

ONCE A CESAREAN

ถนอม มะโนทัย*

รายงานที่แสดงถึงการให้ผู้ตั้งครรภ์ซึ่งเคยได้รับ การผ่าท้องทำคลอดในครรภ์ก่อน คลอดเอง (vaginal delivery) โดยไม่ต้องผ่าท้องทำคลอดซ้ำอีกนั้น มีมานานมาแล้ว¹⁵ และมีเพิ่มมากขึ้นใน ระยะไม่กี่ปีที่ผ่านมา^{6-8, 16, 22, 25, 27, 30} ยิ่งกับ คำที่กล่าวว่า ONCE A CESAREAN, ALWAYS A CESAREAN ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติที่ ใช้กันมาตลอด

ผู้เขียนเห็นสมควรที่จะพิจารณาข้อขัดแย้งนี้ ก่อนที่จะนำมาใช้เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติ จริงอยู่ในปัจจุบันนี้การผ่าท้องทำคลอดเป็น แบบ low cervical cesarean section มากกว่า classical cesarean section เพราะเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า โรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและ อันตรายในการตั้งครรภ์ต่อมารวมทั้งมดลูกแตก มีน้อย^{1, 2, 3, 7, 8} แต่ในการผ่าท้องทำคลอดแบบ low cervical cesarean section นั้น จะมี แผลที่กล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่าง (lower uterine segment) ซึ่งจะเป็นแผลเป็น ไม่มี re-generation ของกล้ามเนื้อมดลูก³⁶ เมื่อมีการ ตั้งครรภ์เกิดขึ้นอีกจะมีอันตรายเกิดขึ้นได้ในระยะ

ท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ระหว่างที่เจ็บครรภ์ เพราะกล้ามเนื้อมดลูกส่วน ล่างเป็นส่วนที่ถูกดึงให้ บางลงและยืดออกเพื่อเป็น ทางให้เด็กผ่านลงสู่ช่องคลอดตามกลไกของการ คลอด¹³ ถ้าแผลเป็นไม่แข็งแรงพอจึงอาจจะแยก ในระยะนี้ทำให้มดลูกแตกได้ ผู้ที่ยึดใน ONCE A CESAREAN, ALWAYS A CESAREAN จึงผ่าท้องทำคลอดซ้ำเมื่ออายุครรภ์ได้ 38-39 สัปดาห์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการแตกเสีย^{2, 12, 33}

ผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับ ONCE A CESAREAN, ALWAYS A CESAREAN^{6-8, 16, 22, 25, 27, 30} มีเหตุผลว่าอันตรายจากการผ่าท้องทำคลอดมีมาก กว่าคลอดเอง อาจผ่าตัดคลอดเด็กก่อนกำหนดการ ผ่าท้องทำคลอดทำให้มีบุตรได้น้อยคนและเห็นว่าการให้คลอดเอง จะมีผลดีต่อมารดาและทารกใน ครรภ์มากกว่าการผ่าท้องทำคลอดซ้ำอีก แต่ละ สดบันได้พยายามวางแนวทางปฏิบัติต่อผู้คลอด เพื่อให้การคลอดทางช่องคลอดนั้นเป็น ไปอย่าง ปลอดภัยที่สุด ผู้เขียนเห็นว่าความเห็นของแต่ละ สดบันแม้ขัดแย้งกันเสมอ เป็นต้นว่าถ้าการผ่า ท้องทำคลอดครั้งก่อนไม่มีโรคแทรกซ้อนโดย

* แผนกสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เฉพาะอย่างยิ่งไม่มีใช้ แสดงว่าแผลเป็นในมดลูก ควรจะดี และหนทางต่อการเจ็บครรภ์ในคราว ต่อๆ ไปได้^{15,16} แต่ก็มีผู้แย้งว่าไม่เป็นความจริง^{24,26,35} ข้อบ่งชี้ในการผ่าท้องทำคลอดครั้งแรก ถ้าเห็นว่าเป็น recurring indication เช่น cephalopelvic disproportion (CPD) เป็นต้น ไม่สมควรให้คลอดเองแต่ถ้าผ่าตัดจาก non-recurring indication เช่น ตกเลือดก่อนคลอด สายสะดือย้อย เป็นต้น ควรจะให้คลอดเองได้^{6-8,16,22,26} รายงานของ Salzman³¹ กลับได้ ผลตรงกันข้าม พวกที่ผ่าท้องทำคลอดจากการตก เลือดก่อนคลอด เมื่อตั้งครรภ์อีกก็มีมดลูกแตกได้มากที่สุด ถ้าให้คลอดเอง พวก CPD ไม่พบมดลูกแตก เลย ประวัติการคลอดได้เองหลังจากผ่าท้องทำ คลอดถือว่าเป็นข้อบ่งชี้ที่ดีที่จะคลอดได้เอง อีก¹⁶ แต่ Case² กลับไม่เห็นด้วย และว่าการคลอด ได้เองครั้งหนึ่งหลังผ่าท้องทำคลอดนั้น มิได้หมายความว่ามดลูกจะไม่แตกในการคลอดครั้งต่อ ๆ ไป ผู้ที่ได้รับการผ่าท้องทำคลอดมากกว่าครั้งหนึ่ง จะ เสี่ยงอันตรายมากขึ้นถ้าให้คลอดเอง^{6,7,10,22,26} แต่ McNally³¹ เห็นว่าจำนวนครั้งที่ผ่าท้องทำคลอด ไม่มีความสำคัญเลย

