

การคลอดทางช่องคลอดในสตรีที่มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สุรชาติ ต่อเทียนชัย พ.บ.*
วัฒนา ร่วมชัยภูมิ ป.พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย*
จิราภรณ์ บุญเรือง วท.บ.(สุขศึกษา)*

บทคัดย่อ : การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีอัตราสูงขึ้นมาก ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยคือ เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน (previous cesarean section) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก โดยแบ่งสตรีที่มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งเป็นสตรีที่ได้รับการให้คลอดทางช่องคลอด อีกกลุ่มหนึ่งเป็นสตรีที่ได้รับการให้คลอดโดยผ่าตัดคลอดซ้ำ นับเฉพาะในรายที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ศึกษาย้อนหลังเป็นเวลา 5 ปี ระหว่างเดือนมกราคม 2536 ถึงธันวาคม 2540 รวมเป็นสตรีที่ให้คลอดทางช่องคลอด 109 ราย เปรียบเทียบกับสตรีที่ได้รับการผ่าตัดคลอดซ้ำ 436 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีกลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า พบไข้หลังคลอดน้อยกว่าโดย $OR=0.07$ (95%CI: 0.00-0.46) แต่มีอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดมากกว่าโดย $OR=12.31$ (95% CI:1.13-310.18) การศึกษานี้ไม่พบอุบัติการณ์ของมดลูกแตก ไม่พบการตายของมารดาในสตรีทั้ง 2 กลุ่ม ผลต่อทารกพบว่าสตรีที่คลอดทางช่องคลอดมีน้ำหนักทารกน้อยกว่า มีโอกาสเกิด birth trauma มากกว่า พบ birth asphyxia ในกลุ่มที่คลอดโดยการผ่าตัด 1 ราย แต่ไม่พบในกลุ่มที่คลอดทางช่องคลอด สำหรับทารกแรกคลอดน้ำหนักมากและทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยพบว่าไม่ต่างกัน การให้สตรีที่เคยมีประวัติผ่าตัดคลอดมาแล้วคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีการที่ปลอดภัยเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดลงได้ และจะช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและของโรงพยาบาลลงได้มาก

Abstract : Vaginal Birth After Cesarean Section at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Surachart Totienchai, M.D.,* Watana Ruamchaiyapum, R.N.,*

Jiraporn Boonrueng, B.Sc.(Health Ed)*

*Department of Obstetrics and Gynecology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

Nakhon Ratch Hosp Med Bull 1998;22:111-9.

Over the past 10 years, the rates of cesarean section have marked risen and become a major concern. Because the large proportion performed are routine repeat operations, the rate could be reduced dramatically if a trial of labor were allowed routinely. A 5-years retrospective study from January 1, 1993 to December 31, 1997 was performed to study the success, costs and safety of vaginal birth after cesarean delivery (109 women) compare with those 436 women delivered by routine repeat operations. An overall successful vaginal delivery rate is 92.66%. Twenty-six percent received oxytocin. No uterine rupture occur in this study. There were no differences in measures of maternal morbidity, except for a higher incidence of post partum hemorrhage and lower incidence of post partum fever. The cesarean women have higher costs and more length of hospitalization. The infants born vaginally have higher incidence of birth trauma and less mean birth weight than those born abdominally. There were no differences in the incidence of low Apgar scores, large for gestational age and low birth weight. We conclude that vaginal birth after cesarean delivery can be performed safely with no increased maternal or neonatal morbidity or mortality.

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้เพิ่มสูงขึ้นมาก ในปี พ.ศ. 2525, 2530 และ 2535 อัตราการผ่าตัดคลอดเท่ากับร้อยละ 5.36, 12.42 และ 18.53 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.50 โดยข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยคือการทำผ่าตัดคลอดซ้ำ (previous cesarean section) ซึ่งพบถึงประมาณ 1 ใน 3 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ตามความเชื่อที่ว่า "Once a cesarean section always a cesarean section." ซึ่งเป็นคำพูดของ Dr. Edwin Gragin กล่าวไว้เมื่อปี ค.ศ. 1916 คือเมื่อ 80 ปีก่อน อัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้นมากนี้เป็นปรากฏการณ์ที่พบในทุกประเทศทั่วโลก เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดลง จึงมีการแนะนำให้ใช้วิธีการคลอดทางช่องคลอดในสตรีที่เคยมีประวัติผ่าตัดคลอดมาก่อน (vaginal birth after cesarean section : VBAC) และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพดี แม้จะมีการศึกษามากมายที่แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยของวิธีนี้ และวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้แนะนำให้ใช้วิธีนี้ตั้งแต่ ค.ศ. 1985 เป็นต้นมา² แต่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1990 พบว่าสตรีที่มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่ได้รับการให้คลอดทางช่องคลอด³ แพทย์ส่วนใหญ่มักกังวล

