

# สภาพการณ์และแนวโน้มของการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายก ในช่วง 14 ปีย้อนหลัง

ชิตติมา เหล่าศิริรัตน์

กลุ่มงานสูติรีเวชวิทยา โรงพยาบาลนครนายก

Corresponding author: thitimalao@hotmail.com

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอด ข้อบ่งชี้และแนวโน้มของการผ่าตัดคลอดเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการบริการทำคลอดต่อไป **วิธีการศึกษา:** ศึกษาข้อมูลการคลอดที่โรงพยาบาลนครนายกย้อนหลังเป็นเวลา 14 ปี ในช่วง 1 ตุลาคม 2540 ถึง 30 กันยายน 2553 **ผลการศึกษา:** พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดสูงมากขึ้นทุกปี โดยล่าสุดปีงบประมาณ 2553 พบสูงถึงร้อยละ 55.4 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ แบ่งเป็นผ่าตัดคลอดครั้งแรก (primary Caesarean section) ร้อยละ 38.4 และ secondary Caesarean section ร้อยละ 17 ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย 5 อันดับเมื่อพิจารณาตาม 14 ปี คือ previous Caesarean section (ร้อยละ 14) dystocia (ร้อยละ 11.8) fetal distress (ร้อยละ 4.5) abnormal presentation (ร้อยละ 4) และ elective Caesarean section (ร้อยละ 2.7) โดยพบข้อบ่งชี้ elective Caesarean section มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบเป็นลำดับที่สามในปี 2553 **สรุป:** พบการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 2540 – 2553 ซึ่งอาจลดการผ่าตัดคลอดได้โดยลด elective Caesarean section โดยต้องเน้นย้ำการไม่ผ่าตัดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และอาจลดการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ dystocia (CPD) ได้โดยทำมาตรฐานการวินิจฉัย CPD ให้ได้มาตรฐาน แพทย์ควรมีการตรวจสอบตนเอง มีการพัฒนาคู่มือแนวทางสูติศาสตร์หัตถการที่เหมาะสม ไม่ชักนำการคลอดโดยไม่จำเป็น

**ศัพท์สำคัญ:** ผ่าตัดคลอด, ข้อบ่งชี้, แนวโน้ม, Caesarean section, โรงพยาบาลนครนายก

**ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2553;5(4):301-308<sup>§</sup>**

## บทนำ

การผ่าตัดคลอดเป็นการช่วยเหลือนมารดาและทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤติ สามารถลดอัตราการตายของมารดาและทารกได้มาก เป็นสูติศาสตร์หัตถการที่สำคัญ การผ่าตัดทำได้ง่ายและปลอดภัย ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์มีหลากหลาย<sup>1,2</sup> เช่น dystocia, previous Caesarean section, pregnancy induced hypertension, breech presentation, fetal distress และ premature rupture of membrane เป็นต้น แต่ปัจจุบันมีปัจจัยอื่นที่ไม่ใช่เหตุผลในการช่วยมารดาและทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤติมาเกี่ยวข้องมากขึ้น ทั้งด้านสิทธิผู้ป่วยที่มากขึ้น การร้องเรียน การฟ้องร้อง ความไม่เข้าใจกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย รวมถึงแพทย์เริ่มกลัวการตกเป็นจำเลยของสังคม<sup>3</sup> ทำให้แพทย์เลือกวิธีผ่าตัดคลอดมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น ปัจจุบันมีการนำเครื่องมือ electronic fetal monitoring มาใช้ในการดูแลการคลอด ทำให้ตรวจพบภาวะที่ทารกในครรภ์อาจขาดออกซิเจนได้ไวขึ้น แต่บ่อยครั้งที่เครื่องมือมีความไวเกิน ทำให้ได้ผลบวกลวง (false positive) จึงผ่าตัดคลอดโดยไม่สมควร<sup>4</sup>

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว มีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น เช่น ความกลัวที่จะเกิดอันตรายที่ศีรษะของทารกจากการใช้คีมดิ่งหรือการดูดสุญญากาศ ความกลัวการเจ็บปวดจากการคลอด อยากได้ฤกษ์ดี หรือเหตุผลทางสังคมอย่างอื่น<sup>5</sup> เหล่านี้ล้วนทำให้การผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น

เท่าที่ผ่านมาพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยบางส่วนเกิดจากข้อบ่งชี้จำเป็นทางการแพทย์ แต่บางส่วนไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่ประเทศสหรัฐอเมริกาจากร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2507 เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในปี 2531<sup>6</sup> และร้อยละ 32 ในปี 2550<sup>1</sup> ส่วนที่ออสเตรเลีย ในปี พ.ศ. 2550 มีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 64.7 โดยเป็นการช่วยมารดาและทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤติเพียงร้อยละ 40.37<sup>2</sup>

อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในหลายประเทศรวมทั้งในประเทศไทย โดยใน พ.ศ. 2533 พบร้อยละ 15.2 และใน พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.4<sup>5</sup> โดยมีรายงานจากหลายโรงพยาบาล เช่น ที่โรงพยาบาลศุภณูย์ขอนแก่นในปี 2542 พบร้อยละ 22.63 แล้วเพิ่มเป็นร้อยละ 27.12 ในปี 2546<sup>7</sup> โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ในปี 2546 พบร้อยละ 27.31 เพิ่มเป็นร้อยละ 29.26 ใน พ.ศ. 2548<sup>8</sup>

<sup>§</sup> 15<sup>th</sup> year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

ส่วนโรงพยาบาลชัชวาท ในปี พ.ศ. 2530 พบร้อยละ 9.69 แล้วเพิ่มเป็นร้อยละ 31.13 ในปี พ.ศ. 2540<sup>9</sup>

