

Cesarean Section Rate According to Robson's Classification

Abstract

Nitiporn Yukaew, M.D.*

The CS rate in Thailand was higher than Southeast Asia and higher than stipulated WHO (15%). This retrospective analytic study aimed to analyze CS rate and common indications of CS according to Robson's ten group classification system. The study was conducted in pregnant women, who delivered at Saraburi Hospital, 2016. Cases of fetal anomaly or intrauterine fetal death were excluded. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation. The data were compared among CS group and vaginal delivery group by exact probability and student t test with statistical significant level at 0.05. Data were collected out of 4,227 pregnant women. It was found that the CS rate was 48%, the major indication of CS was previous CS. CS rate contributed highest in women with previous CS (Group 5) at 16.2%. The CS rate among various group in women with abnormal lie (Group 9) was 100%, women with previous CS (Group 5) 96.8%, and nulliparous women, induced or CS before labor (Group 2) 94.6%. Furthermore, review of definition of failed induction and CPD, encouraging vaginal birth after cesarean section and vaginal delivery in nulliparous who no indication for CS may lower CS rate.

Keywords: Cesarean section, pregnant woman, Robson's classification

*Department of Obstetrics and Gynecology, Saraburi Hospital, Saraburi Province

อัตราผ่าคลอดตามระบบร็อบสัน

บทคัดย่อ

นิติพร อยู่แก้ว, พ.บ.*

อัตราผ่าคลอดในประเทศไทยสูงกว่าภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (ร้อยละ 15) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์อัตราผ่าคลอดและข้อบ่งชี้ในการผ่าคลอดที่แบ่งกลุ่มตามระบบร็อบสัน ศึกษาข้อมูลย้อนหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสระบุรี ในปี พ.ศ. 2559 ยกเว้นผู้ที่ทารกในครรภ์ผิดปกติหรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มผ่าคลอดและกลุ่มคลอดทางช่องคลอดด้วยสถิติ exact probability และสถิติ student t กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบผู้มาคลอด 4,227 ราย อัตราผ่าคลอดร้อยละ 48 ข้อบ่งชี้ในการผ่าคลอดอันดับแรกคือเคยผ่าคลอดมา

ก่อน พบอัตราผ่าคลอดสูงสุดในกลุ่มที่เคยมีแผลผ่าตัดที่มดลูก (กลุ่มที่ 5) ร้อยละ 16.2 โดยพบอัตราผ่าคลอดรายกลุ่มในกลุ่มที่ทำทารกแนวขวางหรือเฉียง (กลุ่มที่ 9) ร้อยละ 100 กลุ่มที่เคยมีแผลผ่าตัดที่มดลูก (กลุ่มที่ 5) ร้อยละ 96.8 และกลุ่มครรภ์แรกที่ได้รับการชักนำให้เจ็บครรภ์หรือผ่าคลอดโดยไม่เจ็บครรภ์ (กลุ่มที่ 2) ร้อยละ 94.6 การทบทวนการวินิจฉัย การชักนำการคลอดล้มเหลว ภาวะขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานและการส่งเสริมการคลอดทางช่องคลอดทั้งในกรณีที่เคยผ่าคลอดหรือในครรภ์แรกที่ไม่มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดน่าจะลดอัตราผ่าคลอดได้

คำสำคัญ: ผ่าตัดคลอด, หญิงตั้งครรภ์, ระบบร็อบสัน

*กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

บทนำ

การคลอดคือปรากฏการณ์ตามธรรมชาติเพื่อขับทารก รก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกมารดาสู่ภายนอก⁽¹⁾ การผ่าคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section) คือ การผ่าตัดเพื่อคลอดทารกผ่านรอยผ่าที่หน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูก⁽²⁾ การผ่าคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีช่วยเหลือมารดาและทารกในครรภ์เมื่อเกิดภาวะวิกฤตโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในด้านมารดาและทารก⁽²⁻⁴⁾ การผ่าคลอดที่ไม่จำเป็นเพิ่มผลเสียและภาวะแทรกซ้อนแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกทั้งในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น รวมถึงเพิ่มโอกาสเกิดภาวะรกเกาะต่ำ รกเกาะติด กล้ามเนื้อมดลูก และมดลูกแตกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป^(2,5) นอกจากนี้หญิงหลังคลอดปกติมีคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านทารก ด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกาย ดีกว่าการเลือกผ่าคลอดและการผ่าคลอดฉุกเฉิน⁽⁶⁾ อีกทั้งการผ่าคลอดยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการคลอด

