

## บทความพินิจวิชา

### แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ปัญญา สนั่นพานิชกุล, พ.บ., ว.ว.สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา\*

\* กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม รพ.พระปกเกล้า

#### บทคัดย่อ

อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องสูงขึ้นมากในทุกสถานพยาบาล แม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าควรเป็นร้อยละ 10-15 ความพยายามในการลดอัตราการผ่าตัดคลอด สามารถทำได้โดยการลดการผ่าตัดคลอดบุตรปฐมภูมิ และทุติยภูมิ รวมทั้งการให้ความรู้ที่แท้จริงแก่ประชาชน การสร้างจิตสำนึกแก่สูตินรีแพทย์ และความร่วมมือขององค์กรเอกชนในทุกภาคส่วน ซึ่งอาจจะไม่สำเร็จได้ในเร็ว

วัน อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญกว่าตัวเลขของ “อัตราการผ่าคลอด” คือเป้าหมายนั้นต้องเป็นไปเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุดของมารดาและทารก โดยคำนึงถึงทรัพยากรทางสาธารณสุขที่มีร่วมกับความพึงพอใจของมารดา ดังนั้น ตัวเลขอัตราการผ่าคลอดจึงแปรเปลี่ยนไปในแต่ละบุคคลตามกาลเวลา ประชากร และสภาพสังคม

**คำสำคัญ:** การผ่าตัดคลอดบุตร; อัตราการผ่าตัดคลอด

## Literature Review

### Concern of Cesarean Section Rate

Panya Sananpanichkul, M.D.\*

\* Department of Obstetrics and Gynecology, Prapokklao Hospital

#### Abstract

Although World Health Organization defined the appropriate cesarean section rate at 10-15%, the rate is still high in many hospitals. The attempt to decrease this could be start in primary and secondary cesarean section as well as social educating and create the cultivating good moral traits in our obstetricians. However, what is more important than

the "cesarean section rate" is the best health outcomes of mothers and babies that should be taken into account of the public health resources. Therefore, the rate of cesarean delivery still varies among individuals over time, population and social status.

**Keywords:** cesarean section; cesarean section rate

## บทนำ

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (cesarean section; C/S, cesarean delivery; CD) คือการทำคลอดบุตรโดยการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง และผ่านทางผนังมดลูก ที่สหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2004 พบมีการผ่าตัดคลอด 1,200,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 29 ของการคลอดทั้งหมด<sup>1</sup> ซึ่งอัตราผ่าตัดคลอดนี้เพิ่มขึ้นมาตลอดโดยพบว่าในปี ค.ศ. 1965 เท่ากับร้อยละ 4.5 และสูงถึงร้อยละ 32.2 ในปี ค.ศ. 2014 โดยไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงของข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือจากความต้องการของมารดา<sup>2</sup> ที่น่าสนใจก็คือมีการเพิ่มขึ้นของอัตราตายของมารดาและทารกหลังคลอดในรายที่ทำผ่าตัดคลอด เมื่อเปรียบเทียบกับคลอดทางช่องคลอด<sup>3</sup>

แม้ดูเหมือนจะมีการลดลงของ Total และ Repeat C/S ในปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000 ซึ่งอาจมีเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของ VBAC แต่ก็มี การเพิ่มขึ้นของ Primary C/S ปี ค.ศ. 2002 ถึง ค.ศ. 2003 และการลดลงของ VBAC<sup>4</sup> และยังเป็นที่ยกเถียงกันว่า อัตราการผ่าตัดคลอดนี้จะเกี่ยวกับความเจริญของประเทศด้วยหรือไม่ เพราะพบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดจะสูงกว่าในประเทศที่เจริญทางเทคโนโลยีกว่าโดยพบเพียงร้อยละ 2 ในประเทศด้อยพัฒนา<sup>5</sup> ทั้งนี้ตัวเลขการผ่าคลอดที่สูงไม่ได้สะท้อนถึงผลลัพธ์ของทารกที่ดีกว่าเลย และอาจส่งผลร้ายกว่าเสียด้วย<sup>6</sup>