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอดมาก โดยโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาสูงกว่าการคลอดปกติถึง 2.84 เท่า<sup>10</sup> เช่น ขณะดมยาสลบอาจแพ้ยาสลบหรือยาชาจนถึงแก่ชีวิตได้ อาจเสียเลือดมากขณะผ่าตัด บางรายต้องให้เลือดช่วยชีวิต ได้รับอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ ทางเดินปัสสาวะหรือลำไส้ฉีกขาด อาจแพ้ยาปฏิชีวนะที่ฉีดป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อหรือแพ้เลือด หลังผ่าตัดอาจได้รับอันตรายจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัดหรือในโพรงมดลูก การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปอด หรือตำแหน่งอื่น อาจเกิดพังผืดยึดติดมดลูก ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ลำไส้ และระบบทางเดินปัสสาวะ อาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันหรือเส้นเลือดดำที่ขา เมื่อตั้งครรภ์ครั้งต่อไปอาจเกิดการฉีกขาดของมดลูกตำแหน่งแผลเก่าทำให้อันตรายต่อชีวิต<sup>11</sup>

นอกจากนี้ การผ่าตัดคลอดยังทำให้มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมากกว่าการคลอดปกติ และการผ่าตัดครั้งที่สองและครั้งที่สามก็ยิ่งยากขึ้นเพราะพังผืดยึดทำให้อวัยวะต่าง ๆ อยู่ผิดที่ และได้รับอันตรายจากการผ่าตัดมากขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดสูงกว่าการคลอดปกติอย่างชัดเจน ผลเสียต่อทารกก็มีมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด เช่น ในการคลอดปกติเมื่อศีรษะทารกโผล่พ้นช่องคลอด หน่ออกและปอดทารกและถูกบีบกดโดยอุ้งเชิงกรานให้สารน้ำและเมือกในปอดหลุดออก แล้วแพทย์หรือพยาบาลจะสามารถดูดสารน้ำและเมือกในปากออกได้หมด แต่ในการผ่าตัดคลอดจะขาดกลไกที่ดีนี้ ทำให้ปอดทารกอาจยังมีสารน้ำและเมือกหลงเหลือทำให้เกิดอันตรายได้ นอกจากนี้ บางครั้งอาจคำนวณอายุครรภ์ผิดพลาดทำให้ผ่าตัดโดยทารกยังไม่ครบกำหนดทารกอาจเสียชีวิต หรือต้องรักษาปัญหาปอดทำงานไม่ดีพออีกเป็นเวลานาน ดังนั้นการผ่าตัดคลอดจึงไม่ควรทำโดยไม่จำเป็น<sup>10,11</sup>

องค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งแนะนำการผ่าตัดคลอดควรทำโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 15<sup>4,10-13</sup> แต่อัตราการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายกสูงเกินเกณฑ์ที่แนะนำโดย WHO มาก ทำให้พบโรคแทรกซ้อนสูงขึ้น แพทย์มีภาระและเหนื่อยมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชนส่งผู้ป่วยที่มี previous Caesarean section ให้โรงพยาบาลนครนายกมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องจ่ายมากขึ้น ดังนั้น หากสามารถลดการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นลงได้ อาจทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งมารดาและทารกดีขึ้นในระยะยาว แพทย์เหนื่อยน้อยลง และค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องแบกรับก็อาจลดลง

ด้วยตระหนักในความจำเป็นของการลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น ผู้เขียนได้ทำการศึกษาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์จำเพาะเพื่อ 1) ศึกษาจำนวนการคลอดทั้งหมดในแต่ละปีเพื่อพิจารณาแนวโน้มของการให้บริการ ซึ่งอาจมีประโยชน์ต่อไปในการจัดอัตราค่า

แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2) ศึกษาอัตราการคลอดผิดปกติแต่ละปี โดยศึกษาอัตราการคลอดผิดปกติแต่ละชนิด ทั้งอัตราการคลอดผิดปกติ อัตราการผ่าตัดคลอด และแนวโน้มในช่วง 14 ปี และ 3) ศึกษาข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดและแนวโน้ม เพื่อสามารถระบุข้อบ่งชี้ที่ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดเป็นเช่นนั้น ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางลดอัตราการผ่าตัดคลอด และพัฒนาการบริการคลอดในอนาคตต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยรวบรวมข้อมูลการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายกย้อนหลัง 14 ปีงบประมาณ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2540 ถึง 30 กันยายน 2553 โดยใช้ข้อมูลจากสมุดจดคลอดและเวชระเบียน โดยคัดข้อมูลจากสมุดจดคลอดเพื่อคัดข้อมูลวิธีการคลอดว่าเป็นการคลอดปกติ หรือคลอดผิดปกติ โดยการผ่าตัดคลอด (Caesarean section) การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum extraction) การใช้คีมดิ่ง (forceps extraction) และ vaginal breech assisting ในรายที่ผ่าตัดได้ตัดข้อมูลข้อบ่งชี้ ซึ่งถ้าไม่ปรากฏในสมุดจดคลอด ผู้วิจัยคัดชื่อนามสกุล และหมายเลข hospital number หรือ admission number แล้วนำไปสืบค้นข้อบ่งชี้จากเวชระเบียน

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยให้นิยามสภาวะที่นำไปสู่ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดดังต่อไปนี้

**“คลอดปกติ”** หมายถึง การคลอดทางช่องคลอดโดยไม่ใช้เครื่องมือพิเศษเช่น เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum extraction) หรือคีม (forceps extraction) และทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ

**“คลอดผิดปกติ”** คือ การคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการต่างๆช่วย เช่น ผ่าตัดคลอด (Caesarean section) ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum extraction) ใช้คีมดิ่ง (forceps extraction) หรือการทำคลอดท่าก้น (vaginal breech assisting)

**“Caesarean section”** หมายถึงการคลอดผิดปกติ โดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

**“Primary Caesarean section”** หมายถึง การผ่าตัดคลอดครั้งแรก

**“Secondary Caesarean section”** หรือการผ่าตัดครั้งต่อมา หมายถึง การผ่าตัดครั้งที่สองหรือมากกว่า ซึ่งทั้งหมดมีสาเหตุจาก previous Caesarean section

**“Previous Caesarean section”** หมายถึง การผ่าตัดคลอดที่มีสาเหตุจากเคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อน