ปัจจุบันอัตราผ่าคลอดของหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้นทั่วโลก⁽⁷⁻⁸⁾ สาเหตุที่การผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเนื่องจาก 1) เหตุผลทางสุติกรรม 2) ความต้องการผ่าคลอดของมารดาเพิ่มขึ้นจากความกลัวเจ็บ กลัวทารกมีปัญหา กลัวช่องคลอดฉีกขาด คำนึงถึงความสะดวกและถ่วงยาม 3) ปัญหาการฟ้องร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับทิวาเวชปฏิบัติ 4) การบริหารเวลาของ

แพทย์⁽³⁾ จากการศึกษาใน 150 ประเทศช่วงปี พ.ศ. 2533-2557 พบอัตราผ่าคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 คือเพิ่มจากร้อยละ 6.7 ใน ปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 19.1 ใน ปี พ.ศ. 2557 โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปีนอกจากนี้ใน ปี พ.ศ. 2557 ลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราผ่าคลอดสูงสุดคือร้อยละ 40.5 ส่วนเอเชียเป็นอันดับที่ห้าคือ ร้อยละ 19.2 โดยเอเชียมีอัตราผ่าคลอดรวมเพิ่มขึ้นเป็นอันดับสองของโลก คือ ร้อยละ 15.1 และมีอัตราการเพิ่มของการผ่าคลอดเฉลี่ยต่อปีสูงสุดคือร้อยละ 6.4 ต่อปี สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปี⁽⁷⁾

อัตราผ่าคลอดในประเทศไทยร้อยละ 14.8 ใน ปี พ.ศ. 2533 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.7 ใน ปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ใน ปี พ.ศ. 2557⁽⁶⁾ จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสระบุรีพบว่าอัตราผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.1 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 47.1 ในปี พ.ศ. 2557 งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ห้อตราผ่าตัดคลอดและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดที่จัดแบ่งกลุ่มตามระบบร็อบสัน (Robson's ten group classification) ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางลดอัตราผ่าคลอดในอนาคตทั้งนี้

Robson's classification จัดแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ตามลักษณะทางสุติกรรม ได้แก่ จำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างเองและได้ทดลองใช้แล้วว่่าบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุดัชนีแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลที่เป็นข้อมูลแจกนั้บระหว่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Exact Probability เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลระหว่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Student t กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำให้วิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสระบุรี หนังสือรับรองเลขที่ EC 110 ลงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2560



ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาที่ศึกษา (วันที่ 1 มกราคมถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559) หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสระบุรีที่มีข้อมูลที่ต้องการศึกษาครบถ้วน ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์ผิดปกติ (fetal anomaly) หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์มีจำนวน 4,227 ราย คลอดโดยการผ่าคลอด 2,029 ราย (ร้อยละ 48) และคลอดทางช่องคลอด 2,198 ราย (ร้อยละ 52) ตามรูปที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโดยการผ่าคลอดและคลอดทางช่องคลอดมีอายุเฉลี่ย 29.1 และ 26.5 ปีตามลำดับ ($p < 0.001$) อายุ 35 ปีขึ้นไป 426 ราย (ร้อยละ 21) และ 282 ราย (ร้อยละ 12.8) ตามลำดับ ($p < 0.001$) ตั้งครรภ์ครั้งแรก 776 ราย (ร้อยละ 38.2) และ 792 ราย

