

อัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ ROBSON ของโรงพยาบาลแม่สาย

สันติธีร์ ทิยะระ พ.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : อัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้มีการใช้ระบบ Robson จำแนกเพื่อหาอัตราการผ่าตัดคลอดและเปรียบเทียบการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ 10 กลุ่ม เพื่อหาอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นกันอย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่มียางงานการใช้อัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ Robson ของโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ดังนั้น จึงทำการศึกษาเพื่อหาอัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ Robson เพื่อเป็นแนวทางในการลดอัตราการผ่าตัดคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาอัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ Robson ของโรงพยาบาลแม่สาย

วิธีการศึกษา : การศึกษาแบบภาคตัดขวางของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2561 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2563 และหาอัตราการผ่าตัดคลอดในแต่ละกลุ่มตามระบบ Robson

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดจำนวนทั้งสิ้น 2,005 ราย เมื่อจำแนกหญิงตั้งครรภ์ตามระบบ Robson พบว่า ร้อยละ 42 เป็นหญิงตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด (กลุ่ม 3) มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ (กลุ่ม 1) พบร้อยละ 38.65 หญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอด 406 ราย อัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 20.25 พบการผ่าตัดคลอดมากที่สุดในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอด 1 ครั้ง (กลุ่ม 5.1) ร้อยละ 31.28 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด รองลงมา กลุ่ม 1 ร้อยละ 26.35 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด

สรุปและข้อเสนอแนะ : หญิงตั้งครรภ์หลังทุกคนที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง (กลุ่ม 5) มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดมากซึ่งเป็นผลมาจากการผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่มีจำนวนมากขึ้น ดังนั้น การลดการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาล คือ การลดการผ่าตัดคลอดครั้งแรก โดยทำการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ โดยเฉพาะการวินิจฉัยภาวะการผิดสัดส่วนของศีรษะทารกและช่องเชิงกรานซึ่งเป็นข้อบ่งชี้หลักของการผ่าตัดคลอดครั้งแรกของโรงพยาบาลแม่สาย

คำสำคัญ : อัตราการผ่าตัดคลอด ระบบ Robson

*โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ : สันติธีร์ ทิยะระ E-mail : topiolar_krub@hotmail.com

วันที่รับเรื่อง : 2 มีนาคม 2564 วันที่ส่งแก้ไข : 2 กันยายน 2564 วันที่ตีพิมพ์ : 6 ตุลาคม 2564

CESAREAN SECTION RATE IN MAESAI HOSPITAL USING THE ROBSON CLASSIFICATION SYSTEM

Santee Tiyyatha M.D.*

ABSTRACT

BACKGROUND : Cesarean section rate is increasing in Thailand and around the world. The Robson classification system has been used to classify pregnant women to reduce unnecessary cesarean rate. Previous studies do not have any report from the community hospital. So this study used the Robson classification system to evaluate the cesarean section rate in reducing unnecessary cesarean deliveries in Maesai hospital.

OBJECTIVE : To evaluated cesarean section rate using the Robson classification system.

METHODS : The cross-sectional study of pregnant women who delivered in the labour room at Maesai hospital between August 2018 and July 2020 and evaluated a cesarean section rate each group using the Robson classification system.

RESULTS : A total of 2,005 women who delivered at the labour room of Maesai hospital were classified in the Robson classification system. There was 42 % in group 3 (multiparous, singleton, cephalic, ≥ 37 weeks, spontaneous labour) and 38.65 % in group 1 (nulliparous, single cephalic, ≥ 37 weeks, spontaneous labour). Cesarean section rates in Maesai hospital were 20.25 %. In cesarean delivered group, group 5.1 (one-time previous cesarean section, single cephalic, term) was 31.28 % of the total cesarean section rate and group 1 was 26.35 % of the total cesarean section rate.

CONCLUSIONS AND DISCUSSIONS : Group 5 (previous cesarean section at least one time, single cephalic, term) has more cesarean delivered, so to reduce the cesarean section rate in this group is reducing primary cesarean delivery. Cesarean section should be done by the obstetric indication. Especially cephalopelvic disproportion (CPD) should be diagnosed correctly because being a main indication of the primary cesarean delivery in Maesai hospital.

