

## \* The places of Cesarean Section in Modern Obstetrics

แพทย์หญิง วิมลรัตน์ ภริยาเชิธร ภ.บ.,

L.M. (Dublin), D.T.M. & H. (Liverpool)

Cesarean section หมายความว่า การเอาเด็กออกจากมดลูกทางแผลหน้าท้อง การทำ cesarean section นี้ ไม่รวมกับการที่เอาเด็กออกจากทางหน้าท้อง ภายหลังมดลูกแตกแล้ว หรือ หลังการทำผ่าตัด ectopic pregnancy

ตามประวัติ ได้มีการทำ cesarean section กันมานานแล้วนับตั้งแต่สมัยอียิปต์ แต่ทำในรายที่มารดา กำลังจะตายเพื่อช่วยชีวิตเด็กไว้

ต่อมา ได้ทำเพื่อช่วยทั้งมารดาและเด็ก แต่อัตราตายในเวลาประมาณ ๑๐๐ ปีโน้นสูงมาก เนื่องจากการ ตกเลือด และ การ ติด เชื้อ (infection) ภายหลังผ่าตัด เพราะแพทย์สมัยนั้น ไม่ได้เย็บแผล บัดที่มดลูก จึงทำให้ตกเลือดเข้าไปในช่องท้องได้ และ Lochia ก็เข้าไปด้วย ภายหลังจึงมีผู้ค้นคว้าหาวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ อัตราตายของมารดาที่สูงถึง ๗๕% ลดลง เช่น Sanger คิดเย็บแผลที่มดลูก Porro ได้เย็บ cervical stump ติดกับ lower end ของ abdominal wound ทำให้ อัตราตาย น้อยลงมาก เพราะได้ตัดมดลูกที่เป็น main focus ของ sepsis ออก และทำให้ไม่มี intraperitoneal bleeding ด้วย

ในต้นศตวรรษนี้ Frank ได้เย็บ upper edge

\* บรรยายในการประชุมฝ่ายวิชาการ ประจำเดือนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

\* อาจารย์ในแผนกสูติ-นารีกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ของ parietal peritoneum ติดกับ visceral peritoneum และผ่ามดลูกตามขวางที่ lower uterine segment

ในปี ๑๙๑๐ Selheim ก็ทำผ่าตัดซึ่งคล้ายกับ lower segment cesarean section ที่ทำกันอยู่ทุกวันนี้

ปัจจุบัน Green-hill ทำผ่าตัด  $\frac{๑}{๕}$  ปี ๑,๑๐๐ ราย ๙๑% ของผู้ป่วยทั้งหมด ทำ low cesarean section อัตราตายของมารดา = ๐

Machintosh marshall ทำ ๒๔๖ ราย อัตราตายของมารดา = ๐ เหมือนกัน

อัตราตายของมารดาตั้งแต่ภายหลังปี ๒๔๙๒ เป็นต้นมา ลดลงเรื่อยๆจนปัจจุบันเหลือประมาณ ๐.๕% เท่านั้น การที่เป็นเช่นนั้นเพราะว่ามี antibiotic ดีๆ การให้ยาสลบติขึ้นมาก และประการสุดท้ายคือการถ่ายเลือด ซึ่งเป็นของสำคัญมาก ในรายที่ทำผ่าตัดของเราทุกรายได้รับการถ่ายเลือด จำนวนของเลือดแตกต่างกันตามคนไข้ เฉลี่ยแล้ว ธรรมดาให้ ๖๐๐—๘๐๐ cc. ถ้าเป็นรายที่เสียโลหิตมากมาก่อน เช่น เป็น placenta previa totalis หรือ abruptio placenta

วิธีทำ

๑. การเตรียมคนไข้ ส่วนมาก ถ้าเป็นคนไข้ที่ไม่เคยรับการผ่าตัด cesarean section มาก่อน มักจะไม่ได้เตรียมอย่างคนไข้ธรรมดา คือไม่มีการอดอาหารมาก่อน แต่ในระยะเจ็บครรภ์คนไข้ก็รับประทานอาหารน้อยอยู่แล้ว ถ้าเป็นพวกที่เคยทำผ่าตัดมาแล้ว แล้วต้องทำซ้ำอีกในครรภ์ต่อไป ก็จะได้รับเตรียมผ่าตัดอย่างธรรมดา คือให้คนไข้มาอยู่โรงพยาบาล ๑-๒ วัน ก่อนวันทำเพื่อตรวจร่างกายรวมทั้งตรวจโลหิตและปัสสาวะ อุจจาระ เข้าวันที่จะให้งดอาหาร และให้ยา ก่อนทำผ่าตัดตามระเบียบ