ในทศวรรษที่ผ่านมา พบว่ามีการเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์อายุระหว่าง 35-50 ปี ซึ่งในหญิงกลุ่มนี้โดยเฉพาะถ้าเป็นครรภ์แรก พบมีอัตราการผ่าตัดคลอดเป็น 2 เท่าของหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 48 และ 23 ตามลำดับ) พบความเสี่ยงที่จะต้องทำผ่าตัดมากขึ้นในครรภ์แรก มารดา

อายุมาก และภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมด้วยขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน และภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น<sup>7</sup>

Breech presentation พบได้ประมาณร้อยละ 3 ของการตั้งครรภ์ ในปี ค.ศ. 1985 พบทารกกลุ่มนี้ ถูกทำคลอดโดยการผ่าตัดคลอดร้อยละ 85 ในปี ค.ศ. 2001 มิงานวิจัยและคำแนะนำจากหลายสถาบัน เสนอว่าการผ่าตัดคลอดน่าจะเป็นแนวทางคลอดที่เหมาะสมและปลอดภัย<sup>8</sup> และในปี ค.ศ. 2006 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)<sup>9</sup> ได้สนับสนุนเรื่องดังกล่าว โดยกำหนดแนวทางการดูแล การคลอดทารกทำกันโดยช่องทางคลอดปกติ

## เนื้อเรื่อง

โดยหลักใหญ่แล้ว เราสามารถแบ่งการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องออกเป็น

1. Primary C/S คือ การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก สามารถแบ่งย่อยออกไปได้เป็น

- Elective C/S คือการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าแล้ว เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของมารดาและทารกในครรภ์ เช่น Breech presentation in primigravida

- Cesarean delivery on maternal request (CDMR) คือการผ่าตัดคลอดตามความต้องการของมารดาในครรภ์ที่ไม่ใช่ครรภ์แฝด โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

- Emergency C/S คือการผ่าตัดคลอดบุตร โดยมารดาหรือทารกในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤติ เช่นภาวะที่มีการตกเลือดก่อนคลอดจาก

Placenta previa เป็นต้น

- Labored C/S คือการทำผ่าตัดคลอดบุตรในมารดา โดยที่ในช่วงแรกได้วางแผนว่าจะให้คลอดทางช่องคลอด แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป กลับพบว่าไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้

2. Secondary C/S คือการทำผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยทำผ่าตัดมาก่อน

### 2.1 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด

- ข้อบ่งชี้ทางด้านมารดา

- เคยผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
- มีสิ่งกีดขวางช่องทางคลอด เช่น การมีก้อนเนื้องอก หรือมะเร็ง หรือ Condyloma ในช่องคลอด การที่มี Vaginal septum หรือการพบเนื้องอกมดลูกที่ส่วน Lower segment

- มารดามีความผิดปกติของ อวัยวะสืบพันธุ์ที่ขัดขวางกระบวนการคลอด

- โรคหัวใจ หรือโรคที่ไม่เหมาะสมกับการเบ่งคลอด เช่น Left heart valvular stenosis, Dilated aortic valve root, Cerebral arteriovenous malformations (AVMs) และ Recent retinal detachment

- เพิ่งได้รับการผ่าตัดตกแต่งช่องคลอด หรือการผ่าตัดบริเวณก่อนจาก Inflammatory bowel disease

ยังไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่อ้วนมากๆ มีรายงานการวิจัยในปี ค.ศ. 2011 ศึกษาในหญิงที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 50 kg/m<sup>2</sup> พบว่ามี Shoulder dystocia เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดมยา ในมารดาและทารกหลังคลอด<sup>11</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าในคนที่อ้วนและอ้วนมาก มีโอกาสที่จะต้องทำผ่าตัดคลอดคิด

เป็น 2.05 และ 2.89 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ<sup>12</sup>