KEYWORDS : cesarean section rate, Robson classification system

*Maesai Hospital, Chiangrai

Corresponding Author : Santee Tiyyatha E-mail : topiolar_krub@hotmail.com

Accepted date : 2 March 2021 Revise date : 2 September 2021 Publish date : 6 October 2021

ความเป็นมา

การคลอดบุตรทางช่องคลอดเป็นช่องทางคลอดที่เหมาะสมสำหรับทารกส่วนใหญ่ที่ไม่มีข้อห้ามส่งผลดีต่อทารก เช่น ลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาการหายใจเมื่อแรกคลอด อีกทั้งทารกที่ได้รับเชื้อแบคทีเรียที่ดีที่มีอยู่ในช่องคลอดของแม่จะมีภูมิคุ้มกันต่อโรคได้ในอนาคต¹ ผลดีด้านแม่จะพบการบาดเจ็บจากการคลอดที่น้อยกว่าและฟื้นตัวหลังคลอดเร็วกว่าการผ่าตัดคลอด แม้ว่าการคลอดบุตรทางช่องคลอดจะมีผลดีมากมาย แต่หากไม่สามารถคลอดเองตามธรรมชาติได้ การผ่าตัดคลอดก็เป็นสิ่งที่จะช่วยชีวิตทั้งมารดาและทารกได้ ปัจจุบันพบว่าการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นและมีแนวโน้มจะมากขึ้นในแต่ละปี ผลเสียของการผ่าตัดคลอด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงและการเสียเลือดมาก ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น ปวดท้องเรื้อรัง พังผืด ลำไส้อุดตัน และเพิ่มภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ต่อไป เช่น รกเกาะต่ำ หรือ รกเกาะติด เป็นต้น

รายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดจะมากขึ้นจนไม่สามารถควบคุมได้ และไม่มีสัญญาณที่ลดลงได้ในอนาคต ถึงแม้ว่าการผ่าตัดคลอดจะเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 แต่ไม่พบการลดลงของอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก² Ana Pilar Betran และคณะได้ศึกษาแบบอภิมานอัตราการผ่าตัดคลอด พบว่า การแบ่งกลุ่มตามระบบ Robson มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น เพราะสะดวกในการใช้และง่ายต่อการแปลผล และกำลังมีการใช้กันอย่างกว้างขวางไปทั่วโลก³ และในปี ค.ศ.2015 องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าควรทำการผ่าตัดคลอดในรายที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น อีกทั้งยังแนะนำให้ใช้ Robson

Classification ซึ่งสร้างโดย Michael S Robson ในปี 2001⁴ มาใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามอัตราการผ่าตัดคลอดในสถานบริการ เพื่อหาแนวทางในการลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น⁵

ประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 35-40 สูงเป็นอันดับที่สองของทวีปเอเชีย⁶ รองจากประเทศจีน⁷ จากรายงานอัตราการผ่าตัดคลอดในภาคเหนือของประเทศไทยเฉลี่ยร้อยละ 14.7 โดยพบอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 11.3 ในปี พ.ศ.2535 เป็นร้อยละ 23.6 ในปี พ.ศ.2554⁸ จากการรวบรวมข้อมูลของงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดเชียงราย พบอัตราการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยในช่วง พ.ศ.2558-2562 เท่ากับร้อยละ 32.11 โดยในปี พ.ศ.2560 พบอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 43.99 มีรายงานอัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ Robson ที่โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด⁹ ยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งโรงพยาบาลแม่สายเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิที่มีความหลากหลายทั้งชาติพันธุ์ ภาษา และการดำรงชีวิต ดังนั้นจึงทำการศึกษาเพื่อหาอัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ Robson เพื่อเป็นแนวทางในการลดอัตราการผ่าตัดคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อหาอัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ Robson ของโรงพยาบาลแม่สาย

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบภาคตัดขวางของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2561 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2563

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่คลอดที่โรงพยาบาลแม่สาย ณ ช่วงเวลาดังกล่าว ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบวิธีการคลอดหรือมีข้อมูลไม่ครบอย่างน้อย 1 ข้อมูล คือ จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน การเจ็บครรภ์คลอด จำนวนทารกในครรภ์ อายุครรภ์ และแนวลำตัวหรือส่วนนำของทารก จะถูกคัดออกจากการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกรายจะถูกจัดกลุ่มเป็น 10 กลุ่มตามระบบ Robson โดยใช้ข้อมูล คือ จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน การเจ็บครรภ์คลอด จำนวนทารกในครรภ์ อายุครรภ์ และแนวลำตัวหรือส่วนนำของทารก (ตารางที่ 1) ข้อมูลประชากรและกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มแจกแจงเป็นจำนวนและร้อยละ

ตารางที่ 1 กลุ่มย่อยตามระบบRobson¹⁰

กลุ่ม	ลักษณะของสตรีตั้งครรภ์
1	สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ
2	สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ หรือ ผ่าตัดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
2a	ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์
2b	ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
3	สตรีตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และมาด้วยเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ
4	สตรีตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ หรือ ผ่าตัดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
4a	ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์
4b	ผ่าตัดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
5	สตรีตั้งครรภ์หลังทุกคนที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว และอายุครรภ์ครบกำหนด
5.1	เคยผ่าตัดคลอด 1 ครั้ง
5.2	เคยผ่าตัดคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
6	สตรีตั้งครรภ์แรกทุกคน ที่เป็นครรภ์เดียว และทารกท่าก้น
7	สตรีตั้งครรภ์หลังทุกคน ที่เป็นครรภ์เดียว และทารกท่าก้น ซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
8	สตรีตั้งครรภ์แฝดทุกคน ซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
9	สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวทุกคน ที่ทารกเป็นแนวลำตัวขวางหรือเฉียง ซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
10	สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวทุกคน ที่ทารกเป็นท่าหัว และอายุครรภ์ก่อนกำหนดซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน

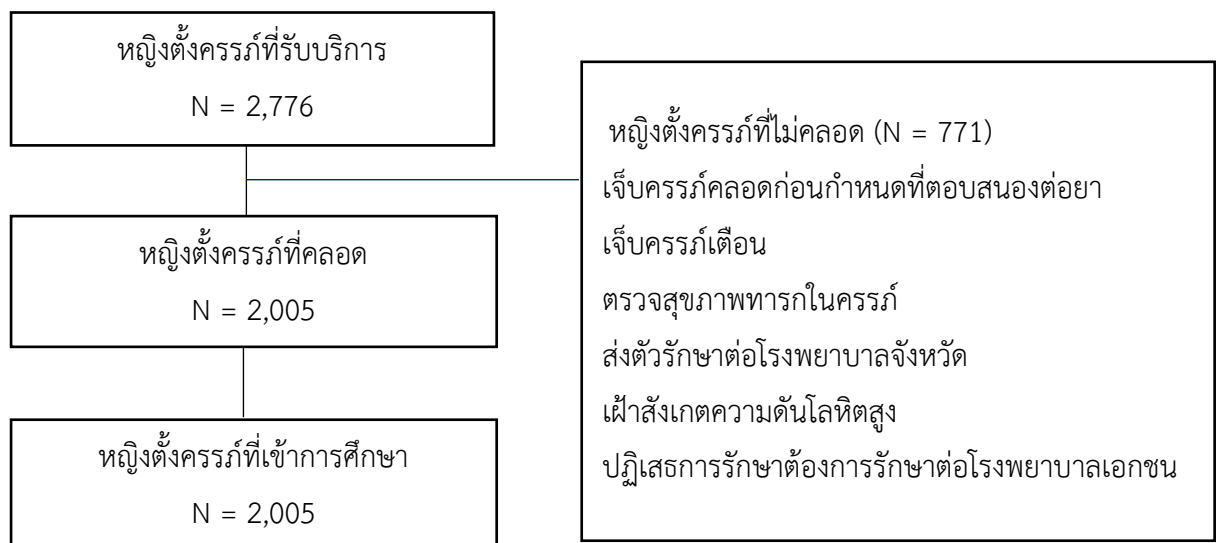
การศึกษาด้านจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หนังสือ รับรองเลขที่ CRPPH0 No.47/2563

ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลแม่สาย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2561 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563 จำนวนทั้งสิ้น 2,776 ราย

หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่คลอดที่โรงพยาบาลแม่สาย จำนวน 771 ราย อันเนื่องจากสาเหตุ คือ เจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดที่ตอบสนองต่อยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เจ็บครรภ์เตือน ให้ประวัติลูกด้นน้อยแต่ตรวจสุขภาพ ทารกในครรภ์แล้วปกติ ส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาล จังหวัดด้วยเหตุผลเกินศักยภาพในการดูแลรักษาของ โรงพยาบาล ฝ้าสังเกตความดันโลหิตสูง และปฏิเสธ การรักษาต้องการรักษาต่อโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 2,005 ราย (แผนผังที่ 1)



แผนผังที่ 1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาร้อยละ 42 ของหญิงตั้งครรภ์ ที่คลอดจัดอยู่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคย ผ่าตัดคลอด (กลุ่ม 3) หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ (กลุ่ม 1) ร้อยละ 38.65 หญิงตั้งครรภ์ ที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง (กลุ่ม 5)

ร้อยละ 6.73 หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด (กลุ่ม 10) ร้อยละ 4.99 หญิงตั้งครรภ์ที่มีทารกท่าก้น (กลุ่ม 6 และ 7) ร้อยละ 3.2 และกลุ่ม 2b และ 4b คือ กลุ่มผ่าตัดคลอดที่ยังไม่เจ็บครรภ์ ร้อยละ 1.55 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนหญิงตั้งครรภ์แต่ละกลุ่ม

กลุ่ม	จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่ม	จำนวน (ร้อยละ)
1	775 (38.65)	5.2	6 (0.30)
2a	31 (2.00)	6	36 (1.80)
2b	22 (1.10)	7	28 (1.40)
3	842 (42)	8	8 (0.40)
4a	16 (0.80)	9	3 (0.15)
4b	9 (0.45)	10	100 (4.99)
5.1	129 (6.43)	N = 2,005	