ที่จะให้คนไข้เหล่านี้คลอดทางช่องคลอด โดยกลัวว่ามดลูกจะแตก ทั้งที่ความจริงแล้วพบอุบัติการณ์ได้น้อยมาก ในรายงานทั่วไปพบเพียงร้อยละ 0-2^{2,4,5} โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้มีการใช้วิธี VBAC น้อยมาก เพียงร้อยละ 3-5 ของสตรีที่มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดเท่านั้นตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาให้รู้ถึงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้จริงในโรงพยาบาลแห่งนี้ จะเป็นประโยชน์ให้แพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลเกิดความมั่นใจเห็นประโยชน์ที่จะได้รับ ส่งผลให้มีการใช้วิธี VBAC มากขึ้นอันจะนำไปสู่การลดอัตราการผ่าตัดคลอดลง เพื่อประโยชน์ทั้งต่อผู้คลอดและโรงพยาบาลในการลดค่าใช้จ่ายและอัตราครองเตียง⁶ และลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศชาติได้

ผู้ป่วยและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ชนิดย้อนหลัง (retrospective study) ดูผลการคลอดของมารดาและการกในสตรีที่มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาแล้ว 2 กลุ่ม ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มศึกษาคือ สตรีทุกรายที่ให้คลอดทางช่องคลอดจำนวน 109 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นสตรี

ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดซ้ำโดยสุ่มตัวอย่างจำนวน 436 ราย ศึกษาประวัติผู้ป่วยย้อนหลังระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2536 ถึง 31 ธันวาคม 2540 รวมระยะเวลา 5 ปี ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษามากกว่า 1,000 เตียง สถิติการคลอดประมาณ 10,000 คนต่อปี หรือโดยเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 1,000 คน สามารถเปิดห้องผ่าตัดฉุกเฉินได้ภายในเวลาไม่เกิน 10 นาที มีสูติ-นรีแพทย์ประจำกลุ่มงาน 17 คน มีกุมารแพทย์ 19 คน วิชาญญแพทย์ 4 คน ห้องคลอดมีแพทย์อาวุโส แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน และนักศึกษาแพทย์ดูแลรวมไปกับพยาบาลประจำห้องคลอด การเฝ้าดูแลมารดาและการก้มไม่มีเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องอิเล็กโทร-นิคฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ตลอดเวลา (continuous electronic fetal heart rate monitoring) อาศัยการฟังเสียงหัวใจทารกด้วยหูฟังธรรมดาบ่อยๆ ใช้กราฟดูและการคลอด (partograph) ทุกราย ยาบรรเทาปวดใช้ meperidine 50 มิลลิกรัม ร่วมกับ promethazine 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สตรีเหล่านี้ถือเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลในระหว่างที่หนึ่งของการคลอด ได้แก่ เฝ้าดูแลการหดตัวของมดลูก การนับอัตราการเต้นของหัวใจทารกจะทำทุก 15 นาที การให้ยาระงับปวด การเจาะถุงน้ำคร่ำ การให้ยาบีบมดลูก (oxytocin) เข้าหลอดเลือดดำ จะให้ตามความจำเป็นและอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ที่ดูแล การดูแลในระยะที่สองและที่สามของการคลอด ได้แก่ การทำคลอดทารกและรก วิธีการคลอดจะพิจารณาตามข้อบ่งชี้หรือตามความเหมาะสมในแต่ละราย ทารกแรกคลอดจะได้รับการให้ Apgar score โดยผู้ทำคลอดและได้รับการดูแลโดยกุมารแพทย์ต่อไป ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาพิจารณาถึงไข้ (puerperal morbidity) การตกเลือดหลังคลอด แผลอักเสบ อุบัติการณ์มดลูกแตก และพิจารณา รวมไปถึงระยะเวลาที่นอนอยู่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย ผลต่อทารกมุ่งไปที่น้ำหนักทารกแรกคลอด Apgar score อุบัติการณ์ของ birth asphyxia, birth trauma.