(ร้อยละ 36.0) ตามลำดับ ($p < 0.001$) ตั้งครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป 138 ราย (ร้อยละ 6.8) และ 221 ราย (ร้อยละ 10.1) ตามลำดับ ($p < 0.001$) เคยคลอด 3 ครั้งขึ้นไป 57 ราย (ร้อยละ 2.8) และ 127 ราย (ร้อยละ 5.8) ตามลำดับ ($p < 0.001$) อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ 1,862 ราย (ร้อยละ 91.8) และ 1,901 ราย (ร้อยละ 86.5) ตามลำดับ ($p < 0.001$) น้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม 155 ราย (ร้อยละ 7.6) และ 258 ราย (ร้อยละ 11.7) ตามลำดับ ($p < 0.001$) น้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิด 2,500-4,000 กรัม 1,806 ราย (ร้อยละ 89.0) และ 1,908 ราย (ร้อยละ 86.8) ตามลำดับ ($p < 0.001$) ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสูติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มผ่าตัดคลอดและคลอดทางช่องคลอด

ข้อมูลส่วนบุคคล & ด้านสูติกรรม		จำนวนหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ)		p-value
		ผ่าตัดคลอด (n = 2,029)	คลอดทางช่องคลอด (n = 2,198)	
อายุ (ปี)	<20	135 (6.6)	327 (14.9)	<0.001 ^a
	20-34	1,468 (72.4)	1,589 (72.3)	
	≥35	426 (21.0)	282 (12.8)	<0.001 ^b
	อายุเฉลี่ย±SD	29.1 ± 6.2	26.5 ± 6.4	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	1	776 (38.3)	792 (36.0)	<0.001 ^a
	2	784 (38.6)	750 (34.1)	
	3	331 (16.3)	435 (19.8)	
	≥4	138 (6.8)	221 (10.1)	
จำนวนครั้งของการคลอด	0	891 (43.9)	912 (41.5)	<0.001 ^a
	1	833 (41.1)	791 (36.0)	
	2	248 (12.2)	368 (16.7)	
	≥3	57 (2.8)	127 (5.8)	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	<37	158 (7.8)	290 (13.2)	<0.001 ^a
	37-41	1,862 (91.8)	1,901 (86.5)	
	≥42	9 (0.4)	7 (0.3)	

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสูติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มผ่าตัดคลอดและคลอดทางช่องคลอด (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล & ด้านสูติกรรม		จำนวนหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ)				p-value
		ผ่าตัดคลอด (n = 2,029)		คลอดทางช่องคลอด (n = 2,198)		
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	<2,500	155	(7.6)	258	(11.7)	<0.001a
	2,500-4,000	1,806	(89.0)	1,908	(86.8)	
	>4,000	68	(3.4)	32	(1.5)	
	น้ำหนักเฉลี่ย±SD	3,123.1 ± 496.3		2,992.8 ± 503.1		

^aExact Probability Test^bStudent t Test

ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมด 4,227 ราย พบว่าเป็นกลุ่มครรภ์หลัง ครรภ์เดียว อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดเอง (กลุ่มที่ 3) ร้อยละ 32.3 เป็นกลุ่มครรภ์แรก ครรภ์เดียว อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดเอง (กลุ่มที่ 1) ร้อยละ 22.5 และกลุ่มครรภ์หลัง ครรภ์เดียว มีแผลผ่าตัดที่มดลูก อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป (กลุ่มที่ 5) ร้อยละ 16.8 (ดูรายละเอียดในตาราง 2) อัตราการผ่าตัดคลอดต่อจำนวนทั้งหมดในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีแผลผ่าตัดที่มดลูก (กลุ่มที่ 5) ร้อยละ 16.2 กลุ่มครรภ์แรก ครรภ์เดียว อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และได้

ชักนำให้เจ็บครรภ์หรือผ่าตัดคลอดโดยไม่เจ็บครรภ์ (กลุ่มที่ 2) ร้อยละ 7.5 และกลุ่มครรภ์แรก ครรภ์เดียว อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดเอง (กลุ่มที่ 1) ร้อยละ 7.1 (ดูรายละเอียดในตาราง 2) ส่วนอัตราการผ่าตัดคลอดต่อจำนวนการคลอดแต่ละกลุ่มในกลุ่มครรภ์เดียว ทำทารกเป็นแนวขวางหรือแนวเฉียง (กลุ่มที่ 9) ร้อยละ 100 กลุ่มที่เคยมีแผลผ่าตัดที่มดลูกร้อยละ 96.8 (กลุ่มที่ 5) และกลุ่มครรภ์แรก อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป (กลุ่มที่ 2) ร้อยละ 94.6 ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 อัตราผ่าคลอดจำแนกตามระบบ Robson's Classification (n = 4,227)

