

# การศึกษา การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ปี (พ.ศ. 2533-2534) ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ผดุงศักดิ์ อิมอุดม พ.บ.\*

**บทคัดย่อ** การศึกษาการผ่าตัดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลบ้านโป่ง 2 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2533-2534) จำนวน 486 ราย เป็นการผ่าตัดแนวขวางที่ส่วนล่างของตัวมดลูก 483 ราย และการผ่าตัดแนวกลางตัวส่วนบนของมดลูก 3 ราย พบว่า ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกคือ การผิดสัดส่วนของทารกและช่องเชิงกรานการผ่าตัดคลอดซ้ำเป็นอันดับสอง และครรภ์เกินกำหนดร่วมกับภาวะเด็กขาดออกซิเจนเป็นอันดับสาม อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รวม 2 ปี เท่ากับร้อยละ 10.9 และพบในช่วงอายุ 25-29 ปี มากที่สุดการผ่าตัดร่วมได้แก่ การตัดไส้ติ่ง 189 ราย การทำหมัน 136 ราย และการตัดเนื้องอกมดลูก 5 ราย เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 49 นาที น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกคลอด 3,080 กรัม ไม่พบมารดาเสียชีวิตจากการผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนของมารดาได้แก่ ภาวะสูญเสียเลือด ต้องให้เลือดทดแทน 22 ราย และพบว่ามีการอักเสบของแผล 8 ราย ทางด้านทารกแรกคลอดพบว่ามีการตาย 6 ราย จากการคลอดก่อนกำหนด แต่มีสาเหตุทางมารดาจำเป็นต้องผ่าตัดคลอด

22 cases needed blood replacement. There are wound infection 8 cases. The neonatal mortality was found 6 cases. The cause of death were all prematurity but needed caesarean section.

## The Two Years (1990-1991) Study of Caesarean Section at Banpong Hospital.

Im U Dom P., Banpong Hospital, Ratchaburi.  
Region 7 Medical Journal 1992 ; 1 : 41-48.

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (caesarean section) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อนำทารกออกโดยผ่านทางผนังหน้าท้องและผนังมดลูก โดยไม่รวมไปถึงการผ่าตัดเอาทารกออกจากช่องท้อง ในรายของมดลูกแตกหรือการตั้งครรภ์นอกช่องท้อง<sup>1</sup> ที่มาจากคำว่า caesarean section ความเห็นที่นำเชื่อว่าเป็นไปได้มากที่สุดมาจากภาษาลาติน caesura หรือ cedere เป็นคำกริยา หมายถึง การตัดร่วมกับ seco ซึ่งเป็นคำกริยาในภาษาลาติน หมายถึง การตัดเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามไม่มีการบันทึกว่าคำนี้ถูกนำมาใช้เรียกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตั้งแต่เมื่อไร<sup>2</sup>

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2134 เริ่มมีรายงานการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก โดยการบอกเล่าต่อ ๆ กันมา 3 ชั่วโมงก่อนว่า ในปี พ.ศ. 2043 Jacob Nufer ซึ่งมีอาชีพเป็นคนตอนสัตว์ชาวเยอรมัน ได้ทำผ่าตัดคลอดบุตรของเขาเอง โดยมารดาและบุตรปลอดภัย<sup>2</sup> ในประเทศฝรั่งเศส ปี พ.ศ. 2211 มีรายงานตีพิมพ์ของสูติแพทย์ Francois Mauriceau เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดเป็นครั้งแรก แต่ไม่

**Abstract** The retrospective study of 486 cases of caesarean section performed at Banpong Hospital in the past two years (1990-1991). There were 483 cases of low transverse caesarean section and 3 cases of classical caesarean section. The most common indication was cephalopelvic disproportion. The second was previous caesarean section. The third was over term with fetal distress. The operation peak of age was 25-29 years. Associate procedures were appendectomy 189 cases, tubal sterilization 136 cases and myomectomy 5 cases. The mean operation time was 49 minute. The mean fetal weight = 3,080 gram. No maternal mortality was found. The most maternal morbidity was blood loss. There are