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Chi square test (χ^2) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพและ t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

การนิยามตัวแปร : ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย (LBW) หมายถึง น้ำหนักทารกที่ชั่งทันทีหลังคลอด ระหว่าง 1,000–2,500 กรัม ทารกแรกคลอดน้ำหนักมาก (LGA) หมายถึง น้ำหนักทารกที่ชั่งทันทีหลังคลอดตั้งแต่ 4,000 กรัม ขึ้นไป การตกเลือดหลังคลอด คือ การที่มีเลือดออกจากช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตรขึ้นไปภายหลังทารกคลอด ไข้ (puerperal morbidity) คือ มีไข้ 38°C หรือมากกว่า อย่างน้อย 2 วันในระยะ 10 วันแรกหลังคลอดโดยไม่นับ 24 ชั่วโมงแรก และวัดปรอททางปากโดยวิธีมาตรฐานอย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง

ผลการศึกษา

อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (รูปที่ 1) จนถึงประมาณร้อยละ 30 ในปัจจุบัน ข้อบ่งชี้เป็น previous cesarean section ประมาณร้อยละ 30 ของการผ่าตัดทั้งหมด โดยที่อัตราการใช้ VBAC ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ยังน้อยมากเพียงร้อยละ 3–5 ของสตรีที่มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดเท่านั้น (ตารางที่ 1)

อายุเฉลี่ยของสตรีกลุ่มที่ให้คลอดทางช่องคลอดเท่ากับ 28.53 ± 5.13 ปี อายุเฉลี่ยของสตรีกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดคลอดซ้ำเท่ากับ 29.40 ± 4.79 ปี สตรีทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายตามอายุไม่ต่างกัน ทั้ง 2 กลุ่มมีภูมิลำเนาไม่ต่างกัน กลุ่มที่ให้คลอดทางช่องคลอดมีอาชีพเกษตรกรรมมากกว่า รับราชการน้อยกว่า มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ประมาณ 3 ใน 4 ของทั้งหมดจบการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษาเท่านั้น กลุ่มที่ให้คลอดทางช่องคลอดมีอายุครรภ์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดคลอดซ้ำเล็กน้อย แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มาถึงห้องคลอดเมื่อการเจ็บครรภ์อยู่ในระยะ active phase (ปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 ซม.) ถึงร้อยละ 70 (ตารางที่ 2) และในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 24.77 ที่มาถึงห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้ว (10 ซม.) มีเพียง 1 รายที่ได้รับการกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอด (induction of labor) ที่เหลืออีก 108 รายเป็นการเจ็บครรภ์เองทั้งสิ้น

ประมาณครึ่งหนึ่งของสตรีที่คลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดเอง (spontaneous) มีความล้มเหลวของความ

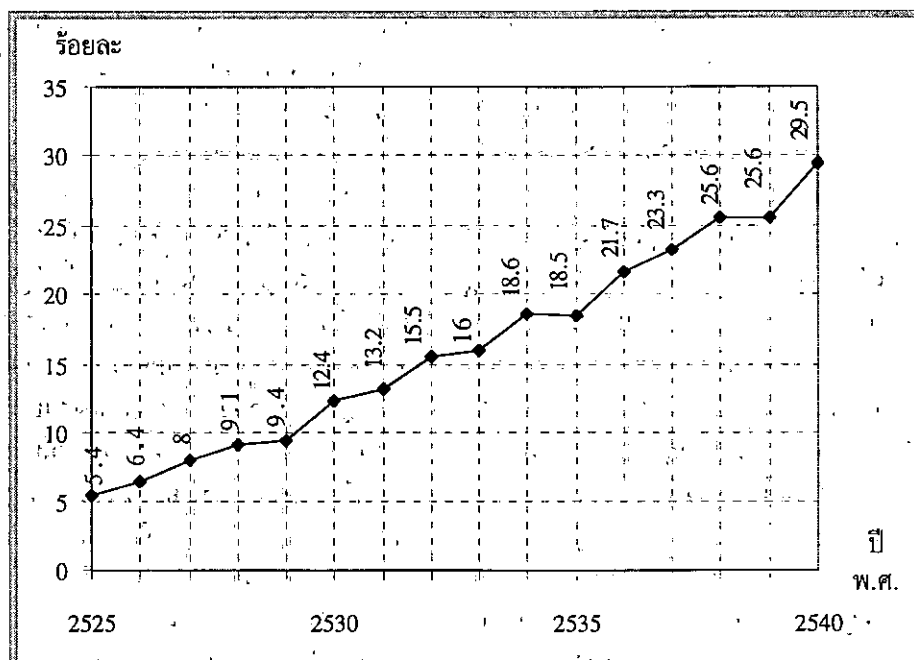
พยายามให้คลอดทางช่องคลอดอยู่ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.34 (ตารางที่ 3) 7 รายเป็น unprogressed of labor / CPD อีก 1 รายเป็นกรณี failed vacuum extraction มีการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (oxytocin) จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.61