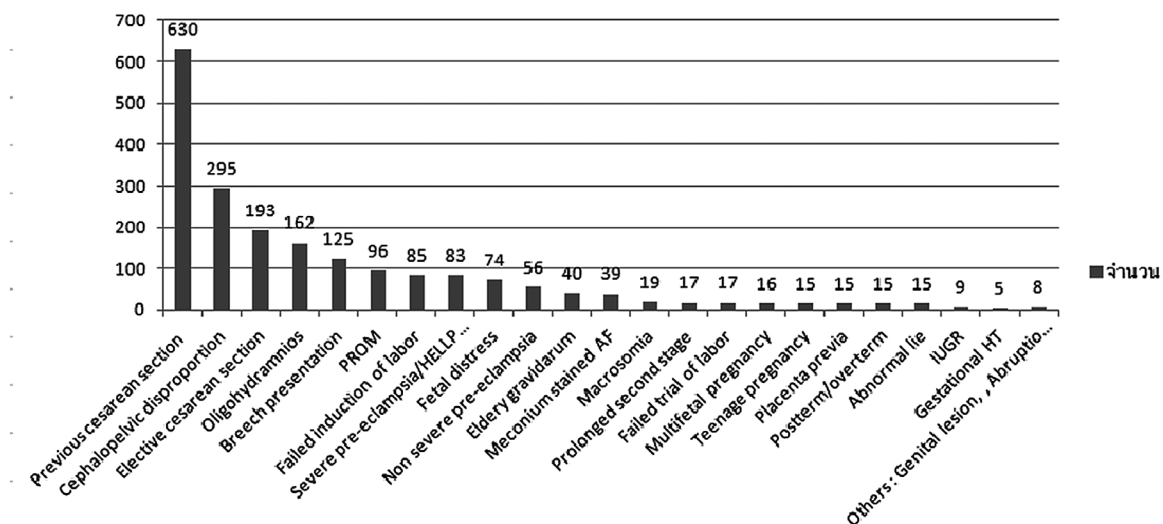
Group Robson's Ten Groups Classification		จำนวนหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ)		ร้อยละของจำนวนผ่าคลอดต่อจำนวนผ่าคลอดทั้งหมด
		แต่ละกลุ่มต่อจำนวนทั้งหมด	จำนวนผ่าคลอดต่อจำนวนคลอดแต่ละกลุ่ม	
1	Nulliparous, single cephalic, ≥37 weeks in spontaneous labor	952 (22.5)	298 (31.3)	7.1
2	Nulliparous (excluding previous uterine scar), single cephalic, ≥37 weeks	323 (7.9)	315 (94.6)	7.5
	- Induction of labor	112	94 (83.9)	
	- CS before labor	221	221(100.0)	

ตาราง 2 อัตราผ่าคลอดจำแนกตามระบบ Robson's Classification (n = 4,227) (ต่อ)

Group Robson's Ten Groups Classification	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ)		ร้อยละของจำนวนผ่าคลอดต่อจำนวนผ่าคลอดทั้งหมด
	แต่ละกลุ่มต่อจำนวนทั้งหมด	จำนวนผ่าคลอดต่อจำนวนคลอดแต่ละกลุ่ม	
3 Multiparous (excluding previous uterine scar), single cephalic, ≥ 37 weeks in spontaneous labor	1,366 (32.3)	183 (13.4)	4.3
4 Multiparous (excluding previous uterine scar), single cephalic, ≥ 37 weeks	283 (6.7)	259 (91.5)	6.1
- Induction of labor	78	54 (69.2)	
- CS before labor	205	205 (100.0)	
5 All multiparous, previous uterine scar, single cephalic pregnancy, ≥ 37 weeks	709 (16.8)	689 (96.8)	16.2
6 All nulliparous, single breech pregnancy	47 (1.1)	44 (93.6)	1.0
7 All multiparous, single breech pregnancy (including previous uterine scars)	94 (2.2)	83 (88.3)	2.0
8 All multiple pregnancies (including previous uterine scars)	36 (0.9)	25 (69.4)	0.6
9 All women, single, transverse or oblique lie (including previous uterine scars)	12 (0.3)	12 (100.0)	0.3
10 All women, single cephalic, < 37 weeks (including previous uterine scars)	395 (9.4)	124 (31.4)	2.9