๒. ยาสลบ ใน ๓ ปีที่ใช้อยู่นี้ใช้ induce ด้วย Kemithal หรือ thiopentone แล้วตามด้วย ether closed หรือ open method ทุกราย เมื่อก่อน ๓ ปีนี้เคยใช้ spinal anesthesia ซึ่งปรากฏผลดี เพราะว่า uterine tone มีการรัตตัวดี heamorrhage ก็ไม่มาก และภายหลังการผ่าตัดมีอาเจียนน้อย และ ileus ก็น้อยมาก ส่วนเด็กก็ไม่มีอันตรายจากยาชา แต่ต่อมาไม่ได้ใช้แล้ว เพราะว่ายาทำให้ความดันของโลหิตตกมาก แล้วแก๊ยาก ทำให้เสียคนไข้ไปหลายคน ส่วน complications อย่างอื่น เช่น meningitis, paraplegia, incontinence หรือ diplopia ของเราไม่เคยพบ

๓. วิธี วิธีทำแบ่งใหญ่ๆ เป็น ๒ พวกคือ classical cesarean section ทำการผ่ามดลูกที่ upper uterine segment & low cervical cesarean section ซึ่งผ่ามดลูกที่ low segment จะเป็นการผ่ากล้ามเนื้อมดลูกตามขวางหรือ low transverse cesarean section หรือผ่ากล้ามเนื้อมดลูกตามยาว

(= low vertical cesarean section) ก็ได้

วิธี classical cesarean section นั้น สติแพทย์มีความเห็นว่าวิธี low cervical cesarean section ไม่ได้ เพราะว่าทำให้เกิด adhesion ได้ง่าย และทำให้เกิด rupture ของ scar มากกว่า (ประมาณ ๒ เท่า) ในรายงานที่จะกล่าวต่อไป จะเห็นว่าในสถิติ ๓ ปีนี้ จำนวนของ classical cesarean section อยู่ ๑๖ ราย และ low classical ซึ่งคล้ายกับแบบ classical แต่ผ่าต่ำลงมาอีกเล็กน้อยระหว่าง upper & lower uteri segment ทั้งนี้ ส่วนมากผู้ทำคือแพทย์ประจำบ้าน อาวุโส หรือแพทย์ผู้ทำใน Placenta previa แล้วกลัวคนไข้จะตกเลือดอีก เพราะเดิมตกเลือดมาอยู่แล้ว

ส่วนวิธีที่ทำกันมาก คือ low cervical cesarean section ซึ่งในประเทศอังกฤษและยุโรป เท่าที่ข้าพเจ้าได้เห็นมาทำแบบ transverse โดยแยก serosa ที่คลุม uterus ออก transverse แล้วแยก muscles ออก transverse ถ้าเป็นแบบ vertical ก็แยก muscles ออก vertical

การแยก muscle ออก ๒ แบบนี้ ความจริงผลที่ได้รับก็คล้ายคลึงกัน แต่มีผู้ถกเถียงกันดังนี้ คือ :-

ถ้าเป็น vertical incision

๑) จะมี bleeding ออกจากริมแผลน้อยกว่า เพราะว่า midline ของมดลูก vascular น้อยกว่า

๒) เวลาเย็บแผล ง่ายกว่า เพราะความหนาของริมแผลทั้ง ๒ ข้างเท่ากัน ทำให้ scar เรียบ ไม่เหมือนแบบ transverse ที่ upper edge หนา กว่า lower edge

๓) ถ้ามี infection ของแผลทำให้เกิด thrombosis ซึ่ง involve veins ที่อยู่ข้างๆ มดลูกน้อยกว่า และทำให้เกิด embolism ยากกว่า

๔) ประการสุดท้าย คือ lower end ของ vertical incision ลงไปต่ำกว่าแบบ transverse เพราะฉะนั้น drainage ก็ดีกว่า