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของการผ่าตัดคลอดจะมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดเป็นจำนวนเงิน 5,463.92 บาท/ราย จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลของการผ่าตัดคลอดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด 2.62 วัน (ตารางที่ 4)

กรณีภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาพบว่า สตรีกลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดมีโอกาสพบไข้หลังคลอด (puerperal morbidity) น้อยกว่าการผ่าตัดคลอดโดย $OR=0.07$ (95% CI: 0.00-0.46) และมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดมากกว่าสตรีที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

ซ้ำโดย $OR=12.31$ (95% CI: 1.13-310.18) ค่าความเสี่ยงนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ การผ่าตัดคลอดพบอุบัติการณ์ของแผลเย็บอักเสบ 3 ราย ในขณะที่การคลอดทางช่องคลอดไม่พบทั้ง 2 กลุ่มไม่พบอุบัติการณ์ของมดลูกแตก (ตารางที่ 5)

ผลกระทบต่อทารกพบว่า สตรีที่แพทย์ตัดสินใจให้คลอดทางช่องคลอดมีน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่าสตรีกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดคลอดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อุบัติการณ์ของทารก Apgar score ต่ำ พบว่าไม่ต่างกัน สตรีที่คลอดทางช่องคลอดพบอุบัติการณ์ของทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย (LBW) มากกว่า พบทารกแรกคลอดน้ำหนักมาก (LGA) น้อยกว่า แต่ค่าความเสี่ยงนี้ไม่มีความสำคัญทางสถิติ สตรีที่คลอดทางช่องคลอดพบอุบัติการณ์ของ birth trauma 2 ราย ในขณะที่กลุ่มผ่าตัดคลอดไม่มี (ตารางที่ 6)



รูปที่ 1 กราฟแสดงอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2525-2540

ตารางที่ 1 แสดงสถิติการคลอด 5 ปี

ข้อมูล	ปี พ.ศ.				
	2536	2537	2538	2539	2540
จำนวนคลอดทั้งหมด (คน)	10,564	10,496	10,905	10,890	10,549
ร้อยละของการคลอดโดย C/S	21.71	23.29	25.59	25.58	29.50
Previous C/S คิดเป็นจำนวนร้อยละของ C/S ทั้งหมด	28.56	26.83	28.20	30.83	29.11
ร้อยละของการทำ VBAC	4.38	3.24	3.32	3.37	5.23

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านอายุ ที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา อายุครรภ์ และภาวะปากมดลูกเมื่อแรกรับ

Maternal characteristics		VBAC	C/S	P value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)	10-19	2 (1.83)	8 (1.83)	NS
	20-29	65 (59.64)	214 (49.09)	NS
	30-39	40 (36.70)	206 (47.25)	NS
	40-49	2 (1.83)	8 (1.83)	NS
ที่อยู่	อ.เมือง	32 (29.36)	166 (39.07)	NS
	ต่างอำเภอ	67 (61.47)	235 (53.90)	NS
	ต่างจังหวัด	10 (9.17)	35 (8.03)	NS
อาชีพ	แม่บ้าน	26 (23.86)	102 (23.40)	NS
	รับราชการ	7 (6.42)	71 (16.28)	0.0132
	รับจ้าง	11 (10.09)	95 (21.73)	0.0086
	ค้าขาย	11 (10.09)	45 (10.32)	NS
	เกษตรกร	54 (49.54)	123 (28.21)	0.0000
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	2 (1.83)	2 (0.46)	NS
	ประถมศึกษา	82 (75.23)	232 (53.21)	0.0005
	มัธยมศึกษา	13 (11.93)	99 (22.71)	0.0183
	วิทยาลัย อาชีวศึกษา	5 (4.59)	58 (13.30)	0.0174
	มหาวิทยาลัย	7 (6.42)	45 (10.32)	NS
อายุครรภ์เมื่อคลอดเฉลี่ย (สัปดาห์)				
(mean $\pm$ SD)		38.17 $\pm$ 1.09	38.44 $\pm$ 1.17	0.035
ปากมดลูกเปิดเมื่อแรกรับ	0-3 ซม.	31 (28.44)	399 (91.51)	
	4-7 ซม.	37 (33.95)	30 (6.88)	
	8-10 ซม.	41 (37.61)	7 (1.61)	