\*ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ประสบความสำเร็จ คือ มารดาเสียชีวิตทุกราย ซึ่งสาเหตุของการตายเกิดจากการตกเลือด และการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ในปี พ.ศ. 2419 Porro สูติแพทย์ชาวฝรั่งเศส ได้ทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร่วมกับการผ่าตัดมดลูก แต่ให้เหลือส่วนคอมมดลูกไว้ แล้วเย็บส่วนคอมมดลูกเปิดออกทางหน้าท้อง ซึ่งก็ไม่ประสบความสำเร็จเช่นกัน จนกระทั่ง ในปี พ.ศ. 2425 Max Sanger ใช้วิธีการเย็บปิดแผลบนตัวมดลูก วิธีนี้สามารถลดอัตราการตายของมารดาจากการตกเลือดได้ โดยสูติแพทย์จากสหรัฐอเมริกา นำไปใช้พบว่ามารดารอดชีวิต 8 ราย จากการผ่าตัดทั้งสิ้น 18 ราย ถึงปี พ.ศ. 2469 Munro Kerr เป็นสูติแพทย์คนแรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยใช้วิธีการผ่าตัดบนตัวมดลูกส่วนล่างตามแนวขวาง ซึ่งทำได้ง่าย เสียเลือดน้อย และเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน<sup>2</sup>

ในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นวิธีที่ปลอดภัยต่อมารดาและทารกในครรภ์ สามารถทำได้ในสถานพยาบาลทุกแห่งที่มีห้องผ่าตัด และมีวิสัญญีแพทย์หรือ พยาบาลวิสัญญี ควบคุมการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ตามความเจริญก้าวหน้าในด้านการแพทย์ และความเจริญของสังคม ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดมีมากขึ้นทั้งทางด้านมารดาและทารกในครรภ์ แต่ข้อบ่งชี้เดิมที่มีอยู่ก็คงยังอยู่

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อหาข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อเปรียบเทียบว่ามีแนวโน้มเป็นอย่างไร ศึกษาถึงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด วิธีการผ่าตัดคลอด ศึกษาถึงอายุและลำดับครรภ์ ตลอดจนจนการผ่าตัดร่วมด้วย เช่น การทำหมัน การตัดไส้ติ่ง จำนวนเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด น้ำหนักเฉลี่ยของเด็ก เพศเด็ก ในรายใดที่ผ่าตัดยาก และจำเป็นต้องใช้เลือกระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดคลอด การศึกษาทั้งหมดเพื่อรวบรวมปัญหา และเป็นแนวทางการแก้ไขเพื่อปรับปรุงให้ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีประสิทธิภาพสูงสุด และเหมาะสมกับโรงพยาบาลบ้านโป่ง

## วัสดุและวิธีการ

ได้ศึกษาผู้ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทุกรายในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ช่วงเวลา 2 ปี (พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2534)

- เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ในแต่ละปี
- เพื่อศึกษาความชุกของการผ่าตัดในแต่ละช่วงอายุ
- เพื่อศึกษาถึงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- ศึกษาความชุกของการผ่าตัดตามลำดับครรภ์
- ศึกษาถึงการผ่าตัดร่วมด้วย เช่น การทำหมัน การผ่าตัดไส้ติ่ง และการผ่าตัดเนื้องอกที่เกิดร่วมด้วย
- ศึกษาถึงจำนวนเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ความยากง่ายของการผ่าตัด การให้เลือดระหว่างและหลังการผ่าตัด
- ศึกษาถึง น้ำหนัก และเพศของทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- ศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดต่อมารดา และทารกที่เกิดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

## ผลของการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2533 จำนวนการคลอดรวมทั้งหมด 2,221 ราย มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 226 ราย แต่สามารถค้นรายงานประวัติเพื่อการศึกษาได้เพียง 210 ราย และในปี พ.ศ. 2534 จำนวนการคลอดรวมทั้งหมด 2,383 ราย มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 276 ราย และค้นประวัติได้ครบทุกรายนำมาศึกษาวิจัย ตามตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 8