- ข้อบ่งชี้ทางด้านทารก

- สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพของทารก

ภาวะ Malpresentation เช่น Preterm หรือ Term breech presentation ที่ไม่ใช่ Frank breech เป็นต้น ACOG แนะนำการทำ External cephalic version ในรายที่เป็น Term frank breech เมื่อทารกมีอายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ โดยมีอัตราความสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 60<sup>13</sup> ความสำเร็จจะสูง ถ้าเป็นครรภ์หลัง รกเกาะอยู่ทางด้านหลัง และปริมาณน้ำคร่ำอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตาม ไม่ให้ทำ version ในรายที่น้ำคร่ำน้อย, Intrauterine growth restriction ที่มี Abnormal doppler หรือหัวใจทารกเต้นผิดปกติ, Major uterine anomaly, Antepartum hemorrhage, Abnormal fetal tracing, Auliparity และ Rupture of membranes

การทำ External cephalic version เพิ่มความเสี่ยงที่จะมี Rupture membrane, อาจกระตุ้นให้เกิดการคลอด, Fetal injury, และบางครั้งอาจเสี่ยงต่อการทำผ่าตัดคลอดบุตรในภาวะฉุกเฉิน (emergency cesarean delivery) เนื่องจากมี Placental abruption มีรายงานพบว่าต้องผ่าตัดคลอดภายหลังการทำ Version ร้อยละ 0.34<sup>13</sup>

- Congenital anomaly

ภาวะความพิการบางอย่างของทารก เช่น Neural tube defect ที่อาจจะมี Rupture โดยเฉพาะที่มีขนาดใหญ่กว่า 5-6 เซนติเมตร หรือในราย Hydrocephalus ที่มี Biparietal diameter กว้าง หรือความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกเช่น ในราย Type III osteogenesis imperfecta ส่วน

Anterior wall defect เช่น Omphalocele หรือ Gastroschisis ยังมีความขัดแย้งของข้อบ่งชี้การคลอด ส่วนใหญ่มักจะทำการผ่าตัดคลอดเนื่องจากข้อบ่งชี้เรื่อง Intrauterine growth restriction หรือปัญหา Fetal distress แพทย์ส่วนมากจะเห็นตรงกันว่า การผ่าตัดคลอดอาจยังไม่เป็นประโยชน์นัก ยกเว้นในรายที่มีตับโผล่ออกมาซึ่งจากอุบัติการณ์พบได้น้อย<sup>14,15</sup>

- การติดเชื้อของทารก

พบว่า การติดเชื้อที่เป็นแบบ First episode genital herpes infection มีโอกาสที่จะมีการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกพบได้ร้อยละ 35 เทียบกับร้อยละ 2 ในรายที่เป็น Recurrent infection ดังนั้นในปัจจุบันจึงพิจารณาการผ่าตัดคลอดในรายที่เป็นการติดเชื้อ Herpes virus ที่ Active หรือรายมีอาการ เพื่อลดอัตราการติดเชื้อของทารกแรกเกิด ส่วนเรื่อง การติดเชื้อ HIV infection นั้น พิจารณาให้ทำผ่าตัดคลอดในหญิงที่อายุครรภ์มากกว่า 38 สัปดาห์ และมี Viral load มากกว่า 1,000 copies/ml ส่วนในรายที่ Viral load ต่ำหรือตรวจไม่พบนั้น การพิจารณาผ่าตัดคลอด จะขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์<sup>16</sup>

- Prolong acidemia ของทารก

มีรายงานพบว่า การใช้ Electronic fetal monitoring กลับเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด ถึงร้อยละ 40 ในขณะที่ไม่ได้ลด Cerebral palsy หรือ Perinatal mortality<sup>17</sup>

- ข้อบ่งชี้ที่เป็นผลดีต่อทั้งมารดาและทารก

- Abnormal placentation เช่น รกเกาะต่ำ และรกลอกตัวก่อนกำหนด

- Abnormal labor จากภาวะ Cephalopelvic disproportion ความล่าช้าในการวินิจฉัยภาวะนี้ อาจเพิ่ม Maternal และ Fetal trauma

เช่น Erb-Duchenne or Klumpke palsy from a shoulder dystocia<sup>18</sup>

- Previous uterine scar จากการทำ Myomectomy หรือ Classical cesarean scar ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิด Uterine rupture พบได้ร้อยละ 0.2-1.0<sup>19</sup>