ตารางที่ 3 แสดงวิธีการคลอดของกลุ่ม VBAC

วิธีการคลอด	จำนวน	(ร้อยละ)
Spontaneous	56	(51.38)
Vacuum extraction	38	(34.86)
Forceps extraction	4	(3.67)
Breech assisting	3	(2.80)
C/S (fail VBAC)	8	(7.34)

ตารางที่ 4 แสดงค่าใช้จ่ายและจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล

ข้อมูล	VBAC (mean $\pm$ SD)	C/S (mean $\pm$ SD)	P value
ค่าใช้จ่าย (บาท)	1,348.21 $\pm$ 765.81	6,812.13 $\pm$ 2,995.99	0.0000
จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล	2.84 $\pm$ 1.21	5.46 $\pm$ 4.17	0.0000

ตารางที่ 5 แสดงภาวะแทรกซ้อนของมารดา

Complication	VBAC จำนวน (ร้อยละ)	C/S จำนวน (ร้อยละ)	OR	95% CI
ไข้	1 (0.92)	53 (12.16)	0.07	0.00-0.46
แผลเย็บอักเสบ	-	3 (0.69)	-	-
ตกเลือดหลังคลอด	3 (2.75)	1 (0.23)	12.31	1.13-310.18
มดลูกแตก	-	-	-	-

ตารางที่ 6 แสดงผลกระทบต่อทารก

ผล	VBAC	C/S	OR	95% CI
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม) (mean $\pm$ SD)	2915.60 $\pm$ 371.60	3179.82 $\pm$ 405.19*		
Apgar score, no. (%)				
ที่ 1 นาที <4	-	1 (0.23)	-	-
ที่ 5 นาที <7	-	1 (0.23)	-	-
ภาวะแทรกซ้อนในทารก no. (%)				
Neonatal death	-	1 (0.23)	-	-
LGA	1 (0.92)	15 (3.44)	0.26	0.01-1.90
LBW	6 (5.50)	9 (2.06)	2.76	0.85-8.72
Birth trauma	2 (1.83)	-	-	-

*P value = 0.0000

วิจารณ์

คำกล่าวของ Dr. Edwin Gragin ในปี ค.ศ. 1916 ที่ว่า "Once a cesarean section, always a cesarean section." เหมาะสมสำหรับช่วงทศวรรษนั้นซึ่งมีอัตราผ่าตัดคลอดเพียงร้อยละ 2 และแผลผ่าตัดทั้งหมดเป็น classical incision¹ แต่ในศตวรรษสมัยใหม่คำกล่าวนี้ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมอีกแล้ว การคัดเลือกสตรีที่มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดนำมาให้คลอดทางช่องคลอด (VBAC) แทนการผ่าตัดเข้าเป็นทางเลือกที่ปลอดภัย⁷ เนื่องจากแผลผ่าตัดที่มดลูกมักเป็น lower segment⁸ และการไม่ปล่อยให้การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน^{5,7}

ในช่วง 10 ปีมานี้ แม้จะมีความสนใจอย่างมากที่จะลดอัตราการผ่าตัดคลอดซ้ำลง โดยแนะนำให้สตรีเหล่านี้คลอดทางช่องคลอดได้ รายงานส่วนใหญ่กล่าวตรงกันว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีอัตราสำเร็จสูง แต่ VBAC นี้ก็ยังมีอัตราน้อยมาก^{2,9} เหตุผลหลักที่แพทย์ไม่เลือกวิธี VBAC เนื่องจากกลัวมดลูกแตกทั้งที่จริงแล้วอุบัติการณ์ของมดลูกแตกจากวิธี VBAC มีน้อยมาก ในรายงานทั่วไปพบเพียงร้อยละ 0-2^{2,4,5} การศึกษานี้ไม่พบอุบัติการณ์มดลูกแตกเลย อย่างไรก็ตามการผ่าตัดคลอดมีอัตราเสี่ยงของการตายมารดาสูงกว่าสตรีที่คลอดทางช่องคลอดถึง 11 เท่า³ นอกจากนั้นการผ่าตัดคลอดซ้ำโดยไม่รอให้เจ็บครรภ์คลอดก็มีอัตราเสี่ยงต่อทารกได้เช่น iatrogenic prematurity และ neonatal death³ อัตราสำเร็จของ VBAC ในรายงานทั่วไปจะอยู่ที่ร้อยละ 70-82^{1,5,7,8} การศึกษานี้พบอัตราสำเร็จร้อยละ 92.66 การที่อัตราสำเร็จสูงมากกว่ารายงานอื่นน่าจะเกิดจากการที่แพทย์มักตัดสินใจเลือกคลอดทางช่องคลอดในสตรีที่มีขนาดท้องค่อนข้างเล็ก เห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักแรกคลอดของวิธี VBAC มีค่า 2,915 กรัม ซึ่งน้อยกว่าสตรีกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ และสตรีกลุ่ม VBAC ถึงร้อยละ 70 มาถึงห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดมากแล้ว (≥ 4 ซม.) และมีถึงร้อยละ 24.77 ที่ปากมดลูกเปิดหมดแล้วเมื่อแรกจับที่ห้องคลอด อีกทั้งผู้ป่วยที่ให้คลอดทางช่องคลอดเจ็บครรภ์เองทั้งสิ้น มีเพียง 1 รายที่เป็นการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด (induction labor) มีการศึกษาของ Troyer LR และ Parisi VM¹ พบว่าหากนำการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอดมาใช้กับ

