jr., Charles M Stedman, Alferd G. Robichaux. Vaginal birth after cesarean section : The impact of patient resistance to a trial of labor. Am J Obstet Gynecol 1991 ; 164 : 1441-7.
7. E. Paul Kirk, Kathkeen A. Doyle, Leigh. Vaginal birth after or repeat cesarean section : Medical risks or social realities ?. Am J Obstet Gynecol 1990 ; 162 : 1398-405.
8. Jakobi P, Weissman A, Sigler E, Margolis K, Zimmer EZ. Post cesarean section febrile morbidity. Antibiotic prophylaxis in low risk patients. Journal of Reproductive Medicine 1994 ; 39 : 707-10.
9. N. Joel Ehrenkranz, William C. Blackwelder, Sandra J. Pfaff. Infections complicating low risk cesarean section in community hospital : Efficacy of antimicrobial prophylaxis. Am J Obstet Gynecol 1990 ; 162 : 337-43.
10. Bowers SK, Mac Donald HM, Shapiro ED. Prevention of iatrogenic Neonatal respiratory distress syndrome : Elective repeat cesarean section and spontaneous labor. Am J Obstet Gynecol 1982 ; 143 : 186-9.
11. Mitchell D. Accuracy of prenatal and postnatal assessment of gestational age. Arch Dis Child 1979 ; 54 : 896-7.