ตามตารางที่ 1 พบว่าอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ปี พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 10.2 และร้อยละ 11.6 ตามลำดับ รวมอุบัติการณ์เฉลี่ย 1 ปี ร้อยละ 10.9

ตามตารางที่ 2 พบว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลบ้านโป่ง มีสาเหตุจากข้อบ่งชี้ทางมารดา มากกว่าทางด้านทารกในครรภ์ ข้อบ่งชี้สามลำดับแรกทางด้านมารดา ได้แก่

1. การผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับช่องเชิงกราน ปี พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2534 คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ

ตารางที่ 1 จำนวนการคลอดของโรงพยาบาลบ้านโป่ง

จำนวนการคลอด	พ.ศ. 2533		พ.ศ. 2534		รวม 2 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
จำนวนการคลอดทางช่องคลอด	1,995	89.8	2,107	88.4	4,102	89.1
จำนวนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	226	10.2	276	11.6	502	10.9
จำนวนการคลอดทั้งหมด	2,221	100.0	2,383	100.0	4,604	100.0

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	พ.ศ. 2533		พ.ศ. 2534	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ข้อบ่งชี้ทางมารดา</b>				
การฉีดสัลดส่วนระหว่างทารกกับช่องเชิงกราน	63	30.0	76	27.5
การผ่าตัดคลอดซ้ำ	39	18.6	63	22.8
ภาวะเลือดออกก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนคลอด	6	2.9	13	4.7
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และปากมดลูกยังไม่พร้อมเข้าสู่ระยะคลอด	7	3.3	5	1.8
โรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เช่น โรคเบาหวานระยะรุนแรงมีก้อนเนื้ออกขวางทางคลอด	-	-	3	1.1
ภาวะน้ำเดินเป็นเวลานาน ปากมดลูกไม่ขยาย	2	0.9	3	1.1
ภาวะมดลูกหดตัวผิดปกติ ทำให้ระยะที่หนึ่งของการคลอดยาวนานกว่าปกติ	9	4.3	10	3.6
ครรภ์แรกในมารดาอายุเกิน 35 ปี	2	0.9	-	-
ครรภ์แรกในมารดาอายุเกิน 35 ปี	4	1.9	7	2.5
<b>ข้อบ่งชี้ทางด้านทารกในครรภ์</b>				
ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์, ครรภ์เกินกำหนด	43	20.5	54	19.6
ทารกมีส่วนนำเป็นกัน ในครรภ์แรก	17	8.1	19	6.9
ทารกมีส่วนนำเป็นกัน ในครรภ์หลัง	8	3.8	15	5.4
ทารกอยู่ในท่าผิดปกติในครรภ์ไม่สามารถคลอดเองได้	6	2.9	6	2.2
ท่าขวาง ท่าหน้าผาก				
ท่าหน้าคางอยู่ด้านล่าง (mento-posterior)				
การติดเชื้อมีทั้งรุนแรงที่ปากมดลูกและช่องคลอดหรือการติดเชื้อไวรัสเริม	3	1.4	1	0.4
ภาวะสายสะดือโผล่	1	0.5	1	0.4
<b>รวม</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>	<b>276</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 3 จำแนกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามอายุ

อายุ ปี	พ.ศ. 2533		พ.ศ. 2534		รวม 2 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
16-19	17	8.1	14	5.1	31	6.4
20-24	38	18.1	71	25.7	109	22.4
25-29	76	36.1	80	29.0	156	32.1
30-34	56	26.7	67	24.3	123	25.3
35-39	22	10.5	37	13.4	59	12.1
40-44	1	0.5	7	2.5	8	1.7
รวม	210	100.0	276	100.0	486	100.0

ตารางที่ 4 จำแนกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามลำดับครรภ์