สำหรับข้อบ่งชี้ของการผ่าคลอดสามอันดับแรก ได้แก่ มีประวัติผ่าคลอด (Previous CS) 630 ราย ภาวะขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับอุ้งเชิงกราน (cephalopelvic disproportion: CPD) 295 ราย

และผ่าคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (elective CS) 193 รายตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบอัตราผ่าคลอดของโรงพยาบาลสระบุรีในปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 48 ขณะที่ข้อมูลจากสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีพบอัตราผ่าคลอดของจังหวัดสระบุรีในช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ 35.9 (จำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด 7,357 ราย ผ่าตัดคลอด 2,641 ราย) นั่นคืออัตราผ่าคลอดในโรงพยาบาลสระบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสูงกว่าอัตราผ่าคลอดทั้งจังหวัด ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในจังหวัดเพื่อการดูแลเฉพาะทาง สูติกรรมในโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทาง

ส่วนข้อบ่งชี้ของการผ่าคลอด 3 อันดับแรกของการศึกษานี้ ได้แก่ เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน, ภาวะขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับเชิงกราน และผ่าคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่นเดียวกับผลการศึกษาข้อบ่งชี้ของการผ่าคลอด ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548⁽¹⁰⁾ แสดงว่าอัตราการผ่าคลอดบุตรที่เพิ่มขึ้นมีผลจากการเคยผ่าคลอดมาก่อนซึ่งการผ่าคลอดนั้นอาจกระทำ

ตามการร้องขอของหญิงตั้งครรภ์ หรือผ่าคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจน

ในหญิงตั้งครรภ์แรก ส่วนน้ำหนักเป็นศีรษะในกลุ่มที่ 1 (952 ราย) และกลุ่มที่ 2 (333 ราย) ตามการจำแนกกลุ่มตามระบบ Robson's Classification รวมจำนวน 1,285 ราย (ร้อยละ 30.3) โดยสัดส่วนระหว่างกลุ่มที่ 1 กับกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 2.9 ต่อ 1 แสดงว่าได้ชักนำให้เจ็บครรภ์หรือผ่าตัดคลอดโดยไม่เจ็บครรภ์น้อยกว่าเจ็บครรภ์เอง แต่มีอัตราการผ่าคลอดในกลุ่มที่ 2 สูงถึงร้อยละ 94.6 โดยเป็นการผ่าคลอดหลังได้รับการชักนำให้เจ็บครรภ์ ร้อยละ 83.9 (94/112) เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นที่พบว่าสัดส่วนกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2⁽¹¹⁻¹⁴⁾ และมีอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ 2 มากกว่ากลุ่มที่ 1 เช่นเดียวกัน^(11,13,14) แต่อัตราการผ่าตัดคลอดในการศึกษาอื่นน้อยกว่าการศึกษานี้โดยพบอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 8.0-33.0⁽¹¹⁻¹⁴⁾

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่สองขึ้นไปและส่วนน้ำหนักเป็นท่าศีรษะในกลุ่มที่ 3 (1,366 ราย) และกลุ่มที่ 4 (283 ราย) มีจำนวน 1,649 ราย (ร้อยละ 39.0) โดยสัดส่วนระหว่างกลุ่มที่ 3 กับกลุ่มที่ 4 เท่ากับ 4.8

