

สูติศาสตร์กับโรงเรียนแพทย์

ประมวล วีรุทมเสน*

สูติศาสตร์จัดเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งในสาขาวิชาทางการแพทย์ เป็นศาสตร์ที่เรียนรู้จุดเริ่มต้นของชีวิตและระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา การผลิตบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ให้เข้าใจและรู้คุณค่าของชีวิตตั้งแต่แรกเริ่มนับได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็น เพราะต้องนำหลักวิชานี้ไปปฏิบัติและประยุกต์ใช้ได้ถูกต้องและเหมาะสม โรงเรียนแพทย์และสถาบันที่เกี่ยวข้องในการผลิตบุคลากร ทางการแพทย์ จัดได้ว่าเป็นแหล่งสำคัญในการปรับปรุง พัฒนา ศาสตร์แขนงนี้ทั้งทางทฤษฎีและทักษะ ยิ่งกว่านั้นโรงเรียนแพทย์น่าจะเป็นผู้นำหรือตัวอย่างในเชิงปฏิบัติและการให้บริการที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย สามารถเป็นผู้นำและชี้แนะทางวิชาการของศาสตร์นี้ต่อสังคม จักต้องเป็นขุมกำลังที่พร้อมไปด้วยทรัพยากรในทางบริการทางวิชาการต่อสถาบันทางการแพทย์อื่น ที่จักได้นำรูปแบบและวิธีการที่ดีเพื่อไปปรับปรุงและพัฒนาวิชาอื่นอันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของชีวิตให้ดีขึ้น ปัญหาสำคัญของสูติศาสตร์แผนใหม่ที่นำจะนำมาวิเคราะห์ 3 ประการ คือ การคลอดก่อนกำหนด ทารกตายแรกเกิดและการตายของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด อาจจะกล่าวได้ว่าปัญหา 3 ประการนี้ เป็นสิ่งชี้้นำถึงการให้บริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของ

ประเทศนั้น ๆ สำหรับโรงเรียนแพทย์ปัญหา 3 ประเด็นดังกล่าวน่าจะเป็นดัชนีที่สำคัญที่สะท้อนบอกถึงความรู้ความสามารถทั้งทางวิชาการและการฝึกอบรม ตลอดจนประสิทธิภาพในการให้บริการ และการปฏิบัติของสถาบันนั้น ๆ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญประการแรกของสตรีผู้ตั้งครรภ์และวิชาสูติศาสตร์มีปัจจัยสำคัญและเงื่อนไขหลายประการที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้ ได้แก่ ปัญหาของสตรีผู้ตั้งครรภ์เองที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม บทพร่องในการให้บริการหรือขาดความรู้และทักษะในการดูแลสตรีผู้ตั้งครรภ์ ซึ่งจะเป็นผลโดยตรงต่อการเพิ่มอัตราการตายของทารกแรกคลอด^(1,2,3,4,5) สาเหตุการตายของทารกแรกเกิด นอกจากน้ำหนักแรกเกิดน้อย ยังเกี่ยวข้องกับการให้บริการ การวินิจฉัยและการรักษา พยาธิสภาพ ที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคของระบบไหลเวียนเลือด รูปร่างผิดปกติและติดเชื้อ^(1, 6) นับว่าเป็นการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพร่างกายและจิตใจ แม้ว่าจะได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีสมัยใหม่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ในบางกรณี เพื่อหยุดยั้งการบีบตัวของมดลูกมีส่วนช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้⁽⁴⁾ ดังจะเห็นได้ว่าบางสถาบันทางการแพทย์สามารถลด

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อัตราการตายของทารกจาก 15-20 ต่อ 1000 เหลือเพียง 6-8 ต่อทารกแรกคลอดที่มีชีวิต 1000 ราย^(1, 7, 8) อย่างไรก็ตามความรู้ความสามารถ ตลอดจนเทคโนโลยีสมัยใหม่จะไม่สามารถถ่ายทอดไปยังสถานบริการทางการแพทย์ได้ทั่วประเทศ โดยเฉพาะภายใต้เงื่อนไขทางเศรษฐกิจอย่างปัจจุบัน การแก้ไขด้วยการระบบส่งต่อระหว่างสถานบริการ การให้ผู้ตั้งครรภ์ทราบข้อมูลอันตรายบางประการที่ผู้ตั้งครรภ์ควรรู้ สิ่งเหล่านี้ควรจะได้มีการศึกษาและพัฒนากระทำเป็นรูปแบบในโรงเรียนแพทย์ที่มีความพร้อมก่อนที่จะนำผลผลิตไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม อันอาจจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำไปแก้ไขปัญหาทางสาธารณสุข