ในสหรัฐอเมริกาพบการผ่าตัดคลอดบุตรตามความต้องการของมารดา (CDMR) ร้อยละ 4-18 ยังไม่พบหลักฐานรวมทั้งงานวิจัยสนับสนุนที่จะสรุปอย่างแน่ชัดได้ถึงประโยชน์และผลลัพธ์ที่อาจตามมา แม้จะมีการสนับสนุนโดยการกำหนดข้อแนะนำจาก ACOG และ NIH เกี่ยวกับ CDMR ไว้ในปี ค.ศ. 2013 และ 2006 ก็ตาม<sup>1,20</sup>

### การลด Cesarean section

การที่จะลดอัตราการผ่าตัดคลอดในส่วนที่เป็น primary C/S นั้น ต้องอยู่บนพื้นฐานความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์ แล้วจึงมาพิจารณาในแต่ละข้อบ่งชี้ บางคราวอาจจะสามารถลดจำนวนของการผ่าตัดคลอดบุตรโดยที่ไม่ได้ใช้เวชภัณฑ์ใดๆ อย่างเช่นในทารกที่มีส่วนนำเป็นกัน การทำ External cephalic version อาจจะทำให้สามารถคลอดบุตรทางช่องคลอดได้<sup>21</sup> หรือการลองให้คลอด (trial of labor) ในหญิงตั้งครรภ์แฝดที่ทารกคนแรกมีศีรษะเป็นส่วนนำเป็นต้น

### แนวทางในการลด Primary cesarean section

ACOG และ SMFM (society for maternal-fetal medicine)<sup>22</sup> ได้เสนอแนวทางในการลด primary C/S ไว้ดังนี้

- การยอมให้มี Prolongation of latent phase

- Active phase of labor ควรเริ่มเมื่อปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 6 เซนติเมตร จากที่เคยกำหนดที่ 4 เซนติเมตร

- ควรมีการเพิ่มเวลาในระยะ Active phase ก่อนที่จะมีการประเมินว่ามีความผิดปกติ
- ควรเพิ่มระยะเวลาการเบ่งคลอด จากเดิม 2 ชั่วโมงในหญิงครรภ์แรก เป็น 3 ชั่วโมง และในหญิงที่เคยคลอดบุตรแล้ว เพิ่มเวลาการเบ่งจาก 1 ชั่วโมง เป็น 2 ชั่วโมง และให้เพิ่มระยะเวลาใน Third stage of labor ขึ้นอีกในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ Epidural anesthesia
- พัฒนาเทคนิคการคลอด-ช่วยคลอดทางช่องคลอด เช่น Forceps extraction และ Vacuum extraction
- แนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้ควบคุมไม่ให้น้ำหนักเพิ่มมากเกินไป ในระหว่างตั้งครรภ์
- การให้ Non-medical intervention ในระหว่างการคลอด เช่นการเพิ่มการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ในช่วงก่อนและระหว่างการคลอด
- พิจารณาทำ External cephalic version ในทารกที่มีส่วนนำเป็นก้น
- การพิจารณา TOLAC ในการตั้งครรภ์แฝดที่ทารกตัวแรกมีส่วนนำเป็นศีรษะ

### แนวทางในการลด Secondary cesarean section

แม้ว่าจะมีความพยายามส่งเสริมให้หญิงที่เคยผ่าตัดคลอดได้ลองเข้าสู่กระบวนการคลอดแต่ธรรมชาติของ VBAC กลับลดลงในระยะ 10 ปีมาจากการพิจารณา VBAC ควรจะทำในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมที่จะทำ Emergency C/S ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคของแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือไม่มีทีมที่พร้อม แน่หนอนว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนการผ่าตัดคลอดส่วนหนึ่ง เกิดจากผู้ป่วยที่เป็น Secondary C/S ที่อาจลดจำนวนการผ่าตัดลงได้ถ้าสนับสนุน TOLAC แต่โดยความเป็นจริงแล้ว Total C/S มักจะ

แปรผันโดยตรงกับ Primary C/S มากกว่า **สถานการณ์การผ่าตัดคลอดโรงพยาบาลพระปกเกล้า**

องค์การอนามัยโลกแนะนำอัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสม คือร้อยละ 10-15 โดยพบว่าถ้ามากไปกว่านี้แล้ว ก็จะไม่ลดอัตราตายหรือทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและทารก อัตราการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลพระปกเกล้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากประมาณร้อยละ 23 ในปี พ.ศ. 2540 และร้อยละ 31.4, 35.5, 37.6 ในปีพ.ศ. 2545, 2550, 2555 ตามลำดับ จนถึงประมาณ ร้อยละ 41 ในปี พ.ศ. 2559 แม้จะเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดอย่างต่อเนื่องมาตลอดเกือบ 20 ปี แต่อัตราการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและอัตราตายปริกำเนิดค่อนข้างจะคงที่ที่ร้อยละ 8-12 และ 9-13 ตามลำดับ

### บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

- เหตุผลที่อาจเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด เช่น
- ความไม่ใส่ใจกับการเพิ่มความสามารถของสตรีในการคลอดบุตร
  - ความกลัวผลข้างเคียงที่เกิดจากการคลอดและสูติศาสตร์หัตถการ
  - การปฏิเสธที่จะเสนอทางเลือกในการคลอดทางช่องคลอด
  - ทักษะคติที่ไม่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับการผ่าตัดและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการประกอบวิชาชีพ
  - การไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับการผ่าตัดคลอด
  - แรงจูงใจหรือคำตอบแทนในการที่ทำผ่าตัดคลอดบุตร
  - ความสมดุลในชีวิตและการทำงานของทั้งแพทย์และหญิงตั้งครรภ์

● ความไม่ไว้วางใจต่อการดูแลการคลอดของมารดาที่มีต่อสถานพยาบาล

จากข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดดังกล่าว พอที่จะนำมาประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปได้ดังนี้

1. อัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลพระปกเกล้าสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุไม่น่าจะมาจากปัจจัยเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง

2. มีความจำเป็นจะต้องลดอัตราการผ่าตัดคลอดลงหรือไม่? คำตอบน่าจะพิจารณาจากผลลัพธ์ก็คือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับมารดาและทารก เนื่องจากในแต่ละพื้นที่ มีบริบทที่แตกต่างกันทั้งในแง่ของชีวิตความเป็นอยู่ อาหารการกิน สภาพสังคม และความเชื่อ การเปรียบเทียบตัวเลขระหว่างสถานที่ อาจจะไม่สามารถตอบโจทย์ได้ถูกต้อง ในส่วนข้อมูลของโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่เป็นแหล่งรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดจันทบุรีและของจังหวัดใกล้เคียงเช่น ตราด และสระแก้ว ก็อาจจะทำให้ “ตัวเลขอัตราการผ่าตัดคลอด” สูง แม้ว่าผลลัพธ์ในส่วนมารดาจะไม่พบมารดาตั้งครรภ์เสียชีวิตเลย แต่ผลทางด้านทารกยังไม่ดีนัก กล่าวคือ ยังมี Perinatal morbidity, Asphyxia ที่ยังสูงอยู่

3. จากการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า มากกว่าครึ่งของหญิงตั้งครรภ์ที่นัดมาผ่าตัดคลอด (ในกรณีที่มีประวัติผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน) จะมาก่อนวันนัด หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เนื่องจากจะเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน จากข้อมูลเดียวกัน เรายังพบว่าทารกร้อยละ 3 ในกลุ่มนี้มีโอกาสต้องนอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ ของทารกแรกเกิด สาเหตุของการมาโรงพยาบาลก่อนหน้านั้น มักเป็นเรื่องน้ำเดิน หรือเคยคลอดก่อนกำหนด หรือในรายที่ฝากครรภ์

ไม่ครบในครรภ์หลัง หรือเคยผ่าตัดมากกว่า 2 ครั้ง เป็นต้น การแก้ไขอาจทำได้ในการเพิ่มความเข้มข้นในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ให้มากขึ้น การตรวจความหนาของปากมดลูกที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ร่วมกับการพิจารณาให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดก่อนกำหนด น่าจะเป็นทางออกในการลดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดในกลุ่ม Secondary C/S ได้