การทำ VBAC จะทำให้อัตราสำเร็จของ VBAC ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 52.9

Oxytocin ใช้ได้ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีพอ³ โดยไม่ทำให้มดลูกแตก ใช้ได้ปลอดภัย^{7,8,10} ไม่เป็นข้อห้ามและกลับเป็นตัวทำให้อัตราสำเร็จของ VBAC มีมากขึ้น การศึกษานี้พบใช้ oxytocin ร้อยละ 26.61 และปลอดภัยกับผู้ป่วยทุกราย

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดครั้งก่อนมีผลน้อยมากต่ออัตราสำเร็จของ VBAC⁸ แม้มีประวัติผ่าตัดเพราะมีการติดส่วนระหว่างช่องทางคลอดและทารก (CPD) ก็ไม่ได้เป็นข้อบ่งห้ามของการใช้ VBAC^{11,12} พบว่าแม้เคยผ่าตัดเพราะ CPD ก็ยังคลอดทางช่องคลอดในครรภ์ต่อไป มีอัตราสำเร็จสูงอยู่ระหว่างร้อยละ 60-82^{1,5,7,13} Pridjian G (1992)¹⁰ รายงานว่า VBAC ไม่เพียงแต่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดแบบ low transverse uterine incision เท่านั้น หากยังปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่มีรูปร่างของแผลผ่าตัดที่มดลูก ซึ่งตรงกับผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่ผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีรูปร่างของแผลผ่าตัดที่มดลูก ซึ่งตรงกับผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ แต่ในห้องคลอดก็ยังไม่มีการ continuous electronic fetal heart rate monitoring ไว้บริการคนไข้เจ็บครรภ์คลอด การฟังหัวใจทารกบ่อยๆ พบว่าใช้แทนกันได้^{10,12} เนื่องจากอาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดและเร็วที่สุดของภาวะมดลูกแตกคือ หัวใจทารกเต้นผิดปกติ คือ มี variable deceleration หรือ bradycardia¹⁰ ดังนั้น การติดตามฟังหัวใจทารกระหว่างเจ็บครรภ์คลอดจึงเป็นการ monitor ที่สำคัญที่สุด อาการอื่นที่พบบ่อยรองลงมาของภาวะมดลูกแตก คือ ปวดที่มดลูกและเลือดออกซึ่งอาจออกสู่ช่องท้องช่องคลอด หรือกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมีเลือดปน¹⁰ มีการแนะนำกันมากให้ตรวจภายใน คลำโพรงมดลูกทันทีภายหลังคลอด เพื่อประเมินแผลผ่าตัดเดิมที่ส่วนล่างของมดลูก^{8,9,14,15} อย่างไรก็ตามประโยชน์ที่ได้จากการใช้นิ้วมือตรวจโพรงมดลูกยังเป็นที่สงสัย¹⁰ เพราะมีโอกาสตรวจพบมดลูกแตกด้วยวิธีนี้น้อยมาก¹⁴ เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่ sensitive¹⁰ และควรระลึกไว้เสมอว่า การใช้นิ้วมือตรวจเข้าไป

ในโพรงมดลูกเป็นวิธีที่ invasive อาจนำไปสู่การติดเชื้อได้ และนิ้วมือที่เข้าไปตรวจอาจทำให้แผลมดลูกที่แยกบางส่วน กลายเป็นแผลแยกอย่างสมบูรณ์ก็เป็นได้¹⁴ ทางโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมาจึงไม่ได้ใช้วิธีนี้เพื่อตรวจหาภาวะมดลูก แดกหลังคลอดแต่อย่างใด