การให้ทดลองคลอดเอง ในรายที่เคยผ่าท้อง ทำคลอดมาแล้ว จะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด สูติแพทย์ และ วิสัญญีแพทย์ตลอดทั้งท้องผ่าตัดต้องพร้อมอยู่ เสมอ^{15,16,22,25,30} การให้ oxytocin เพื่อ

ช่วยการหดตัวของมดลูกก็มีความเห็นแตกแยก กันเมิ่งให้ได้^{16,22,25,26} และไม่ควรถูกให้^{32,33} Legerlotz¹⁹ รายงานมดลูกแตก 8 รายระหว่าง การให้ทดลองคลอด ในจำนวนนี้ 6 รายได้รับ oxytocin

การวินิจฉัยว่าเมื่อใดมดลูกจะแตกในระหว่าง การให้ทดลองคลอดทำได้ยาก การกดเจ็บที่มดลูก เป็นอาการแสดงที่เชื่อไม่ได้² การคลำแผลเป็นที่ ส่วนล่างของมดลูกตามคำแนะนำของ Meehan และพวก²⁵ หรือ Taylor³³ เห็นว่าถ้าแผลเป็นอยู่ สูงหรือได้รับยากระตุ้นความรู้สึกไม่พอเพียงก็มักจะ คลำไม่ได้

การใช้ vacuum extraction หรือ forceps extraction เพื่อช่วยให้ระยะที่สองของการคลอด สั้นเข้าจะช่วยลดอัตราแตกได้^{6,7} แต่ Case² มีความเห็นว่าเป็นไม่จริง มดลูกถ้าจะแตก มักจะแตกเสียก่อนในระยะแรกของการคลอด

มีผู้แนะนำให้ทำ hysterosalpingography ก่อนตั้งครรภ์ เพื่อดูแผลเป็นในมดลูกว่ามีรอย ผิดปกติหรือไม่^{9,29,35,37} แต่จากรายงานดังกล่าว รอยผิดปกติในมดลูกพบแตกต่างกันได้มากตั้งแต่ ร้อยละ 36 ถึงร้อยละ 100 การทำ amniography ระหว่างตั้งครรภ์เพื่อจุดประสงค์เดียวกัน นอกจาก จะพบ รอยผิดปกติได้น้อยมากแล้วยังเสี่ยงต่อการ คลอดก่อนกำหนด และการติดเชื้ออีกด้วย^{4, 23}

ผู้เขียนเห็นว่า การทดลองให้คลอดทางช่องคลอด หรือถ้าจะเรียกให้ถูกต้องว่าเป็นการทดสอบความแข็งแรงผลเป็น ถ้านำมาใช้จะมีผลเสียมากกว่าปฏิบัติตามคำที่ว่า ONCE A CESAREAN, ALWAYS A CESAREAN ตามรายงานต่าง ๆ ที่ได้วางหลักเกณฑ์ในการเลือกผู้คลอด และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดก็ยังพบมดลูกแตกได้^{6,7,16,19,22,25,31} จริงอยู่มารดาส่วนมากไม่ตายจากมดลูกแตก^{6,7,16,25,31} แต่ก็อาจมีอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง^{2,17} มีไม่น้อยที่ต้องตัดเอามดลูกออก^{1,6,7} ทำให้หมดโอกาสมีบุตรอีก และที่มารดาถึงกับเสียชีวิตก็มีรายงานไว้^{12,15,19} ในด้านเด็กนั้น เด็กซึ่งเสียชีวิตจากผลของการให้คลอดเองมีปรากฏอยู่เสมอ^{6,7,16,22,27,26,31}