ลำดับครรภ์	พ.ศ. 2533		พ.ศ. 2534		รวม 2 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ครรภ์แรก	126	60.0	150	54.3	276	56.8
ครรภ์สอง	66	31.4	89	32.2	155	31.9
ครรภ์สาม	14	6.6	25	9.1	39	8.0
ครรภ์สี่	2	1.0	8	2.9	10	2.1
ครรภ์ห้า	1	0.5	2	0.7	3	0.6
ครรภ์หก	-	-	1	0.4	1	0.2
ครรภ์เจ็ด	-	-	1	0.4	1	0.2
ครรภ์แปด	1	0.5	-	-	1	0.2
รวม	210	100.0	276	100.0	486	100.0

ตารางที่ 5 แสดงถึงการผ่าตัดร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดร่วม	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2534	รวม 2 ปี
	ราย	ราย	ราย
การผ่าตัดไส้ติ่ง	96	93	189
การทำหมัน	57	79	136
การตัดเนื้องอกมดลูก	2	3	5
รวม	155	175	330

ตารางที่ 6 จำนวนเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จำนวนเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด	พ.ศ. 2533		พ.ศ. 2534		รวม 2 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
20-30 นาที	39	18.5	77	27.9	116	23.9
31-60 นาที	140	66.7	175	63.4	315	64.8
61-90 นาที	30	14.3	20	7.3	50	10.3
มากกว่า 90 นาที	1	0.5	4	1.4	5	1.0
รวม	210	100.0	276	100.0	486	100.0

เฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดคลอดต่อหนึ่งราย = 46 นาที ในปี พ.ศ. 2533

= 52 นาที ในปี พ.ศ. 2534

รวม 2 ปี เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดคลอดต่อหนึ่งราย = 49 นาที

ตารางที่ 7 จำนวนตามน้ำหนักเด็กแรกคลอด

น้ำหนักเด็กแรกคลอด กรัม	พ.ศ. 2533		พ.ศ. 2534		รวม 2 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1000-1999		1.3	11	3.9	14	2.8
2000-2499	15	6.8	21	7.5	36	7.2
2500-2999	58	26.2	75	26.8	133	26.5
3000-3499	104	47.1	106	37.9	210	41.9
3500-3999	34	15.4	52	18.6	86	17.2
4000-4499	7	3.2	13	4.6	20	4.0
มากกว่า 4500	-	-	2	0.7	2	0.4
รวม	221*	100.0	280*	100.0	501	100.0

\*ในปี พ.ศ. 2533 มีแฝด 11 คู่ ปี 2534 มีแฝด 4 คู่

เฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกคลอดโดยการผ่าตัดคลอด

ปี พ.ศ. 2533 = 3,066 กรัม

ปี พ.ศ. 2534 = 3,097 กรัม

รวม 2 ปี = 3,080 กรัม

ปี พ.ศ. 2533 เพศชาย : หญิง = 53.4 : 46.6

ปี พ.ศ. 2534 เพศชาย : หญิง = 50.7 : 49.3

ตารางที่ 8 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดต่อมารดาและทารกจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ภาวะแทรกซ้อน	พ.ศ. 2533		พ.ศ. 2534		รวม 2 ปี	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
- Maternal mortality	-	-	-	-	-	-
- Maternal morbidity การเสียเลือดต้องให้เลือดทดแทน	9	4.3	13	4.7	22	4.5
- การติดเชื้อ แผลอักเสบ	3	1.4	5	1.8	8	1.6
- Neonatal mortality	4*	1.9	2	0.7	6	1.2

\*เป็นแฝด 1 คู่

ร้อยละ 27.5 ตามลำดับ รวม 2 ปี ร้อยละ 28.6

2. การผ่าตัดคลอดซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ 22.8 ตามลำดับ รวม 2 ปี ร้อยละ 21.0

3. ภาวะน้ำเดินเป็นเวลานาน ปากมดลูกไม่ขยาย แม้จะให้ยาเร่งคลอดแล้วก็ตาม คิดเป็นร้อยละ 4.3 และ 3.6 รวม 2 ปี ร้อยละ 3.9