**“Forceps extraction”** หมายถึง การคลอดผิดปกติทางช่องคลอดโดยใช้คีมคีบศีรษะเด็กเพื่อช่วยคลอด

**“Vacuum extraction”** หมายถึง การคลอดผิดปกติทางช่องคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศเพื่อช่วยคลอด

**“Vaginal breech assisting”** หมายถึง การคลอดผิดปกติทางช่องคลอด โดยทำคลอดท่าก้นทางช่องคลอด

**“Dystocia”** หมายถึง การคลอดที่เนิ่นนานเนื่องจากการผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะเด็กกับอุ้งเชิงกราน (cephalopelvic disproportion; CPD) รวมทั้งภาวะที่มดลูกหดตัวผิดปกติทำให้ระยะที่หนึ่งหรือระยะที่สองของการคลอดยาวนานกว่าปกติ

**“Fetal distress”** หมายถึง ทารกอยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น หัวใจเต้นช้ามาก หัวใจทารกเต้นช้าลงหลังจากมดลูกหดตัว non-stress test (NST) non-reactive, oxytocin challenge test (OCT) positive สายสะดือย้อย ทารกเติบโตช้าในครรภ์ น้ำคร่ำน้อย น้ำคร่ำปนเทาจนเห็นยวขุ่น

**“Abnormal presentation”** หมายถึง ทารกมีท่าผิดปกติ เช่น มีก้นเป็นส่วนนำ หรือนอนท่าขวาง หรือ occiput posterior หรือท่าผิดปกติอื่น ๆ

**“Premature rupture of membrane”** หรือ PROM หมายถึง ถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่วก่อนการเจ็บครรภ์

**“Pregnancy induced hypertension”** หรือ PIH หมายถึง ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ ทั้งความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) ครรภ์เป็นพิษอย่างอ่อน (mild pre-eclampsia) ครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรง (severe pre-eclampsia) และถึงกับชัก (eclampsia)

**“Ante partum hemorrhage”** หรือ APH หมายถึง เลือดออกจากโพรงมดลูกก่อนการคลอดทั้งภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) และรกลอกตัวก่อนกำหนด (abruption placenta)

**“Twins”** หมายถึง การตั้งครรภ์แฝด

**“Post term”** หมายถึง การตั้งครรภ์ตั้งแต่ 42 สัปดาห์หรือมากกว่า

**“Elderly gravidarum”** หมายถึง มารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป

**“Elective Caesarean section”** หมายถึง การผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจน แต่ผู้ป่วยร้องขอ

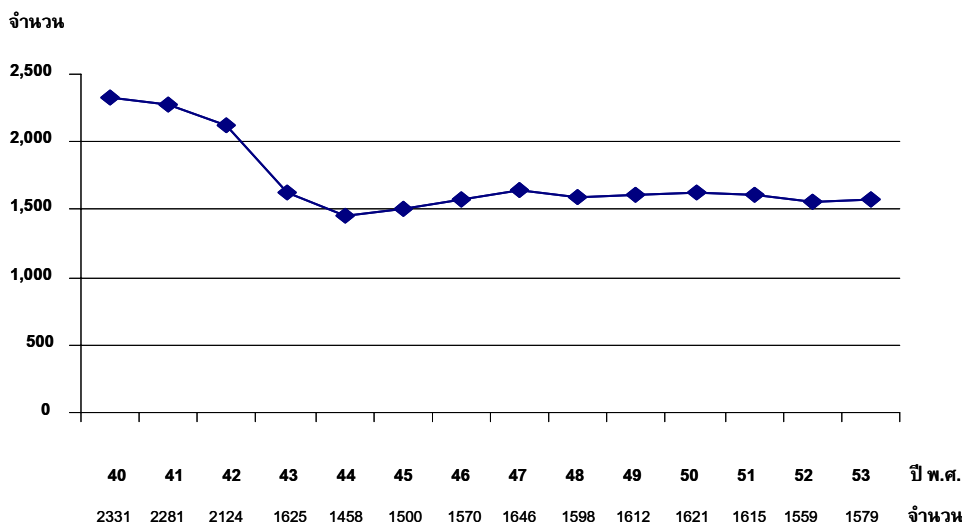
## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และนำเสนอผลต่อไปนี้ 1) จำนวนคลอด (ครั้ง) ที่โรงพยาบาลนครนายกเป็นรายปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ถึง 2553 2) อัตราการคลอดปกติ คลอดผิดปกติ และแยกประเภทการคลอดผิดปกติ 3) อัตราการผ่าตัดครั้งแรกและอัตราการผ่าตัดครั้งต่อมา (secondary Caesarean section) 4) ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดโดยรวม 14 ปี และ 5) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากปี 2540 - 2553 ของข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย 5 อันดับแรก โดยนำเสนอเป็นสถิติเชิงพรรณนาในรูป ความถี่และร้อยละ

## ผลการศึกษา

พบว่าในช่วง 14 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2539 ถึง 30 กันยายน 2553 โรงพยาบาลนครนายกมีการคลอดทั้งสิ้น 24,121 ครั้ง โดยปี 2543 จำนวนหญิงมีครรภ์คลอดลดลงอย่างมาก แล้วต่อจากนั้นจำนวนค่อนข้างคงที่ (รูปที่ 1)

พบว่ามีอัตราการคลอดผิดปกติสูง โดยมีถึงร้อยละ 45.2 ดังนั้นมีการคลอดปกติร้อยละ 54.8 อัตราการคลอดปกติมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 65.8 ในปี พ.ศ. 2540 ลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงร้อยละ 44.6 ในปี พ.ศ. 2553 โดยอัตราการคลอดผิดปกติมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2540 ซึ่งมีร้อยละ 34.2 จนถึงร้อยละ 55.4 ในปี พ.ศ. 2553 โดยการคลอดผิดปกติเกือบทั้งหมด คือ Caesarean section ส่วนประเภทอื่นได้แก่ vacuum extraction, forceps extraction และ vaginal breech assisting นั้น พบน้อยมาก (ตารางที่ 1)