ปัญหาการตายของทารกก่อนคลอดหรือตายแรกคลอด เป็นปัญหาผูกพันถึงสตรีผู้ตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ ตลอดจนการดูแลการเจ็บครรภ์คลอด ได้มีวิธีการหลายอย่างที่นำมาใช้ทางการแพทย์ได้แก่วิธีการทางชีวเคมี ชีวฟิสิกส์ ชีวอิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนการใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่สูง เพื่อเป็นสิ่งที่ชี้แนะและแนวทางการวินิจฉัยสุขภาพของทารก แต่สิ่งดังกล่าวจะมีการนำมาใช้ในขอบเขตจำกัดในบางสถาบัน และบางกรณีผู้นำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้เกินขอบเขตของความจำเป็น ทำให้แพทย์สมัยปัจจุบันต้องการวินิจฉัยในเชิงรยบยอดหรือเชิงสูตรสำเร็จรูปมากกว่าใช้ศิลปะวิชาชีพของแพทย์โดยใช้อาการทางคลินิกเป็นเครื่องชี้แนะ ความร่วมมือของผู้ตั้งครรภ์ เช่น การนับจำนวนทารกดิ้น กับการตรวจสอบทางคลินิกอาจเป็นวิธีการที่น่าจะได้นำมาประยุกต์ใช้โดยทั่วไป⁽⁹⁾ หากได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจระหว่างผู้ตั้งครรภ์และผู้ให้บริการแล้ว จะช่วยลดอัตราการตายคลอดได้วิธีหนึ่ง ปัจจุบันบางประการที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องของการตายทารกแรกคลอดกับการฝากครรภ์ เช่น อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ ยังไม่มีการทำศึกษาและ

วิจัยเพื่อหาความเหมาะสมของปัจจัยดังกล่าว อย่างไรก็ตาม จากสถิติของบางสถาบันแสดงให้เห็นว่า การฝากครรภ์ 10 ครั้ง กับฝากเพียง 4 ครั้ง มิได้ทำให้อัตราการตายแรกคลอดแตกต่างกัน^(10, 7) อย่างไรก็ตามน่าจะมียปัจจัยสำคัญประการอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย การดูแลการเจ็บครรภ์คลอด การใช้สูติศาสตร์หัตถการ มีแนวโน้มไปในการผ่าท้องทำคลอดมากกว่าใช้ศิลปะทางสูติศาสตร์แบบเดิม โดยเน้นถึงความสำคัญของการมากกว่ามารดา จะเห็นว่าอัตราการผ่าท้องทำคลอดจะเพิ่มขึ้น^(8, 11) การคลอดทำกันทางช่องคลอดมีจำนวนน้อยลง ทำให้ศิลปะและครูแพทย์ที่มีความชำนาญด้วยวิชาดังกล่าวมีจำนวนจำกัดทั้งปริมาณและทักษะ ทั้งนี้เพราะขาดสูติแพทย์สมัยใหม่ที่มีความสามารถดังกล่าวทดแทน เนื่องด้วยด้อยทั้งประสบการณ์และความมั่นใจ ศิลปะดังกล่าวอาจจะกลายเป็นเพียงประวัติศาสตร์ในเร็ว ๆ นี้

การลดอัตราเพิ่มประชากรโดยโครงการวางแผนครอบครัวของชาติมีส่วนเอื้ออำนวยทางอ้อมในการลดอัตราการตายของมารดาในการตั้งครรภ์และการคลอด อัตราการตายของมารดาในสถานบริการทางการแพทย์ลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งในบางสถาบันอัตราตายของมารดาลดจาก 100 หรือมากกว่าเหลือเพียง 20-30 ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 100,000 คน^(7, 8) ถ้าเป็นข้อมูลรวมทั้งประเทศจะมีอัตราการตายของมารดาตามากกว่านี้ ได้มีข้อเสนอใช้อัตราตายของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ (Reproductive mortality) แทน หมายถึงการตายของสตรีที่อายุระหว่าง 15-44 ปี ซึ่งอาจจะถึงแก่กรรมร่วมกับการตั้งครรภ์ การคลอดหรือการคุมกำเนิดด้วยในสังคมที่พัฒนาแล้วอัตราการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์จะลดลงเหลือ 1 ต่อ 100,000 ของทารกมีชีพ^(12, 13) การให้ความรู้กับประชาชน การ