ข้อบ่งชี้สามลำดับแรกทางด้านทารกในครรภ์ได้แก่

1. ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ ครรภ์เกินกำหนด ปี พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2534 คิดเป็นร้อยละ 20.5 และ 19.6 ตามลำดับ รวม 2 ปี ร้อยละ 20.0

2. ทารกมีส่วนนำเป็นกันไนครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 8.1 และ 6.9 รวม 2 ปี ร้อยละ 7.4

3. ทารกมีส่วนนำเป็นกันไนครรภ์หลังคิดเป็นร้อยละ 3.8 และ 5.4 รวม 2 ปี ร้อยละ 4.7

สำหรับวิธีผ่าตัดคลอดในปี พ.ศ. 2533 จากรายงานทั้งหมด 210 ราย ผ่าแบบ Low transverse caesarean section ในปี พ.ศ. 2534 ผ่าแบบ classical caesarean section 3 ราย และแบบ Low transverse caesarean section 273 ราย

ตามตารางที่ 3 อายุผู้ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบมากช่วงวัยเจริญพันธุ์ ในช่วงอายุ 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.9 และ 78.0 ตามลำดับ รวม 2 ปี ร้อยละ 79.8 ในช่วงอายุที่มีความชุกที่สุดคือช่วงอายุ 25-29 ปี

ตามตารางที่ 4 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะสูงสุดในครรภ์แรก และพบต่ำลงไปตามลำดับครรภ์ที่สูงขึ้น ตามตารางที่ 5 การผ่าตัดร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่ามีการผ่าตัดไส้ติ่ง การทำหมัน และการผ่าตัดเนื้องอกมดลูก จากมากไปน้อยตามลำดับ

ตามตารางที่ 6 ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จาก 20 นาที จนถึงมากกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อรวมมาเฉลี่ยทั้งหมดใช้เวลาในการผ่าตัด 49 นาที

ตามตารางที่ 7 น้ำหนักเด็กแรกคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนใหญ่อยู่เกณฑ์ 3,000 กรัม ถึง 3,499 กรัม พบร้อยละ 47.1 และ ร้อยละ 37.9 ในปี พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2534 ตามลำดับ รวม 2 ปี ร้อยละ 41.7 เฉลี่ยน้ำหนักเด็กแรกคลอด โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 3,066 กรัม และ 3,097 กรัม ในปี พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2534 ตามลำดับ แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.4 เพศหญิง ร้อยละ 46.6 ในปี พ.ศ. 2533 และ โดยมีแฝด 14 คู่ เป็น แฝดหญิง 4 คู่ แฝดชาย 5 คู่ และแฝดหญิงชาย 2 คู่ ในปี พ.ศ. 2533 ส่วนปี พ.ศ. 2534 มีแฝด 4 คู่ เป็นแฝดชายทั้งหมด

ตามตารางที่ 8 ไม่พบอัตราตายของมารดาทั้ง 2 ปี ในปี พ.ศ. 2533 พบอัตราการเสียเลือดจนต้องให้เลือดทดแทนแก่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 4.3 และ ร้อยละ 4.7 ในปี พ.ศ. 2534 สำหรับการติดเชื้อ พบว่ามีแผลผ่าตัดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2533 จำนวนร้อยละ 1.4

และ ร้อยละ 1.8 ในปี พ.ศ. 2534 ทางด้านทารก พบอัตราตาย ร้อยละ 1.9 ในปี พ.ศ. 2533 และร้อยละ 0.7 ปี พ.ศ. 2534 จากอัตราตายทั้งหมดของทารกที่ได้รับการคลอด ในปี พ.ศ. 2533 และ 2534 จำนวนร้อยละ 1.3 และ ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ

## วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลบ้านโป่ง รวม 2 ปี (พ.ศ. 2533-2534) เท่ากับ ร้อยละ 10.9 เทียบกับของโรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ. 2533 ร้อยละ 17.3<sup>2</sup> ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2523 ร้อยละ 12.8<sup>3</sup> และของโรงพยาบาลทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2528 ร้อยละ 22.7<sup>4</sup> จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามวิวัฒนาการทางด้านการแพทย์

ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่า ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด 3 ลำดับแรกได้แก่ การผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับช่องเชิงกราน การผ่าตัดคลอดซ้ำ และภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ ตามลำดับ สำหรับการผ่าตัดซ้ำนั้น ในปัจจุบันถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ให้ผ่าตัดคลอด ก็สามารถให้คลอดทางช่องคลอดได้ โดยแพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด<sup>5</sup> แต่อย่างไรก็ตามผู้เคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อน มักจะเลือกวิธีคลอดโดยการผ่าตัดคลอดซ้ำ<sup>6,7</sup> วิธีการผ่าตัดคลอดสูติแพทย์ในปัจจุบันจะทำวิธี low transverse caesarean section แทนทั้งหมด การทำ classical caesarean section ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง 3 ราย ทั้งนี้เนื่องจากมีพังผืดอย่างมากบริเวณส่วนล่างของมดลูก เนื่องจากการผ่าตัดคลอดในครั้งก่อน การทำ classical caesarean section และทำหมันจะช่วยหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อการเลาะพังผืดบริเวณส่วนล่างของตัวมดลูกได้<sup>2</sup>

จากอายุของผู้ได้รับการผ่าตัดคลอดจะสูงในช่วงวัยเจริญพันธุ์ สูงสุดในช่วงอายุ 25-29 ปี และต่ำสุดในช่วงวัยใกล้หมดประจำเดือนพบได้น้อยสุดในช่วงอายุ 40-44 ปี สำหรับความเสี่ยงต่อการคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ครรภ์แรกจะมีโอกาสเสี่ยงมากที่สุดจะอัตราเสี่ยงลดน้อยไปตามลำดับครรภ์ที่เพิ่มขึ้น หลังจากลำดับครรภ์ที่สามไปแล้วจะพบอัตราเสี่ยงน้อย เนื่องจากในครรภ์ที่สอง

หรือสามผู้ได้รับการผ่าตัดคลอดมักจะยินยอมทำหมัน และ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์ที่สี่ขึ้นไป สาเหตุโดยมากเกิดจากทางด้านทารกอยู่ในท่าผิดปกติไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดอย่างปลอดภัยได้

ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดขึ้นกับความยากง่าย ประสบการณ์ความชำนาญของสูติแพทย์และการผ่าตัดร่วมเช่น การทำหมัน การผ่าตัดไส้ติ่งและการผ่าตัดเนื้องอกรังไข่หรือเนื้องอกมดลูก โดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ใช้เวลา 49 นาที ต่อการผ่าตัดหนึ่งราย เฉลี่ยน้ำหนักทารกที่ได้รับการผ่าตัดคลอด 3,080 กรัม จะเห็นได้ว่าน้ำหนักทารกไม่มากนัก ทั้งนี้ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดที่เกิดจากทารกตัวใหญ่พบเพียงร้อยละ 30 อีกร้อยละ 70 เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ตามตารางที่ 2