รูปที่ 1 จำนวนการคลอด (ครั้ง) ในช่วงปี พ.ศ. 2540 – 2553 ของโรงพยาบาลนครนายก

ตารางที่ 1 อัตราการคลอดทั้งหมด คลอดปกติ คลอดผิดปกติ และแยกประเภทการคลอดผิดปกติในช่วง 14 ปี (2540 ถึง 2553)

ปี พ.ศ.	คลอดทั้งหมด (คน)	คลอดปกติ (ร้อยละ)	คลอดผิดปกติ (ร้อยละ)	แยกประเภทการคลอดผิดปกติ (ร้อยละ)*			
				Caesarean section	Vacuum extraction	Forceps extraction	Vaginal breech assisting
2540	2,331	1,533	798	776	1	21	0
		65.8	34.2	33.3	0.04	0.9	0.0
2541	2,281	1,364	919	899	6	14	0
		59.7	40.3	39.4	0.3	0.6	0.0
2542	2,124	1,357	767	742	11	14	0
		63.9	36.1	34.9	0.5	0.7	0.0
2543	1,625	939	686	679	0	7	0
		57.8	42.2	41.8	0.0	0.4	0.0
2544	1,458	773	685	672	1	12	0
		53.0	47.0	46.1	0.1	0.8	0.0
2545	1,500	790	710	700	1	9	0
		52.7	47.3	46.6	0.1	0.6	0.0
2546	1,570	868	702	697	0	5	0
		55.3	44.7	44.4	0.0	0.3	0.0
2547	1,646	895	751	746	1	4	0
		54.4	45.6	45.3	0.1	0.2	0.0
2548	1,598	843	755	753	0	2	0
		52.8	47.2	47.1	0.0	0.1	0.0
2549	1,612	800	812	810	0	2	0
		49.6	50.4	50.3	0.0	0.1	0.0
2550	1,621	850	771	770	1	0	0
		52.4	47.6	47.5	0.1	0.0	0.0
2551	1,615	781	834	831	0	3	0
		48.4	51.6	51.4	0.0	0.2	0.0
2552	1,559	722	837	834	0	2	1
		46.3	53.7	53.5	0.0	0.1	0.1
2553	1,579	705	874	874	0	0	0
		44.6	55.4	55.4	0.0	0.0	0.0
รวม	24,121	13,220	10,901	10,783	22	95	1
		100.0	54.8	45.2	44.7	0.1	0.4

\* ร้อยละการคลอดผิดแต่ละชนิด เทียบจากจำนวนคลอดทั้งหมดในปีนั้น ๆ

เมื่อวิเคราะห์ประเภทของการผ่าตัดคลอด (ตารางที่ 2) พบว่า secondary Caesarean section เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.4 ในระยะเวลา 14 ปี โดยเพิ่มจากร้อยละ 11.3 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 17.0 ในปี 2553 โดยการผ่าตัดคลอดครั้งแรก (primary Caesarean section) เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 75 (จากร้อยละ 22.0 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 38.5 ในปี 2553) แสดงว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มสูงมากมีสาเหตุหลักมาจากการเพิ่มขึ้นอย่างมากของการผ่าตัดคลอดครั้งแรก (ตารางที่ 2)

พบว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในระยะเวลา 14 ปี (ตารางที่ 3) คือ previous Caesarean section (ร้อยละ 14.0) ตามด้วย dystocia, fetal distress, abnormal presentation, และ elective Caesarean section

เมื่อพิจารณาแนวโน้มตามแต่ละข้อบ่งชี้ (ตารางที่ 4) พบว่า previous Caesarean section พบร้อยละ 14.0 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยปี 2540 พบร้อยละ 11.3 เพิ่มขึ้นครึ่งเท่าตัว เป็นร้อยละ 17.0 ในปี 2553 ส่วน dystocia พบร้อยละ 11.8 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเร็วจนเกือบเท่า previous Caesarean section โดยพบร้อยละ 8.1 ในปี 2540 แล้วเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวเป็นร้อยละ 16 ในปี 2543 ทั้งนี้ elective Caesarean section พบร้อยละ 2.7 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากจากร้อยละ 2.0 เมื่อพ.ศ.2540 เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า เป็นร้อยละ 5.1 ในปี 2553 โดยเมื่อพิจารณาจากผลรวม 14 ปี อยู่ในลำดับที่ 5 แต่หากพิจารณาเฉพาะในปี 2553 ถือเป็นลำดับที่ 3 ส่วน fetal distress นั้นพบร้อยละ 4.5 โดยไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก โดยพบระหว่างร้อยละ 2.7 ถึง 6.4 ในขณะที่ abnormal presentation

พบร้อยละ 4.0 และไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก โดยพบระหว่างร้อยละ 2.9 ถึง 5.1 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 อัตราร้อยละของ primary Caesarean section และ secondary Caesarean section ในช่วง 14 ปี (2540 ถึง 2553)\*

ปี พ.ศ.	คลอดทั้งหมด (คน)	Primary Caesarean section		Secondary Caesarean section		รวมผ่าตัดคลอด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2540	2,331	513	22.0	263	11.3	776	33.3
2541	2,281	574	25.2	325	14.2	899	39.4
2542	2,124	501	23.7	241	11.3	742	35.0
2543	1,625	439	27.0	240	14.8	679	41.8
2544	1,458	465	32.0	207	14.2	672	46.2
2545	1,500	495	33.0	205	13.7	700	46.7
2546	1,570	478	30.5	219	13.9	697	44.4
2547	1,646	531	32.3	215	13.1	746	45.4
2548	1,598	534	33.5	219	13.7	753	47.2
2549	1,612	580	35.9	230	14.3	810	50.2
2550	1,612	537	33.2	233	14.4	770	47.6
2551	1,615	590	36.6	241	14.9	831	51.5
2552	1,559	570	36.5	264	16.9	834	53.4
2553	1,579	606	38.4	268	17.0	874	55.4
รวม	24,121	7,413	30.8	3,370	14.0	10,783	44.8

\* คิดเป็นร้อยละของการคลอดทั้งหมดในแต่ละปีและรวม 14 ปี

ตารางที่ 3 ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดเรียงตามลำดับในช่วง 14 ปี (2540 ถึง 2553)