ส่วนพวกที่นิยมทำแบบ transverse นั้น เพราะเชื่อว่า

๑. เนื่องจากกล้ามเนื้อของ lower uterine segment เรียงเป็น circular เพราะฉะนั้น transverse scar จึงเหมาะกว่า

๒. ในการ control ความยาวของแผล สะดวกกว่าแบบ vertical ซึ่งบางครั้งแผลอาจจะยาวต่อไปข้างล่างจนถึงด้านหลังของ bladder และถ้าแบบแคบเกินไป ถ้าจะต้องต่อให้กว้าง ต้องต่อขึ้นไปถึง upper segment ซึ่งจะทำให้การผ่าตัดไม่ใช่ low segment cesarean section แท้ๆ ถ้าเป็นแบบ transverse แผลจะอยู่ที่ lower uterine segment แท้ๆ และ bladder จะไม่ถูก damage เลย

ภายหลังการผ่าตัด

ตามธรรมดา เราเปิดแผลไว้เฉยๆ ๗ วัน แล้วจึงเปิดแผล ถ้าเป็น deep tension stitches ก็เปิดในวันที่ ๑๐ หรือ ๑๑ ระหว่างนี้ไม่จำเป็นต้องให้คนไข้พันท้องไว้ หลังผ่าตัดควรให้คนไข้ลุกเร็วที่สุด คนไข้ส่วนมาก ๒๔ ชั่วโมงแรก ปัสสาวะเองไม่ได้ เพราะฉะนั้น ควรสวนให้ทุก ๘-๑๒ ชั่วโมง และในวันที่ ๒ มักมีท้องอืด ซึ่งหายได้โดยสวนให้ภายหลังผ่าตัด ๔๘ ชั่วโมง

การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา เริ่มได้ในวันที่ ๒ หลังผ่าตัด

ระหว่างนี้ถ้าคนไข้ยังซัดอยู่ บางรายต้องถ่ายโลหิตให้อีก แต่ทำเป็นส่วนน้อย เพราะได้ให้ในระยะผ่าตัดไว้พอเพียงแล้ว

ต่อไปนี้เป็นรายงาน การทำ cesarean section ของแผนกสูติศาสตร์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ๒๔๙๗ ถึงเดือนกรกฎาคม ๒๕๐๐ เป็นจำนวน ๓ ปีเต็ม และบางแห่งจะได้เปรียบเทียบกับผลของการทำ cesarean section ภายใน ๑๐ ปี คือระหว่าง พ.ศ. ๒๔๙๗ - ๒๔๙๖ ของโรงพยาบาล Queen's charlotts ในกรุงลอนดอนไว้ด้วย

	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โรงพยาบาล Queen's charlotts	
		๕ ปีแรก	๕ ปีหลัง
จำนวนคนไข้คลอด	๑๙,๑๒๗	๑๗,๖๙๐	๑๗,๒๖๔
จำนวนคนไข้ที่ต้องทำ	๒๒๒	๓๐๕	๕๔๕
คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	๑.๑๖ %	๑.๗ %	๓.๑๕ %
อัตราการตายของมารดา	๑	๖	๔
คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	๐.๗๒ %	๑.๗๒ %	๐.๗๓ %
อัตราการตายของเด็ก	๒๒	๒๔	๓๗
คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	๑.๑๐ %	๑.๓๓ %	๒.๑๘ %

จำนวนมารดาที่ตายของเรามีเพียงรายเดียว  
ในเดือนมิถุนายน ๒๔๙๘ คือ

คนไข้ครรภ์ที่ ๗ เคยคลอดเอง และบุตรอยู่  
ทุกคน เมื่อมีอาการของ threatened uterine  
rupture คนไข้อ่อนเพลียมาก เด็กอยู่ในท่า L.O.T.  
with compound presentation คือ มีมือลงมา  
ด้วย ถึงแก่กรรมภายหลังผ่าตัด ๒ วัน