4. การลด Secondary C/S โดยการสนับสนุนการทำ TOLAC น่าจะยังไม่ได้ผลนัก เนื่องจากความไม่พร้อมและความแออัดของห้องผ่าตัด รวมทั้งกำลังเจ้าหน้าที่ของทั้งห้องคลอดและห้องผ่าตัด ทำให้คาดเดาถึงสถานการณ์ล่วงหน้าได้ยาก การทำ TOLAC สำเร็จ จะพบมีภาวะแทรกซ้อนที่น้อยกว่าการทำผ่าตัดคลอด แต่ถ้า TOLAC ไม่สำเร็จ จะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าการนำผู้ป่วยไปทำผ่าตัดคลอด การพิจารณา TOLAC จึงต้องพิจารณาเป็นรายๆ ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์, หญิงตั้งครรภ์และญาติ ที่จะต้องทราบถึงข้อดีและข้อด้อยของการทำ แล้วร่วมกันตัดสินใจ

#### 5. การลด Primary C/S

5.1 การยอมให้มี Prolongation of latent phase

5.2 กำหนด Active phase of labor เริ่มเมื่อปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 6 ซม. (จากที่เคยกำหนดที่ 4 ซม.)

5.3 เพิ่มเวลาในระยะ Active phase ก่อนที่จะมีการประเมินว่ามีความผิดปกติ เช่นอาจประเมินทุก 4 ชั่วโมง ในกรณีที่ทารกยังอยู่ในสภาพที่ดี

5.4 เพิ่มระยะเวลาของ 2nd stage of



labor จากเดิม 2 ชั่วโมงในหญิงครรภ์แรก เป็น 3 ชั่วโมง และ เพิ่มเวลาจาก 1 ชั่วโมง เป็น 2 ชั่วโมง ในหญิงที่เคยคลอดบุตรแล้ว

5.5 พัฒนาเทคนิคการช่วยคลอดทางช่องคลอด เช่น Forceps extraction และ Vacuum extraction

5.6 เพิ่มการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ในช่วงก่อนและระหว่างการคลอด

5.7 ควบคุมน้ำหนักในระหว่างตั้งครรภ์ไม่ให้เพิ่มมากเกินไป

5.8 ในทารกที่มีส่วนหน้าเป็นก้น ให้พิจารณาทำ External cephalic version

5.9 ในการตั้งครรภ์แฝดที่ทารกคนแรกมีส่วนหน้าเป็นศีรษะ ให้พิจารณา TOLAC

6. CDMR ตอบโจทย์ทั้งในด้านของอุปสงค์และอุปทานที่เพิ่มขึ้นเป็นตัวขับเคลื่อนในส่วนของแพทย์ในการบริหารเวลา และค่าแพทย์ที่สูงกว่า (ในโรงพยาบาลเอกชน) ส่วนในด้านหญิงตั้งครรภ์ก็ตอบโจทย์ทั้งด้านเวลาและความพึงพอใจ ลดความกลัวจากการต้องเจ็บครรภ์คลอด แต่ในความเป็นจริงแล้ว ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดคลอดมากกว่าการคลอดปกติเสมอ ดังนั้นการทำผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ถูกต้อง นอกจากจะเพิ่มค่าใช้จ่ายแล้ว ยังเป็นการเพิ่มความเสี่ยงกับผู้คลอดด้วยการแก้ไขในส่วนนี้ คงทำได้เพียงการสร้างความรู้เข้าใจที่ถูกต้องให้กับหญิงตั้งครรภ์ และการปลูกจิตสำนึกความมีส่วนร่วมในบริหารค่าใช้จ่ายทางการบริการสาธารณสุขให้กับแพทย์และนิสิตแพทย์ ที่จะเติบโตเป็นแพทย์ในอนาคต

7. ถ้าให้ข้อมูลที่เพียงพอแล้ว และหญิงตั้งครรภ์ยังคงตัดสินใจอยากจะทำผ่าตัดคลอด (CDMR) การตัดสินใจน่าจะเป็นการตกลงกันของกลุ่มแพทย์ที่ทำงาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาล

ของรัฐ เนื่องจากว่า อย่างไรก็ตาม กลุ่มนี้ก็คงจะทำผ่าตัดคลอดแน่ ซึ่งก็อาจเป็นที่โรงพยาบาลเอกชน ผู้เขียนเสนอให้ทำในโรงพยาบาลรัฐโดยให้ทางฝ่ายหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นี้เอง ดังเช่นที่ปฏิบัติในไต้หวัน

## บทสรุป

ในความเป็นจริงแล้วตัวเลข “อัตราการผ่าตัดคลอด” เป็นเพียงตัวเลขในอุดมคติเท่านั้น ตัวเลขอัตราการผ่าตัดคลอดคงที่หนึ่ง อาจจะไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และไม่สามารถนำมาตัดสินได้กับสถานพยาบาลในทุกๆ ที่ สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงมากกว่าตัวเลข “อัตราการผ่าตัดคลอด” ก็คือเป้าหมายนั้นต้องเป็นไปเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุดของมารดาและทารก โดยคำนึงถึงทรัพยากรทางสาธารณสุขที่มี ร่วมกับความพึงพอใจของมารดา ดังนั้น ตัวเลขอัตราการผ่าตัดจึงแปรเปลี่ยนไปในแต่ละบุคคล ตามกาลเวลา ประชากร และสภาพสังคม

## เอกสารอ้างอิง

1. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. Semin Perinatol. 2006 Oct;30(5):235-41.
2. MacDorman MF, Menacker F, Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. Clin Perinatol. 2008; 35(2):293-307.
3. Harper MA, Byington RP, Espeland MA, Naughton M, Meyer R, Lane K. Pregnancy-related death and health care

- services. *Obstet Gynecol.* 2003; 102(2):273-8.
4. Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Births: preliminary data for 2003. *Natl Vital Stat Rep.* 2004; 53(9):1-17.
  5. Betrán AP, Meriáldi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007; 21(2):98-113.
  6. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet.* 2006;367(9525):1819-29.
  7. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary data for 2008. National Center for Health Statistics. Available at [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58\\_16.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_16.pdf). Accessed: March 28, 2017.
  8. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet.* 2000 Oct 21. 356(9239):1375-83.
  9. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol.* 2006 Jul. 108(1):235-7.
  10. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L, et al. Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 170(2): 495-504.
  11. Homer CS, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Planned vaginal delivery or planned caesarean delivery in women with extreme obesity. *BJOG.* 2011 Mar. 118(4):480-7.
  12. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a meta-analysis. *Obes Rev.* 2007 Sep. 8 (5):385-94.
  13. Grootsholten K, Kok M, Oei SG, Mol BW, van der Post JA. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2008 Nov. 112(5): 1143-51.
  14. How HY, Harris BJ, Pietrantoni M, Evans JC, Dutton S, Khoury J, et al. Is vaginal delivery preferable to elective cesarean delivery in fetuses with a known ventral wall defect?. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Jun. 182(6):1527-34.
  15. Salihu HM, Emusu D, Aliyu ZY, Pierre-Louis BJ, Druschel CM, Kirby RS. Mode of delivery and neonatal survival of infants with isolated gastroschisis. *Obstet Gynecol.* 2004 Oct. 104(4):678-83.



16. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Available at <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/brief-html/3/perinatal/182/transmission-and-mode-of-delivery> Accessed: August 20, 2018.
17. Scheller JM, Nelson KB. Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood?. *Obstet Gynecol.* 1994 Apr. 83(4):624-30.
18. Gottlieb AG, Galan HL. Shoulder dystocia: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2007 Sep. 34(3):501-31, xii.
19. Motomura K, Ganchimeg T, Nagata C, Ota E, Vogel JP, Betran AP, et al. Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Sci Rep.* 2017 Mar 10;7:44093. doi: 10.1038/srep44093.
20. NIH State-of-the-Science Conference Statement on Cesarean Delivery on Maternal Request. *NIH Consens Sci Statements.* 2006. Mar 27-29; 23(1) 1–29.
21. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 161 Summary: External Cephalic Version. *Obstetrics & Gynecology.* February 2016. 127: 412-413.
22. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 210(3):179-93
23. Xing LF , Ling X, Yan G, Carine R. Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. *Bulletin of the World Health Organization* 2012; 90: 30-39A. doi: 10.2471/BLT.11.090399