ในรายที่มดลูกแตกจะต้องวินิจฉัยให้ได้อย่างรวดเร็วและผ่าตัดทันที ถ้าในสถาบันที่มีผู้คลอดจำนวนมาก ห้องผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์ไม่อาจให้บริการได้ทันทั่วทั้งที่เป็นที่แน่นอนว่าจำนวนมารดาและเด็กที่เสียชีวิตจะต้องเพิ่มขึ้น

การผ่าท้องทำคลอดในปัจจุบันปลอดภัยมาก มีรายงานจากหลายสถาบันว่าไม่พบมารดาเสียชีวิตจากการผ่าท้องทำคลอดเลย และการผ่าท้องทำคลอดก็สามารถทำซ้ำได้หลาย ๆ ครั้งโดยไม่มีโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น^{5,24,28,34} ทำให้มีบุตรได้หลายคน เคยมีรายงานการผ่าท้องทำคลอดในสตรีคนเดียวกันถึง 13 ครั้งโดยปลอดภัย¹² ในกรณีที่

เกรงว่าเลือกผ่าท้องทำคลอดซ้ำก่อนเจ็บครรภ์ อาจทำให้ผ่าท้องทำคลอดเด็กก่อนกำหนด ก็อาจแก้ไขได้โดยการแนะนำให้ผู้ที่ได้รับการผ่าท้องทำคลอดจำประวัติประจำเดือนให้แม่นยำ และรีบมาฝากครรภ์เมื่อตั้งครรภ์อีก การตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอจะบอกอายุครรภ์ได้ดีขึ้น การกะเนขนาดเด็กทางหน้าท้อง การเอ็กซเรย์ดู epiphysis ของเด็ก การตรวจภายใน สิ่งเหล่านี้ประกอบกัน จะทำให้โอกาสผิดพลาดมีน้อย ประสบการณ์ของผู้เขียนเองในการเลือกผ่าท้องทำคลอดซ้ำก่อนเจ็บครรภ์มากกว่า 300 ราย²⁰ ไม่พบเด็กคลอดก่อนกำหนดเลย ในรายซึ่งไม่แน่ใจประวัติประจำเดือนหรือขนาดเด็กว่าจะโตพอหรือไม่ควรรอจนเริ่มเจ็บครรภ์จึงทำผ่าตัด

ในปัจจุบันนี้มีวิธีการใหม่ ๆ ซึ่งจะช่วยบอกถึงอายุของเด็กในครรภ์ได้แน่นอนยิ่งขึ้น เช่นการศึกษาน้ำคร่ำ^{11,14} การใช้ ultrasonography¹⁸ วิธีการเหล่านี้จะช่วยลดปัญหาการผ่าท้องทำคลอดเด็กก่อนกำหนดลงไปได้อีก

ผู้เขียนจึงยังเห็นด้วยกับ Greenhill¹², Taylor³³ และ Case² ที่จะยึดหลักปฏิบัติที่ว่า ONCE A CESAREAN, ALWAYS A CESAREAN เพราะเห็นว่าเป็นการเสี่ยงอันตรายน้อยกว่าการให้คลอดเอง ไม่ว่าจะเป็นการผ่าคลอดหรือเด็ก ยกเว้นในรายที่เจ็บครรภ์มาโรงพยาบาลเมื่อใกล้จะคลอด และผ่าท้องทำไม่ทัน

เท่านั้น จริ่งอยู่การปฏิบัติเช่นนี้จะทำให้อุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดสูงขึ้น ผู้เขียนก็เห็นว่า เป็นสิ่งสมควร ถ้าต้องการให้อุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดลดลงควรมุ่งไปในการแก้ไขข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดครั้งแรกมากกว่า เพราะข้อบ่งชี้ในการผ่าท้องทำคลอดครั้งแรกบางครั้งมีเหตุผลไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน private case ซึ่งในบางสถาบันสูงกว่า ward case ถึง 9 เท่า²¹

สรุป

ผู้เขียนเห็นว่า ONCE A CESAREAN, ALWAYS A CESAREAN ยี่คงดีเป็นหลักปฏิบัติได้ในปัจจุบันนี้ เพราะปลอดภัยคือมารดา และเด็กมากกว่าการให้คลอดเอง อุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดจะลดลงถ้าการผ่าท้องทำคลอดครั้งแรกทำเมื่อมีเหตุผลเพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