ส่วนอัตราการตายของเด็ก = ๑๐% ซึ่งสูงมากเกินไป

น้ำหนักของเด็กที่ตายภายหลังคลอด มี :-

๑,๗๐๐	กรัม	๕ ราย
๑,๗๕๐ — ๒,๐๐๐	,,	๕ ราย
๒,๐๕๐ — ๒,๓๐๐	,,	๑ ราย
๒,๒๕๐ — ๒,๕๐๐	,,	๑ ราย
๒,๕๕๐ — ๓,๐๐๐	,,	๑ ราย
๓,๐๕๐ — ๓,๕๐๐	,,	๕ ราย
๓,๗๐๐	,,	๑ ราย
?	,,	๑ ราย

จากนี้ จะเห็นได้ว่า เด็กที่คลอดออกมาเป็น  
premature baby เสียครึ่งหนึ่ง (๑๓ ราย) แล้ว  
เพราะฉะนั้น ถ้าเรามีการปรับปรุงการเลี้ยงเด็กที่  
คลอดก่อนกำหนดได้ดีขึ้น หวังว่าอัตราการตายคงลด  
ลงได้อีก ส่วนโรคที่ทำให้ต้องผ่าตัดก็สำคัญ  
เหมือนกัน เพราะอย่างเช่น Placenta previa  
totalis หรือ partialis คนไข้ตกเลือดมาก ทำให้  
เด็กมี anemia and distress ด้วย เพราะฉะนั้น  
หลังคลอดจึงถึงแก่กรรมได้ง่าย

โรคที่ทำให้ต้องผ่าตัด ของ เด็กทั้ง ๒๒ ราย  
ข้างบน

Placenta previa totalis	๙
Placenta previa partialis	๖
Failed forceps extraction	๒

Previous cesarean section	๒
disproportion	๑
abruptio placenta	๑
threatened uteri rupture	๑

ในจำนวน ๒๒ รายนี้ ไม่ปรากฏว่า เด็กตาย  
เพราะมี hyaline membrane นอกจากนั้นเป็นพวก  
intra uteri death อีก ๙ ราย คือ น้ำหนัก

๒๐๐ — ๒,๒๐๐ กรัม ๒ ราย

๒,๒๕๐ — ๒,๕๐๐ ,, ๒ ราย

๒,๖๐๐ — ๓,๐๐๐ ,, ๒ ราย

๓,๐๕๐ — ๓,๕๐๐ ,, ๑ ราย

๓,๖๐๐ ,, ๑ ราย

? ,, ๑ ราย

โรคที่ต้องทำผ่าตัด abruptio placenta

- ๖ ราย

placenta previa totalis ๒ ราย

(ใส่ว่า Placenta Previa

ไม่บอก type ไทน์) ๑ ราย

น้ำหนักเด็กที่มีชีวิตทั้งหมด

๑,๗๐๐ กรัม ๖ ราย

๑,๗๕๐ — ๒,๐๐๐ ,, ๗ ราย

๒,๐๕๐ — ๒,๒๐๐ ,, ๑๑ ราย

๒,๒๕๐ — ๒,๕๐๐ ,, ๑๔ ราย

๒,๕๕๐ — ๓,๐๐๐ ,, ๕๔ ราย

๓,๐๕๐ — ๓,๕๐๐ ,, ๘๑ ราย

๓,๕๕๐ — ๔,๐๐๐ ,, ๓๘ ราย

๔,๐๕๐ — ๔,๕๐๐ ,, ๘ ราย

๔,๕๕๐ — ๕,๐๐๐ ,, ๒ ราย

๕,๕๐๐ ,, ๑ ราย

? ,, ๑๑ ราย

\* twins ,, ๑ ราย

รวม ๒๒๓ ราย

## ส่วนโรคที่ต้องทำผ่าตัด :-

โรคที่ต้องทำผ่าตัด	ร.พ. จุฬาลงกรณ์	ร.พ. Queen's Charlotts (อังกฤษ)
disproportion	๘๖	๒๐๕
previous cesarean section	๔๔	๓๕
totalis	๓๔	๑๐๐
Placenta previa	๑๗	
low	๒	
(ใส่ว่า Placenta Previa ไม่บอก type ไทน์)	๑	
abruptio placenta	๘	
threatened uteri rupture	๖	
Elderly primigravida	๕	
field forceps extraction	๕	
tumour complicated pregnancy	๔	๓๐
abdominal presentation	๓	
foetal distress	๒	๗๓
(ใส่ว่า Placenta previa ไม่บอก type ไทน์)	๕	
toxemia	—	๙๕
breech	—	๔๕
inertia	—	๗/๖
heart diseases	—	๑๔
		จากจำนวน ๘๕๐ ราย