ต่อ 1 แสดงว่าได้ชักนำให้เจ็บครรภ์หรือผ่าคลอดโดยไม่เจ็บครรภ์น้อยกว่าเจ็บครรภ์เองและน้อยกว่าในการตั้งครรภ์แรก กลุ่มตั้งครรภ์แรกมีอัตราผ่าคลอดในกลุ่มที่ 4 สูงถึงร้อยละ 91.5 โดยเป็นการผ่าคลอดหลังได้รับการชักนำให้เจ็บครรภ์ร้อยละ 69.2 (54/78) เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นที่พบว่าสัดส่วนกลุ่มที่ 3 มากกว่ากลุ่มที่ 1⁽¹¹⁻¹⁴⁾ และมีอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ 4 มากกว่ากลุ่มที่ 3 เช่นเดียวกัน⁽¹¹⁻¹⁴⁾ แต่อัตราการผ่าตัดคลอดในการศึกษาอื่นน้อยกว่าการศึกษานี้โดยพบอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ 4 ร้อยละ 12.0-61.0⁽¹¹⁻¹⁴⁾

กลุ่มที่ 5 หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีแผลผ่าตัดที่มดลูกมีจำนวน 709 ราย (ร้อยละ 16.8) สูงกว่าการศึกษาอื่นในต่างประเทศ ซึ่งควรน้อยกว่าร้อยละ 10⁽¹¹⁻¹⁴⁾ ทั้งนี้ในทางปฏิบัติเมื่อครรภ์ครั้งที่ผ่านมาได้ผ่าคลอดแล้วการคลอดของครรภ์ปัจจุบันนิยมผ่าคลอดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก เช่น มดลูกแตก ยกเว้นในสถานที่ที่มีความพร้อมของแพทย์และทรัพยากร ผู้ดูแลสามารถแนะนำการคลอดทางช่องคลอดในครรภ์ปัจจุบันได้ ซึ่งจากข้อมูลการศึกษารังนี้พบการคลอดทางช่องคลอด (vaginal birth after cesarean: VBAC) ในกลุ่มนี้เพียงร้อยละ 2.8 (20/709) น้อยกว่าการศึกษาอื่นในต่างประเทศซึ่งพบ VBAC ร้อยละ 10-40⁽¹¹⁻¹³⁾ ส่วนการผ่าคลอดในกลุ่มนี้พบร้อยละ 96.8

กลุ่มที่ 6 และ 7 คือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีส่วนนำทารกเป็นท่าก้นพบร้อยละ 3.3 เช่นเดียวกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่พบส่วนนำทารกท่าก้นร้อยละ 3-4⁽¹¹⁻¹³⁾ โดยผลการศึกษาพบอัตราการผ่าคลอดกรณีส่วนนำทารกเป็นท่าก้นสูงถึงร้อยละ 93.6 ในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกและร้อยละ 88.3 ในหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่สองขึ้นไป เนื่องจากในปัจจุบันการทำคลอดทางช่องคลอดในกรณีส่วนนำทารกท่าก้นน้อยลงเพื่อลดความเสี่ยงของปัญหาภาวะ

แทรกซ้อนของทารก หรืออาจเนื่องจากผู้ทำคลอดมีประสบการณ์ในการทำคลอดท่าก้นทางช่องคลอดน้อยจึงตัดสินใจเลือกการผ่าคลอดมากขึ้น⁽³⁾

กลุ่มที่ 8 หญิงตั้งครรภ์แฝดในการศึกษานี้พบร้อยละ 0.9 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาอื่นๆ⁽¹²⁻¹³⁾ โดยมีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 69.4 ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นในต่างประเทศ⁽¹¹⁻¹³⁾ ซึ่งครรภ์แฝดไม่ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทุกราย ดังนั้นแนวทางลดการผ่าตัดคลอดในกลุ่มนี้ คือการฝึกประสบการณ์ของแพทย์ในการทำคลอดครรภ์แฝดทางช่องคลอดในรายที่ไม่มีข้อบ่งห้ามและการส่งเสริมการคลอดทางช่องคลอดแก่หญิงที่ตั้งครรภ์แฝด ส่วนกลุ่มที่ 9 หญิงตั้งครรภ์ที่ทำทารกเป็นแนวขวางหรือแนวเฉียงพบเพียงร้อยละ 0.3 และได้รับการผ่าคลอดทุกรายเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ^(11,13) ขณะที่กลุ่มที่ 10 หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์พบอัตราการผ่าคลอดร้อยละ 31.4 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์คือไม่ควรเกินร้อยละ 10 แต่อย่างไรก็ตามอัตราการผ่าคลอดกลุ่มนี้ต่ำกว่าในประเทศอินเดียและโอมานซึ่งพบร้อยละ 32.9 และร้อยละ 80.89 ตามลำดับ⁽¹¹⁻¹²⁾