- Barkons HF : Ruptured uterus. Am J Obstet Gynecol 42 : 75-81, 41
- Case BD, Corcoran R, Jeffocate N, et al : Cesarean section and its place in modern obstetric practice. J Obstet Gynecol Br Commonw 78 : 203-14, 71
- Cassidy JJ Jr : Rupture of the pregnant uterus following classical cesarean section. Report of 3 cases. Obstet Gynecol 26 : 531-3, 65
- Caterini HR, Rubino SM, Kaminetzky HA : Amniography during subsequent pregnancy for evaluating the post-cesarean section uterine scar. Obstet Gynecol 39 : 717-20, 72
- Dillon JR, Tillis JE, Bremmer JX : A fifteen-year survey of multiple cesarean sections. AM J Obstet Gynecol 90 : 907-12, 64
- Donnelly JP, Franzoni KT : Uterine rupture, A 30-year Survey. Obstet Gynecol 23 : 774-7, 64
- Donnelly JP, Franzoni KT : Vaginal delivery following cesarean section. Obstet Gynecol 29 : 871-4, 67
- Douglas RG, Brinbaum SJ, MacDonald FA : Pregnancy and labor following cesarean section. Am J Obstet Gynecol 68 : 961-71, 63
- Durkan JP : Hysterography after cesarean section. Obstet Gynecol 24 : 836-40, 64
- Eastman NJ : Editorial Comment. Obstet Gynecol Surv 10 : 216, 55 and 12 : 68, 57
- Enlander D : Amniotic fluid indicators of fetal maturity. Obstet Gynecol 40 : 605-6, 72
- Greenhill JP : The Year-book of obstetrics and gynecology. Chigago, Year Book Medical Publishers, 1968 p 225 and 1970 p 205
- Hellman LM, Pritchard JA : Obstetrics. 14th edition. New York, Appleton-Century-Crofts 1971 p 325
- Henneman CE, Anderson GV, Tejavej A, et al : Fetal maturation and amniotic fluid. AM J Obstet Gynecol 108 : 302-7, 70
- Hindman DH : Pelvic delivery following cesarean section. Am Obstet Gynecol 55 : 273-85, 48
- Jesurun HM, Colonel L, Simpson JW : Vaginal delivery following cesarean section Am J Obstet Gynecol 75 : 401-6, 58
- Lawson JB, Ajabor LN : Ruptured cesarean scar. J Obstet Gynecol Br Commonw 75 : 1296-300, 68
- Lee BO, Major FJ, Weingole AB : Ultrasonic determination of fetal maturity at repeat cesarean section. Obstet Gynecol 38 : 294-7, 71
- Legerlotz C : Elective management of delivery after cesarean section. J Obstet Gynecol Br Commonw 76 : 92, 69
- Manotaya T : Cesarean section. To be published.
- Manotaya T, Sentrakul P : Analysis of 10,353 deliveries at Chulalongkorn Hospital. Unpublished data
- McGrarry JA : The Management of patients previously delivered by cesarean section. J Obstet Gynecol Br Commonw 76 : 137-43, 69
- McLain CR : Amniography, a versatile diagnostic procedure in obstetrics. Obstet Gynecol 23 : 45-50, 64

24. McNally HB, Fitzpatrick VP : Patients with four or more cesarean sections. JAMA 160 : 1005-10, 56
25. Meehan FP, Moolgaoker AS, Stallworthy J : Vaginal delivery under caudal analgesia after cesarean section and other major uterine surgery. Br Med J 2 : 740-2 72
26. Morewood GA, O'Sullivan MJ, McConney J : Vaginal delivery after cesarean section. Obstet Gynecol 42 : 589-95, 73
27. Pauerstein CJ : Once a section, always a trial of labor ? Obstet Gynecol 28 : 273-6, 66
28. Piver MS, Johnston RA : The safety of multiple cesarean sections. Obstet Gynecol 34 : 690-3, 69
29. Poidevin LOS : The value of hystero-graphy in the prediction of cesarean section wound defects. Am J Obstet Gynecol 81 : 67-71, 61
30. Riva HL, Teich JC : Vaginal delivery after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 81 : 501-10, 61
31. Salzmann B : Rupture of low-segment cesarean section scars. Obstet Gynecol 23 : 460-6, 64
32. Schilling H : Vaginal delivery after cesarean sections. J Obstet Gynecol Br Commonw 73 : 695, 66
33. Taylor ES : Editorial comment. Obstet Gynecol Surv 28 : 103-4, 73
34. Thein W, McSweeney DJ : Multiple repeat cesarean sections. Am J Obstet Gynecol 90 : 913-8, 64
35. Waniorek A : Hystero-graphy after cesarean section. With special reference to the effect of subsequent delivery on the hystero-graphic findings. Am J Obstet Gynecol 94 : 42-9 66
36. Wojdecki J, Grynszatajn A : Scar formation in the uterus after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 107 : 322-4, 70
37. Zilberman A, Sharf M, Polishuh WZ : Evaluation of cesarean section scar by hystero-graphy. Obstet Gynecol 32 : 153-7, 68