เมื่อพิจารณาถึงภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา พบว่า สตรีกลุ่ม VBAC มีใช้หลังคลอดน้อยกว่าสตรีกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดคลอดซ้ำถึง 14.29 เท่า การศึกษาอื่นก็พบว่าสตรี กลุ่ม VBAC มีใช้น้อยกว่าเช่นกัน^{1,10} ใช้หลังคลอด (pu- erperal morbidity) อาจมีความหมายพหุอนุโลมใช้เป็น มาตราวัดการติดเชื้อหลังคลอดได้ เพราะการใช้หลังคลอด มักมีสาเหตุเนื่องมาจากการติดเชื้อของทางคลอดของระบบ สืบพันธุ์¹⁶ การศึกษาพบว่าสตรีกลุ่ม VBAC มีอัตราการตก เลือดหลังคลอดมากกว่าสตรีกลุ่ม C/S ถึง 12.31 เท่า น่า จะเกิดจากในกลุ่ม VBAC นี้พบว่ามีการค้างถึงร้อยละ 6.42 ในขณะที่การทำผ่าตัดคลอดจะไม่มีปัญหาค้างเนื่องจาก แพทย์จะฉีกรอกออกทันทีภายหลังการคลอด และมดลูกจะ ได้รับการบีบรัดตลอดเวลาขณะที่เย็บมดลูก เมื่อเห็นว่า มดลูกบีบรัดตัวดีแล้วจึงเย็บปิดช่องท้อง ทำให้สตรีกลุ่มที่ได้ รับการผ่าตัดมีโอกาสดพบการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่า

ผลต่อทารกพบว่า Apgar score ในทั้ง 2 กลุ่มไม่ ต่างกัน อุบัติการณ์ของทารกคลอด Apgar score ต่ำไม่ต่าง กัน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Nyirjesy P และ Nyirjesy KM ในปี ค.ศ. 1992¹² Apgar score ที่ 1 นาที ต่ำกว่า 4 บ่งถึงภาวะ severe asphyxia ขณะแรกคลอด และต้อง การการ resuscitation Apgar score ที่ 5 นาที ต่ำกว่า 7 บ่งถึงภาวะการพยากรณ์ว่าทารกนี้อาจมีความผิดปกติของระบบ ประสาทในภายหลังได้¹⁷ ทารกที่ได้รับการคลอดทางช่องคลอด มี birth trauma มากกว่า น่าจะเกิดจากมีการทำสูติศาสตร์ หัตถการ (V/E, F/E, breech assisting) ถึงร้อยละ 41.28 ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ LGA, LBW, neonatal death สตรีทั้ง 2 กลุ่มพบได้ไม่ต่างกัน ซึ่งตรงกับบทความของ Pridjian G ในปี ค.ศ. 1992¹⁰ ซึ่งเขียนไว้ว่า perinatal mortality และ morbidity ของสตรีที่มีประวัติเคยผ่าตัด คลอดมีค่าเท่ากัน ไม่ว่าจะทำผ่าตัดซ้ำหรือคลอดทางช่องคลอด

อัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมคือร้อยละ 15 ถ้ามากกว่านี้ถือว่ามากเกินไป¹⁸ การที่อัตราการผ่าตัดคลอดสูง ขึ้นมากไม่ได้ทำให้ผลต่อทารกดีขึ้น¹⁸ แต่มีผลเสียต่อ สุขภาพของมารดาและทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายขึ้นมาก^{12,18} จาก การศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดคลอดมากกว่าการ คลอดทางช่องคลอดโดยเฉลี่ยต่อ 1 ราย เท่ากับ 5,463,92 บาท หากลดอัตราผ่าตัดคลอดในปี พ.ศ. 2540 จากร้อยละ 29.50 ให้ลงเหลือร้อยละ 15 ได้ จะทำให้ประหยัดค่า ใช้จ่ายลง 8,359,979.60 บาท เพียงหนึ่งโรงพยาบาลประหยัด ค่าใช้จ่ายได้ 8 ล้านบาทต่อปี หากคิดถึงทั้งประเทศแล้วจะ เป็นการประหยัดเงินตราลงได้อีกมากมาย