ลำดับที่	ข้อบ่งชี้	จำนวนคน	ร้อยละ*
1	Previous Cesarean section	3,370	14.0
2	Dystocia	2,836	11.8
3	Fetal distress	1,092	4.5
4	Abnormal presentation	953	4.0
5	Elective Caesarean section	641	2.7
6	PIH	455	1.9
7	PROM	460	1.9
8	Elderly	349	1.4
9	Post term	260	1.1
10	APH	203	0.8
11	Twins	165	0.7

\* คิดเป็นร้อยละของการคลอดทั้งหมด 14 ปี จำนวน 24,121 คน

## วิจารณ์ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา จำนวนผู้ป่วยที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครนายกลดลง หลังจากนั้นอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ตลอด 11 ปี อาจเป็นเพราะในอดีตมักมีผู้ป่วยเดินทางมาคลอดที่โรงพยาบาลนครนายกจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยใน

จังหวัดนครนายกเองและจากจังหวัดใกล้เคียง เช่น ปราจีนบุรี สระแก้ว และอำเภอกบินทร์บุรี แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลใกล้เคียงมีการขยายบริการ เช่น โรงพยาบาลปราจีนบุรีพัฒนาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนสระแก้วและโรงพยาบาลชุมชนกบินทร์บุรีพัฒนาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนในจังหวัดนครนายกเอง ก็มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ) นอกจากนี้ เนื่องจากแต่ละจังหวัดมีการดูแลรักษาแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ทำให้ผู้ป่วยมาคลอดที่นครนายกลดลงเหลือแต่ผู้ป่วยในจังหวัดนครนายกเอง ซึ่งก็มีส่วนหนึ่งที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ การคุมกำเนิดที่เพิ่มขึ้นก็อาจมีผลทำให้จำนวนผู้คลอดลดลง แต่อยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ซึ่งพบว่าเป็นประชากรของจังหวัดนครนายกแทบทั้งสิ้น (ไม่แสดงรายละเอียดข้อมูล)

อัตราการผ่าตัดคลอดตามเป้าหมายของ WHO ไม่ควรเกินร้อยละ 15 ถ้าเกินกว่านี้จะพบผลเสียได้บ่อยมากขึ้น<sup>4,10-13</sup> ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดคลอดมีความเสี่ยงสูงและมีผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมหลายประการ เช่น ปัญหาเรื่องความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดมีมากกว่า ปอดทารกทำงานไม่ดี มีพังผืดยึดในช่องท้อง รกเกาะต่ำหรือเกาะติดแน่นในครรภ์ต่อไป และเสี่ยงต่อมดลูกแตก แต่ในทางปฏิบัติปรากฏว่าอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นเกินมาตรฐานของ WHO ทั่วโลก<sup>1,2,6</sup> วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ<sup>12</sup> พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทั้งในภาครัฐและเอกชนเพิ่มขึ้นชัดเจนภายในระยะเวลา 6 ปี โดยเพิ่มจากร้อยละ 15.2 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 22.4 ในปี 2539 สำหรับการศึกษาในหลายจังหวัดพบแนวโน้มที่สูงขึ้น<sup>5,7-9</sup> อัตราการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายกสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยล่าสุดในปีงบประมาณ 2553 พบสูงถึงร้อยละ 55.4 และมีแนวโน้มสูงขึ้น

สาเหตุที่พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายกสูง อาจเนื่องจากโรงพยาบาลนครนายกเป็นโรงพยาบาลทั่วไปต้องรับผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน เช่น ทารกใหญ่กว่าอู้งเชิงกราน การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน อายุครรภ์เกินกำหนด fetal distress นำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ ครรภ์เป็นพิษรุนแรง ตกเลือดก่อนคลอด และอื่น ๆ เป็นต้น โดยผู้ป่วยส่งต่อเหล่านี้มักมีข้อบ่งชี้จะต้องผ่าตัด ดังนั้น ความจำเป็นในการช่วยเหลือมารดาและทารกในภาวะวิกฤตินี้ อาจทำให้พบว่าการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายกมีอัตราสูง

นอกจากเหตุผลดังกล่าวแล้ว สามารถพิจารณาสาเหตุการเพิ่มขึ้นของการผ่าตัดคลอดจากข้อบ่งชี้ พบว่าข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย 5 อันดับแรกที่โรงพยาบาลนครนายกในช่วงเวลา 14 ปีคือ previous Caesarean section, dystocia, fetal distress, abnormal presentation และ elective Caesarean section ซึ่งสอดคล้องกับ-

ตารางที่ 4 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในช่วง 14 ปี (2540 ถึง 2553)\*

ปี พ.ศ.	คลอดทั้งหมดต่อปี		Previous Caesarean section		Dystocia		Fetal distress		Abnormal presentation		Elective Caesarean section	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2540	2,331	100.0	263	11.3	188	8.1	63	2.7	72	3.1	47	2.0
2541	2,281	100.0	325	14.2	219	9.6	86	3.8	104	4.6	43	1.9
2542	2,124	100.0	241	11.3	150	7.1	117	5.5	62	2.9	32	1.5
2543	1,625	100.0	240	14.8	149	9.2	87	5.4	54	3.3	37	2.3
2544	1,458	100.0	207	14.2	179	12.3	90	6.2	48	3.3	44	3.0
2545	1,500	100.0	205	13.7	181	12.1	88	5.9	77	5.1	9	0.6
2546	1,570	100.0	219	13.9	212	13.5	60	3.8	68	4.3	16	1.0
2547	1,646	100.0	215	13.1	236	14.3	74	4.5	69	4.2	39	2.4
2548	1,598	100.0	219	13.7	221	13.8	65	4.1	65	4.1	60	3.8
2549	1,612	100.0	230	14.3	231	14.3	82	5.1	71	4.4	63	3.9
2550	1,612	100.0	233	14.4	187	11.5	103	6.4	62	3.8	34	2.1
2551	1,615	100.0	241	14.9	219	13.6	61	3.8	70	4.3	77	4.8
2552	1,559	100.0	264	16.9	212	13.6	61	3.9	61	3.9	60	3.8
2553	1,579	100.0	268	17.0	252	16.0	55	3.5	70	4.4	80	5.1
รวม	24,121	100.0	3370	14.0	2836	11.8	1092	4.5	953	4.0	641	2.7