สรุป

อัตราผ่าคลอดที่โรงพยาบาลสระบุรีในปี พ.ศ. 2559 สูงกว่าอัตราผ่าคลอดของทั้งจังหวัดเมื่อวิเคราะห์ตามระบบรื้อบสันพบว่า การลดอัตราการผ่าคลอดควรเน้นในกลุ่มที่เคยมีแผลผ่าตัดมดลูก และกลุ่มที่ได้รับการชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด รวมถึงกลุ่มที่ผ่าคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยทบทวนการวินิจฉัย การชักนำการคลอดล้มเหลว และภาวะขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับเชิงกราน รวมทั้งส่งเสริมการคลอดทางช่องคลอดทั้งในกรณีที่เคยผ่าคลอดหรือในครรภ์แรกที่ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการผ่าคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี
หัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวชกรรม แพทย์ พยาบาล

และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนที่เอื้อเฟื้อในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล ให้คำปรึกษา พร้อมทั้ง
อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. การเจ็บท้องคลอด และการคลอด [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://Kanjnapisek.or.th/>
2. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูติรีเวชแห่งประเทศไทย. ความรู้เรื่องการผ่าท้อง ทำคลอดสำหรับประชาชนทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtcog.or.th/>
3. ชีระ ทองสง. Cesarean section rate: How to control [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medicine.cmu.ac.th/>
4. ชีระ สีนเดชารักษ์, สิริอร ศักดาบุญเดช, เกตน์สิริ กอบกิจไพศาลสุข. การผ่าคลอด: การคลอดที่เราควรเลือกจริงหรือ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://doc.qa.tu.ac.th/>
5. วราลักษณ์ ยมะสมิต. การผ่าตัดคลอดบุตรตามการร้องขอของหญิงตั้งครรภ์. ใน: วรพงศ์ ภู่งศ์, บรรณาธิการ. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี; 2555. หน้า 229-34.
6. มนัสชนก มณีอินทร์. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24:648-58.
7. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in Caesarean section rate: Global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoS ONE 2016;Feb 5;11(2):e0148343.
8. World Health Organization. WHO statement on Caesarean section rates [Internet]. 2015 [cited 2017 May 16]. Available from : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
9. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry survey. Lancet Glob Health 2015;3(5):e260-70.
10. Chanthasenont A, Nanthakomon T, Kamudhamas A. Indications for Cesarean section at Thammasat University Hospital. J Med Assoc Thai 2007;90(9):1733-7.
11. Dhodapkar SB, Bhairavi S, Daniel M, Chauhan NS, Chauhan RC. Analysis of caesarean sections according to Robson's ten group classification system at a tertiary care teaching hospital in South India. Int J Reprod Contracep Obstet Gynecol 2015;4(3):745-9
12. Kazmi T, Saiseema S, Khan S. Analysis of Caesarean section rate-According to Robson's 10-group classification. Oman Med J 2012;27(5):415-7.

13. Tanaka K, Mahomed K. The ten-group Robson classification: A single centre approach identifying strategies to optimise Caesarean section rates. *Obstet Gynecol Internat* 2017. Article ID 5648938, 5 pages.
14. Prameela RC, Farha A, Bhanumati PM, Prajwal S. Analysis of Caesarean section rate in a tertiary hospital-According to Robson's 10-group classification system (TGCS). *J Dent Med Sci* 2015;14(2):46-9.