โรงพยาบาลหลายๆ แห่งรวมทั้งโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา ยังคงมีข้อบ่งชี้สำคัญอันดับต้นของ การทำผ่าตัดคลอดเป็น previous C/S นโยบายใดก็ตามที่ มุ่งหวังจะลดอัตราการผ่าตัดคลอดลงแน่นอนจะต้องลดการ ผ่าตัดคลอดซ้ำลง¹⁹ หากมีการใช้ VBAC เป็นประจำจะ สามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดลงได้มาก¹¹ โดยที่ยังมีความ ปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารกอยู่¹ อย่างไรก็ตามโรงพยาบาล ที่ทำ VBAC ต้องเป็นโรงพยาบาลที่มีบุคลากรพร้อม และ สามารถผ่าตัดฉุกเฉินได้ภายใน 10-15 นาที¹ เนื่องจากหาก หัวใจทารกเต้นช้าลงกะทันหันเป็นเวลานานกว่า 10 นาที จะ ทำให้เกิดภาวะ severe acidosis ได้¹ เกิดผลเสียต่อทารก ที่คลอดออกมา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังข้อมูลที่ได้ยังอาจ ไม่สมบูรณ์ ควรมีการศึกษาต่อแบบไปข้างหน้า (cohort study) ในผู้ป่วยจำนวนมาก ก่อนที่ VBAC จะเป็นวิธี มาตรฐานและเป็นทางเลือกแรกของผู้ที่มีประวัติเคยผ่าตัด คลอดสำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

โดยสรุปการให้สตรีที่มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดเจ็บ ครรภ์คลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ศึกษาเป็นเวลา 5 ปี พบว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ดี ทั้งยังลดอัตราการสูญเสียทางเศรษฐกิจลงได้มาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและพัฒนาบริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำการวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Troyer LR, Parisi VM. Obstetric parameters affecting success in a trial of labor: designation of a scoring system. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1099-103.
2. Holland JG, Dupre AR, Blake PG. Trial of labor after cesarean delivery: experience in the non-university level II regional hospital setting. *Obstet Gynecol* 1992;79:936-9.
3. Abu-Heija AT. Vaginal birth after one previous caesarean section: a Jordanian experience. *J Obstet Gynaecol* 1995;21:9-12.
4. Jones RO, Nagashima AW, Hartnett MM. Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor. *Obstet Gynecol* 1991;77:815-7.
5. Arulkumaran S, Chua S, Ratnam SS. Symptoms and signs with scar rupture value of uterine activity measurements. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1992;32:208-12.
6. บรรพต บุรณสิน, เรืองศักดิ์ ตั้งชินนศิริกุล. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์. *เวชสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์* 2534;15:139-53.
7. Nguyen TV, Dinh TV, Suresh MS. Vaginal birth after cesarean section at the University of Texas. *J Repro Med* 1992;37:880-2.
8. Bolaji II, Meehan FP. Post caesarean section delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;51:181-92.
9. Pridjian G, Hibbard JU, Moawad AH. Cesarean: changing the trends. *Obstet Gynecol* 1991;77:95-200.
10. Pridjian G. Labor after prior cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:445-56.
11. Raynor BD. The experience with vaginal birth after cesarean delivery in a small rural community practice. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:60-2.
12. Nyirjesy P, Nyirjesy KM. Vaginal birth after cesarean section in rural Zaire. *J Repro Med* 1992;37:457-60.
13. Yasumizu T, Nozawa A, Kinoshita T, Kato J. Trial of vaginal birth following cesarean section for arrest disorders of labor: analysis of patients with well-documented medical records. *Asia Oceania J Obstet Gynecol* 1994;20:407-13.
14. Gemer O, Segal S, Sassoon E. Detection of scar dehiscence at delivery in women with prior cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:540-2.
15. Thubisi M, Ebrahim A, Moodley J, Shweni PM. Vaginal delivery after previous caesarean section: is X-ray pelvimetry necessary? *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:421-4.
16. อีรพงศ์ เจริญวิทย์. การติดเชื้อหลังคลอด. ใน: สุจิต ผ่องสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์ บรรณาธิการ. *สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอ เอส. พริ้นติ้งเฮาส์, 2538:201-11.*
17. พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์. การดูแลเด็กระยะหลังคลอดทันที. ใน: สุจิต ผ่องสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์ บรรณาธิการ. *สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอ เอส. พริ้นติ้งเฮาส์, 2538:60-8.*
18. Socol ML, Garcia PM, Peaceman AM. Reducing cesarean births at a primarily private university hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1748-58.
19. Goldman G, Pineault R, Potvin L. Factors influencing the practice of vaginal birth after cesarean section. *Am J Public Health* 1993;83:1104-8.