จากรายการข้างบนจะเห็นว่า indications ใหญ่ๆ เช่น disproportion หรือ Placenta previa นั้นเหมือนกัน แต่จาก foetal distress ของเราน้อยกว่ามาก และเฉพาะจาก inertia ของเราไม่ได้แยกไว้เลย ทั้งนี้ ควรเป็นข้อสังเกตไว้สำหรับการให้ indication ด้วย

ส่วน Breech ในรายที่ต้องทำ cesarean section ของเราไม่ได้แยกไว้ มีรายเดียวเป็น twins pregnancy. breech & transverse จึงรวมไว้ใน abnormal presentation ส่วนอีกประการ

หนึ่ง คนใช้ breech ครรภ์แรกของเรามีน้อยมาก และถ้าน้ำหนักต่ำกว่า ๑,๒๐๐ gm. แทนที่จะทำ cesarean section อย่างต่างประเทศ เรามักให้คลอดเอง

## วิธีทำผ่าตัด

Low longitudinal	๑๕๔ ราย
Low transverse	๔๐ ราย
classical	๑๖ ราย
Low classical	๔ ราย
Cesarean hysterectomy	๔ ราย

อายุของผู้ป่วยที่ต้องทำผ่าตัด กับผู้คลอดธรรมดา

อายุ	ผู้ได้รับการผ่าตัด (คน)	ผู้คลอดธรรมดา (คน)
๑๔ - ๑๕	-	๕
๑๖ - ๒๐	๑๕	๓,๐๖๑
๒๑ - ๒๕	๔๓	๖,๘๐๓
๒๖ - ๓๐	๗๓	๕,๐๖๖
๓๑ - ๓๕	๓๗	๒,๓๗๓
๓๖ - ๔๐	๓๐	๑,๓๐๗
๔๑ - ๔๕	๑๒	๔๑๔
๔๖ - ๕๐	๒	๕๘
๕๒	-	๑
?	๑	๔๐
อายุสูงสุด	๔๙	๕๒
รวม	๒๒๒	๑๙,๑๒๗

ครรภ์ที่ ๑	๗๔ ราย
๒	๕๐ ราย
๓	๑๗ ราย
๔	๑๖ ราย
๕	๑๓ ราย
๖	๗ ราย
๗	๑๑ ราย
๘	๘ ราย
๙	๙ ราย
๑๐	๕ ราย
๑๑	๓ ราย
๑๒	๑ ราย
๑๓	๑ ราย
?	๗ ราย
รวม	๒๒๒ ราย

จากรายการข้างบนนี้จะเห็นว่า ส่วนมาก ที่ทำผ่าตัดเป็นคนไข้รายแรก และอายุที่มากที่สุด ตกระหว่าง ๒๖ - ๓๐ ปี ซึ่งเป็นระยะที่คนไข้คลอดเองมากเป็นที่ ๒ ต่อมา จำนวนที่ทำผ่าตัดไล่เรียงกัน คือ ระหว่าง ๒๑ - ๒๕, ๓๑ - ๔๐ อีกพวกหนึ่ง แต่จำนวนครรภ์ที่ต้องทำผ่าตัดไปได้ ที่แน่นอนว่า ครรภ์ใด นอกจากครรภ์แรก มีความสำคัญพิเศษ ก่อนที่ข้าพเจ้าจะจบเรื่องนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณ นายแพทย์ไพโรจน์ วัชรศิริธรรม ที่ช่วยเขียน Data ต่างๆ ให้ และขอขอบคุณแพทย์หญิง ม.จ. พันธุ์โรภาส ภานุพันธ์ แพทย์หญิงเต็มศรี ชำนิจารกิจ, แพทย์หญิงพวงทอง ปิ่นขยัน และ นายแพทย์ มรว. แก้วแกมทอง ทองใหญ่ ซึ่งทั้ง ๔ คนนี้ได้ช่วยทำสถิติ ที่นำมาแสดงนี้ ด้วย.