ป้องกัน การให้บริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ประสมประสานกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ น่าจะเป็นปัจจัยส่วนที่สำคัญในการลดอัตราตายของมารดา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาทางสูติศาสตร์ อาจสรุปได้ว่า การคลอดก่อนกำหนด ปัญหาการตายของทารกแรกเกิด และสาเหตุการตายของมารดา น่าจะเป็นปัญหาหลักของสูติศาสตร์ และ

เป็นปัญหาที่ท้าทายต่อสูติศาสตร์สมัยใหม่ที่โรงเรียนแพทย์ หรือสถาบันทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องที่จะต้องทำการศึกษาวิจัย และพัฒนา เพื่อเป็นรูปแบบและชี้แนะในการแก้ปัญหาดังกล่าว อันเป็นทางนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของชีวิตให้ดีขึ้น ทั้งเป็นการลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของสุขภาพร่างกาย และจิตใจของสตรีผู้ตั้งครรภ์

อ้างอิง

1. สุนทร ฮ่อเผ่าพันธ์, ยุพิน ธนะโสภณ, ยุพา พัวพันธ์, การตายของทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลเด็กในปี 2525. วารสารสมาคมกุมารแพทย์ 2527 มีนาคม; 23 (1) : 89-98
2. ประพุทธ ศิริบุญย์, อนันต์ เตชะเวช, เขียวลักษณะ บุญประสาธ. อัตราตายของทารกแรกเกิดระยะต้นที่โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างปี พ.ศ. 2512-2521
3. เพ็ญศรี กังคานนท์, สิริริน เตาดานนท์, Perinatal mortality and early neonatal mortality. ของวชิรพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2520-2524. วชิรพยาบาล 2526 มกราคม; 27 (1) : 1-16
4. สุรีย์พร บุญจง, บุญผา สมานชาติ. Perinatal mortality ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ปี 2520-2522. แพทยสารทหารอากาศ 2524 กรกฎาคม; 27 (3) : 151-158
5. สมหมาย อุงสุวรรณ, ทวีพงษ์ สุวรรณโคต. การตายระยะเพรีเนตัลของทารกในโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2522. จดหมายเหตุทางการแพทย์ 2526 กุมภาพันธ์; 62(2) : 93-98
6. ชัชวาล ธรรมภรณ์พิลาศ, เสาวณีย์ เย็นฤดี. สาเหตุการตายของทารกแรกคลอด การวิเคราะห์ผล การตรวจศพทารกแรกคลอด 760 ราย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร ฉบับพิเศษ 2527; 28 : S - 37
7. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สถิติของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา 2516-2526 (ยึดสำเนา)
8. Sirivongs B. Chaturachinda K, O-Prasertswat P. Obstetric audit : a 12 years review of obstetric practice in Ramathibodi Hospital, J Med Assoc Thai 1984 Jan; 67 (1) : 4-14
9. Sadovsky S, Ohel G, Havazeleth H. The definition and the Significance of Decreased fetal movement. Acta Obstet Gynecol Scand 1983; 62: 409
10. Korenbrot CC, Aalto LH, Laros RK., Jr. The cost effectiveness of stopping preterm labour with Beta-adrenergic treatment. N Engl J Med 1984 Mar 15; 310(11) : 691
11. Anderson GM, Lomas J. Determinants of the increasing cesarean birth rate: Ontario data 1979 to 1982. N Eng J Med 1984 Oct 4; 311 (14): 887-892
12. Sachs BP, Masterson T, Jewet JF, Guber B. Reproductive mortality in Massachusetts in 1981. N Eng J Med 1984 Sep 6; 311 (10) : 667-670
13. Beral V. Reproductive mortality. Br Med J 1979 Sep 15; 2 (6191) : 632-634