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่การเสียเลือดต้องให้เลือดทดแทน ส่วนใหญ่จะพบในรายรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด การผ่าตัดที่ต้องเลาะพังผืดมาก ในรายที่เคยผ่าตัดคลอดครั้งก่อนที่สาเหตุเจ็บท้องนาน คลอดทางช่องคลอดไม่ได้ มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด อยู่ในโรงพยาบาลนาน ในผู้ป่วยเหล่านี้สูติแพทย์ควรเตรียมเลือดไว้ให้พร้อมและเพียงพอ เมื่อจำเป็นต้องให้เลือดทดแทน สำหรับการติดเชื้อแผลอักเสบ พบได้น้อยมาก เนื่องจากการให้ยาปฏิชีวนะหลังคลอดทุกราย โดยให้ P.G.S. และ Kanamycin เมื่อรับประทานได้ในวันที่สองหรือสามหลังผ่าตัดให้ Ampicillin รับประทานต่อห้าวัน ซึ่งค่าใช้จ่ายในเรื่องยาปฏิชีวนะที่ให้นี้ไม่แพงนักและคุ้มค่ากับการป้องกันภาวะติดเชื้อ แผลอักเสบทั้งที่ในสหรัฐอเมริกานิยมใช้ Cefazolin 1 กรัม 3 doses ได้ผลคุ้มค่าเช่นเดียวกัน<sup>8</sup> แต่ยานี้ราคาแพงไม่เหมาะกับ ผู้ได้รับการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ทางด้านทารกพบอัตราตายจากการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 1.9 และ ร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2534 ตามลำดับ ทารกที่ตายเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม เกิดในรายรกลอกตัวก่อนกำหนด และ แผล 1 คู่ ที่มีน้ำหนักตัวน้อย แต่จำเป็นต้องผ่าตัด สูติแพทย์ควรระมัดระวังอย่างมากในการก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดจากการเลือกเวลาที่ทำผ่าตัดไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นค่าเดือนที่ช้าแล้วซ้ำอีกในตำราแทบทุกเล่ม<sup>9</sup> การใช้เครื่อง

ultrasound จะช่วยในการวินิจฉัยอายุครรภ์ได้ แต่ก็ยังไม่สามารถจะนำมาใช้ทดแทนประวัติระดูที่แน่นอนได้<sup>10</sup>

## สรุป

อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีแนวโน้มสูงขึ้นแทบทุกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากมีข้อบ่งชี้ใหม่ๆ ในการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนความก้าวหน้าในทางการแพทย์ ทางด้านวิสัญญยาภิบาล วัสดุศาสตร์ คลังเลือด และเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น ultrasound electronic fetal monitoring เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดคลอดก็ยังมีเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการตายของมารดาและทารกสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด แม้ว่าการผ่าตัดจะปลอดภัยกว่าในสมัยก่อนมากก็ตาม ดังนั้นจึงควรที่จะผ่าตัดเฉพาะรายที่จำเป็นเท่านั้น การผ่าตัดคลอดซ้ำควรพิจารณาให้เหมาะสมทั้งข้อบ่งชี้ และอายุครรภ์ที่ครบกำหนดด้วย เพื่อป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ สมหมาย อุดมสุวรรณ ที่กรุณาให้คำแนะนำอันมีค่าอย่างยิ่งในการศึกษาครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Pritchard JA, Mac Donald PC, Gant NF. Williams Obstetrics. 18<sup>th</sup> ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1989 ; 441-459.
2. กำแพง จาตุรจินดา และ ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. ใน: กำแพง จาตุรจินดา และคณะ. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ เมดิคัล มีเดีย, 2530 : 307.
3. กมล สังขวาลี. การผ่าท้องทำคลอด. ใน: สุจิตต์ เฝ้าสวัสดิ์ และคณะ. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ

: บริษัท ทริโอแอดด์ จำกัด, 2529 : 382.

4. 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 1985 ; 77 : 955-9.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion. Guideline 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).
6. E. Paul Kirk, Kathleen A. Doyle, Janet Leigh. Vaginal birth after or repeat cesarean section : Medical risks or social realities ? Am J Obstet Gynecol 1990 ; 162 : 1398-405.
7. Gerald F. Joseph, Jr., Charles M. Stedman, and Alfred 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.
8. N. Joel Ehrenkranz, William C. Blackwelder, Sandra J. Pfaff. Infections complicating low-risk cesarean sections in community hospitals : Efficacy of antimicrobial prophylaxis. Am J Obstet Gynecol 1990 ; 162 : 337-43.
9. Bowers SK, MacDonald 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.
10. Mitchell D. Accuracy of prenatal and postnatal assessment of gestational age. Arch Dis Child 1979 ; 54 : 896-7.