\* คิดเป็นร้อยละของการคลอดทั้งหมดในแต่ละปีและรวม 14 ปี

การศึกษาของปิยะ หาญวรวงษ์ชัย<sup>5</sup> และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร<sup>12</sup> ที่พบว่า dystocia, fetal distress, breech presentation, previous Caesarean section เป็นข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยมากทั้งในภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลอื่น ๆ เช่น จากการศึกษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์<sup>6</sup> จากข้อมูลปี พ.ศ. 2546 - 2548 พบว่า ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือ previous Caesarean section (ร้อยละ 29) dystocia (ร้อยละ 24.64) elective Caesarean section (ร้อยละ 11.23) และพบว่าข้อบ่งชี้ที่ทำให้อัตราผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นเกิดจาก elective Caesarean section ซึ่งเมื่อพิจารณาสภาพการณ์ที่โรงพยาบาลนครนายก พบว่าข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย 3 อันดับแรกของปี พ.ศ.2553 และเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น คือ previous Caesarean section ซึ่งเพิ่มขึ้นครึ่งเท่ากันในระยะเวลา 14 ปี จากร้อยละ 11.3 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 17 ในปี 2553 อันเนื่องมาจากการผ่าตัดคลอดครั้งแรกเพิ่มขึ้นอย่างมาก ส่วนอันดับที่สอง คือ dystocia ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเร็วจนเกือบเท่ากับ previous C/S โดยพบร้อยละ 8.1 เมื่อ พ.ศ. 2540 แล้วเพิ่มขึ้นเท่าตัวเป็นร้อยละ 16 ในปี 2553 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะมีการวินิจฉัยว่าเป็น dystocia (CPD) เพิ่มขึ้นมาก โดยบางครั้งอาจไม่ใช้การวินิจฉัยที่แท้จริง เนื่องจากทารกตัวเล็ก มารดาตัวไม่เตี้ย และผ่าตัดคลอดตั้งแต่ยังไม่เจ็บครรภ์ ดังนั้น การผ่าโดยข้อบ่งชี้จำนวนหนึ่งน่าจะถือว่าเป็น elective Caesarean section มากกว่า แต่เนื่องจากข้อมูลในเวชระเบียนลงรายละเอียดไว้มากพอ จึงไม่ได้รับการแก้ไขคำวินิจฉัย ดังนั้นในความเป็นจริง การผ่าตามข้อบ่งชี้ของคำวินิจฉัยของ dystocia น่าจะน้อยกว่าที่พบ และกรณีผ่าตัดคลอด

เหล่านี้อาจไปเพิ่มจำนวนของ elective Caesarean section แทน ทั้งนี้ การผ่าแบบ elective Caesarean section มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 2 เมื่อ พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า เป็นร้อยละ 5.1 ในปี 2553 โดยอัตราเป็นลำดับที่ 5 ตามผลรวม 14 ปี และลำดับที่ 3 เฉพาะในปี 2553 และตามที่กล่าวข้างต้น อัตรา elective Caesarean section อาจสูงกว่านี้หากสามารถระบุได้ว่ากรณี dystocia บางรายเป็น elective Caesarean section สำหรับแนวทางการลดอัตราการผ่าตัดคลอด เมื่อพิจารณาตามข้อบ่งชี้ที่พบบ่อย เช่น กรณี previous Caesarean section อาจลดด้วยการลองให้คลอดทางช่องคลอด<sup>6,15,16</sup> ซึ่งหากเลือกผู้ป่วยและดูแลได้ดีผู้ป่วยสามารถคลอดเองได้ร้อยละ 74 และอัตราตายหรือพิการของทารกไม่สูงขึ้น แต่อาจมีอัตราแตกมดลูกแตกร้อยละ 2<sup>16</sup> และอาจพิจารณาในรายที่ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดครั้งก่อนไม่คงอยู่ เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ ทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ขณะคลอด หรือทารกมีส่วนนำเป็นกัน สิ่งสำคัญ คือ การคัดเลือกผู้ที่ควรให้คลอดทางช่องคลอด เช่น ผู้ป่วยที่เคยคลอดปกติได้มาก่อน หรือท้องที่ผ่าไม่ได้อันเกิดจากสาเหตุการผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะเด็กกับช่องเชิงกราน ปากมดลูกเปิดขยายก้าวหน้าดีน่าจะคลอดได้ ลูกตัวเล็ก การคาดว่าแผลที่มดลูกไม่แตก กรณีที่ขณะที่ยังสามารถรอไว้ในโรงพยาบาลศีรษะทารกผ่านมาในอุ้งเชิงกรานแล้ว ปากมดลูกนุ่มมีความบางมากกว่าร้อยละ 50 และปากมดลูกมีการถ่างขยายมากกว่า 3 ซม. ไม่มีภาวะผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะเด็กและช่องคลอด เหล่านี้ล้วนเอื้อให้พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอดได้ แต่ต้องระวังความเสี่ยงสูงต่อมดลูกแตก โดยระวังให้มากในรายที่เสี่ยงสูง ต้องอาศัยสูติแพทย์ผู้มีประสบการณ์ และต้องเฝ้าดูแล

การคลอดและการกีดขวางในครรภ์ตลอดเวลา พร้อมทั้งต้องเตรียมความพร้อมทางวิสัญญี คลังเลือด และห้องผ่าตัดไว้ตลอดเวลา<sup>6,15,16</sup> ในประเด็นที่กล่าวนี้ โรงพยาบาลนครนายกมีทรัพยากรจำกัด ไม่สามารถมีความพร้อมดังกล่าวได้ ดังนั้นสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลนครนายกจึงไม่นิยมการพยายามให้คลอดทางช่องคลอดก่อน เพราะเกรงจะดูแลได้ไม่ใกล้ชิดพอ และไม่สามารถเปิดห้องผ่าตัดทันทีได้ทุกราย ซึ่งอาจเสี่ยงต่อมดลูกแตกตรงตำแหน่งแผลผ่าตัดเดิม ทำให้อันตรายถึงชีวิต และแพทย์มักจะลองคลอดทางช่องคลอดบางกรณีเท่านั้น เช่น ผู้คลอดมาถึงเมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้วและกำลังเบ่งโดยตรวจไม่พบภาวะมดลูกส่วนระหว่างหัวเด็กกับอุ้งเชิงกราน ผู้คลอดมีประวัติเคยคลอดปกติได้ และสาเหตุของการผ่าคลอดครั้งที่แล้วไม่ใช่ภาวะมดลูกส่วนระหว่างศีรษะเด็กกับอุ้งเชิงกราน ดังนั้น previous Caesarean section เกือบทั้งหมดที่โรงพยาบาลนครนายกมักได้รับการผ่าตัดคลอด นอกจากนี้ previous Caesarean section ที่เพิ่มขึ้นเป็นเรื่องปลายเหตุที่สืบเนื่องจากการต้องผ่าตัดครั้งแรก ไม่ใช่ต้นเหตุโดยตรงที่ทำให้อัตราการผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การที่แนวโน้มเพิ่มขึ้นน้อยกว่าการผ่าตัดครั้งแรก เพราะค่านิยมมีบุตรน้อย โดยมักคุมกำเนิดเมื่อมีบุตรสองคนแล้ว<sup>17</sup> และถ้าผ่าตัดคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป ก็มักทำหมันไปด้วยพร้อมกัน ดังนั้นการพยายามลดอัตราผ่าตัดคลอดครั้งแรกในรายที่ไม่เคยผ่ามาก่อน อาจเป็นกระบวนการที่อันตราย มีความเสี่ยงสูง ไม่คุ้มค่า โดยการหาแนวทางลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นลงน่าจะเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญกว่า

การลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจาก dystocia สามารถทำได้โดยทำมาตรฐานการวินิจฉัย CPD ให้ได้มาตรฐาน โดยการตรวจสอบตนเอง มีการพัฒนาคู่มือแนวทางสูติศาสตร์หัตถการที่เหมาะสม ไม่ชักนำการคลอดโดยไม่จำเป็น รวมถึงการเตรียมความพร้อมของปากมดลูกหากมีความจำเป็นต้องชักนำการคลอด ตาม active management โดยให้ oxytocin และการใช้ partograph เพื่อช่วยลดความเสี่ยงจากการคลอดและการผ่าตัดคลอดได้

สำหรับ dystocia ที่เกิดปัญหาเบ่งไม่ลง ในบางกรณีที่ศีรษะทารกต่ำมากแล้ว และไม่มีการมดลูกส่วนระหว่างศีรษะทารกกับอุ้งเชิงกราน อาจพิจารณาทำสูติศาสตร์หัตถการชนิด vacuum extraction หรือ forceps extraction แต่มีข้อเสีย คือ จะมีร่องรอยที่ใบหน้าและศีรษะลูก อาจมีปัญหาเรื่องคคิตตามมาในภายหลังได้<sup>3</sup> ดังนั้น สูติแพทย์ที่โรงพยาบาลนครนายกจึงไม่นิยมทำ vacuum extraction หรือ forceps extraction รวมทั้ง vaginal breech assisting แต่นิยมผ่าตัดคลอดมากกว่า สำหรับปัญหาทางการฟ้อร้องที่ส่งผลกระทบต่อการเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดนั้น ถือว่าเป็นปัญหาที่ค่อนข้างสำคัญ ตามที่ Grady<sup>3</sup> รายงานว่า

ประมาณร้อยละ 29 ของสูติแพทย์จะเลือกการผ่าตัดคลอดเนื่องจากกลัวการฟ้อร้อง

กรณี elective Caesarean section นั้น พบว่าปัจจุบันผู้คลอดมีความต้องการให้แพทย์ผ่าตัดคลอดให้โดยไม่มีข้อบ่งชี้เพิ่มขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น ในปัจจุบันคู่สามีภรรยานิยมมีบุตรน้อย<sup>17</sup> จึงไม่ต้องการเสี่ยงจากการคลอดเองตามธรรมชาติ ไม่อยากทนเจ็บจากการเจ็บครรภ์คลอด<sup>18</sup> หรือเหตุผลทางสังคมอื่น ๆ เช่น บางคนต้องการฤกษ์ดี<sup>18</sup> ซึ่งมักฝากครรภ์เป็นพิเศษให้แพทย์ช่วยผ่าตัดให้ ทั้งนี้ การสอบถามสตรีที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในอเมริกาในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีสตรีจำนวนมากที่ตอบว่าสาเหตุที่ต้องการผ่าคลอดเกิดจากความต้องการของตนเองโดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์<sup>18</sup>

ในประเทศไทย มีรายงานของปิยะ หาญวรราชชัยและคณะ<sup>5</sup> ซึ่งพบว่าผู้คลอดที่ฝากพิเศษกับแพทย์มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าผู้ที่ไม่ฝากพิเศษมาก ทั้งนี้อาจเกิดจากความต้องการของผู้คลอดเอง และแพทย์สามารถบริหารเวลาได้ดีกว่าถ้าผ่าตัดคลอด เพราะการผ่าตัดคลอดเอื้อความสะดวกแก่แพทย์ และใช้เวลาน้อย โดยการผ่าตัดคลอดใช้เวลาประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง สามารถกำหนดเวลาผ่าตัดให้สะดวกในเวลากลางวันได้ แต่การคลอดปกติในบางคนอาจใช้เวลานานถึง 12 ชั่วโมงกว่านั้น และอาจคลอดกลางดึก ดังนั้น จึงพบ elective Caesarean section ได้สูง โดยอัตราที่แท้จริงน่าจะสูงกว่าที่รายงานในการศึกษาต่าง ๆ เพราะมีการแฝงคำวินิจฉัยไปอยู่ที่ข้อบ่งชี้อื่น ๆ แทน เช่น CPD แต่ทารกตัวไม่โต มารดาไม่เตี้ย ยังไม่เจ็บครรภ์ เป็นต้น ถึงแม้ว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจาก elective Caesarean section จะสูงขึ้นมาก แต่ก็สามารถลดลงได้ถ้าไม่ผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้ง่ายที่สุดและดีที่สุด ถ้าแพทย์ให้ความร่วมมือ

สำหรับกรณี fetal distress นั้น ในทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลนครนายกจะใช้เครื่อง electronic fetal monitoring ตรวจภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ในผู้ป่วยคลอดแรกรับทุกราย ทำให้ตรวจพบภาวะ fetal distress ได้เร็ว ซึ่งมักนำไปสู่การผ่าตัด แต่เครื่องมือนี้มีความไวสูงมาก บางครั้งไวเกิน ทำให้ได้ผลผิดพลาดปลอมได้ (false positive) WHO<sup>4</sup> ได้ให้คำแนะนำว่าไม่ควรใช้เครื่องมือนี้ตรวจเป็นกิจวัตรประจำสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนโดยไม่เจาะตัวอย่างเลือดจากศีรษะเด็ก เพราะอาจพบผลผิดปกติปลอมมากขึ้น ทำให้อัตราผ่าตัดเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ทั้งนี้โรงพยาบาลนครนายกไม่มีเครื่องมือเจาะตัวอย่างเลือดจากศีรษะเด็กดังกล่าว แต่จำเป็นต้องใช้เครื่อง electronic fetal monitoring เพราะสามารถวินิจฉัยภาวะวิกฤติของทารกได้เร็วและผ่าตัดช่วยเหลือได้ทัน และจากตารางที่ 4 อัตรา fetal distress พบไม่มากและเปลี่ยนแปลงไม่มาก ประเด็นนี้จึงอาจยังไม่เป็นปัญหาที่โรงพยาบาลนครนายก

กล่าวโดยสรุป อัตราการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายก สูงมากโดยล่าสุดเมื่อ พ.ศ. 2553 พบร้อยละ 55.4 โดยแบ่งเป็น primary Caesarean section (ร้อยละ 38.4) และ secondary Caesarean section (ร้อยละ 17) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นสาเหตุให้อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น คือ 1) previous Caesarean section 2) Dystocia และ 3) elective Caesarean section สำหรับแนวทางการลดอัตราการผ่าตัดคลอดทำได้โดยลด elective Caesarean section ลง ไม่ผ่าตัดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ที่มาตรฐานการวินิจฉัย dystocia (CPD) ให้ได้มาตรฐาน มีการตรวจสอบตนเอง การพัฒนาคู่มือแนวทางสูติศาสตร์หัตถการที่เหมาะสม ไม่ชักนำการคลอดโดยไม่จำเป็น รวมถึงการเตรียมความพร้อมของปากมดลูกหากมีความจำเป็นต้องชักนำการคลอดซึ่งจะลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจาก dystocia ลงได้ ซึ่งหากลดการผ่าครั้งแรกลงได้ previous Caesarean section ก็อาจลดลงตามไปด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อนุญาตให้นำข้อมูลมาเผยแพร่ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่ศึกษาและเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยสืบค้นข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

- Hamilton BE, Martin JE, Ventura SJ. Birth: preliminary data for 2007. *National Vital Statistic Report* 2009;57(12).
- Haider G,Zehra N, Munir AA,Haider A. Frequency and indications of cesarean section in a tertiary care hospital. *Pak J Med Sci* 2009; 25(5):791-796.
- Grady D. Cesarean births are at a high in the U.S. (Accessed on Mar. 17, 2011, at <http://www.nytimes.com/2010/03/24/health/24birth.html>).
- WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):436-437.

- Hanvoravongchai P, Leteindamrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of private practice in public hospitals on Cesarean section rate in Thailand. Health System Research Institute and Thailand Reserch Fund, Thailand. (Accessed on Oct. 24, 2010,at <http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj9/Manu-text-viroj.doc>).
- Taffel SM, Placek PJ, Moien M, Kosary CL. 1989 US Ceasarean section rates steadies-VBAC raises to nearly one in five. *Birth* 1991; 18:73-77.
- อุษณีย์ สวัสดิ์พาณิชย์. อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ระหว่างปี 2542-2546. *ขอนแก่นเวชสาร* 2547;28(2):64-69.
- Chantasenanont A, Pongrojapaw D, Nanthakomon T, Kamudhamas A, Suwannarurk K. Indications for cesarean section at Thammasat University Hospital. *J Med Assoc Thai* 2007;90(9):1733-1737.
- Kunthonkitide K, Ngamset O. Self evaluation of obstetricians by delivery data to reduce cesarean section in Chai Nat Hospital. *J Med Assoc Thai* 2001;84(11):1587-1593.
- Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999;354:776.
- Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet* 2000;356:1677-1680.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, งามจิตต์ จันทรสวัสดิ์, ชลลดา สิทธิชูชัย, พรทิพย์ แซ่ฮ้อ. รายงานการวิจัยเรื่องแบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาล ปีพ.ศ. 2533-2539. กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
- Usha Kiran TS, Jayawickrama NS. Who is responsible for the rising caesarean section rate? *J Obstet Gynaecol* 2002;22:363-365.
- ปิยะ หาญวรวงษ์ชัย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. แนวทางในการลดอัตราผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น: การผ่าตัดคลอดในประเทศไทยจะบรรลุอัตราที่เหมาะสมได้อย่างไร. *สูตินรีเวชวิทยาสาร* 2544;10:3-19.
- ประัทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล.สูติศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โอเอสติกพับลิชิ่ง, 2539: น.351-356.
- Benjamin P. Vaginal birth after cesarean section: contemporary issue. *Clin Obstet Gynecol* 2001;44:552.
- โสภา ซปีลมันน์. การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับจริยธรรม ค่านิยม ประเพณีและวัฒนธรรมของครอบครัวไทยที่มีผลต่อการอบรมเลี้ยงดูบุตร: ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตกรุงเทพมหานคร. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 17 มีนาคม 2554, ที่ <http://www.familynetwork.or.th/node/320>).
- McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth* 2007;34:65-79.