จากจำนวนการคลอด 2,005 ราย คลอดบุตร
ทางช่องคลอด 1,599 ราย และผ่าตัดคลอด 406 ราย
พบอัตราการผ่าตัดคลอดทั้งหมดร้อยละ 20.25 โดย

อัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดของการผ่าตัดคลอดรวม
ทั้งหมดอยู่ในกลุ่มที่ 5.1 ร้อยละ 31.28 และ กลุ่มที่ 1
ร้อยละ 26.35 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ตามระบบ Robson

กลุ่ม	จำนวนคนที่ ผ่าตัดคลอด ในกลุ่ม	จำนวนคน ในกลุ่ม	ขนาดกลุ่ม (%)	อัตราการ ผ่าตัดคลอด ของกลุ่ม (%)	จำนวนคนที่ ผ่าตัดคลอดใน กลุ่ม/จำนวนคน ที่มาคลอด ทั้งหมด x100 (%)	จำนวนคนที่ผ่าตัด คลอดในกลุ่ม/ จำนวนคนที่ผ่าตัด คลอดทั้งหมด x100 (%)
1	107	775	38.65	13.81	5.34	26.35
2a	13	31	2	41.94	0.65	3.20
2b	22	22	1.10	100.0	1.10	5.42
3	29	842	42	3.44	1.45	7.14
4a	4	16	0.80	25.00	0.20	0.99
4b	9	9	0.45	100.00	0.45	2.22
5.1	127	129	6.43	98.45	6.33	31.28
5.2	6	6	0.30	100.00	0.30	1.48
6	34	36	1.80	94.44	1.70	8.37
7	24	28	1.40	85.71	1.20	5.91

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กลุ่ม	จำนวนคนที่ ผ่าตัดคลอด ในกลุ่ม	จำนวนคน ในกลุ่ม	ขนาดกลุ่ม (%)	อัตราการ ผ่าตัดคลอด ของกลุ่ม (%)	จำนวนคนที่ ผ่าตัดคลอดใน กลุ่ม/จำนวนคน ที่มาคลอด ทั้งหมด x100 (%)	จำนวนคนที่ผ่าตัด คลอดในกลุ่ม/ จำนวนคนที่ผ่าตัด คลอดทั้งหมด x100 (%)
8	6	8	0.40	75.00	0.30	1.48
9	3	3	0.15	100.00	0.15	0.74
10	22	100	4.99	22.00	1.10	5.42
รวม	จำนวนคนที่ ผ่าตัดคลอด ทั้งหมด N = 406	จำนวน คลอด ทั้งหมด N = 2005	100 %		อัตราการผ่าตัด คลอดรวม = 20.25	100 %

จากจำนวนการผ่าตัดคลอดทั้งหมด 406 ราย พบเป็นการผ่าตัดคลอดครั้งแรก 256 ราย โดยข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด คือ การผิดสัดส่วนของศีรษะทารก และช่องเชิงกราน (Cephalopelvic disproportion: CPD) ร้อยละ 56.64 ทารกท่าก้น ร้อยละ 20.31 ลักษณะการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ

(abnormal fetal heart rate pattern) ร้อยละ 7.42 ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in pregnancy) ร้อยละ 6.25 และอื่นๆ เช่น ติดเชื้อเริ่มหรือหูดที่ปากช่องคลอด มารดาติดเชื้อ HIV และมีปริมาณไวรัสมากกว่า 1000 ตัว/มิลลิลิตร เป็นต้น ร้อยละ 5.07 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดครั้งแรก (N = 256)

ข้อบ่งชี้	จำนวน (ร้อยละ)
CPD	145 (56.64)
Breech presentation	52 (20.31)
Abnormal FHR pattern	19 (7.42)
Hypertension in pregnancy	16 (6.25)
Placental previa	4 (1.56)
Twin pregnancy	4 (1.56)
Fetal transverse / oblique lie	3 (1.17)
Others	13 (5.07)

เมื่อจำแนกแต่ละกลุ่มย่อยของหญิงครรภ์หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มที่ 1 พบอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 13.81 โดยในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับ การชักนำคลอด (กลุ่ม 2a) พบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 41.94 มากกว่าหญิงตั้งครรภ์หลังที่ได้รับการ ชักนำคลอด (กลุ่ม 4a) ร้อยละ 25 ในหญิงตั้งครรภ์ ที่คลอดก่อนกำหนด คือ กลุ่ม 10 พบอัตราการ ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 22 โดยกลุ่มที่มีอัตราการผ่าตัด คลอดที่น้อยที่สุดร้อยละ 3.44 คือ กลุ่มที่ 3 และพบ อัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 100 ในหญิงตั้งครรภ์ หลังทุกคนที่เคยผ่าตัดคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (กลุ่ม 5.2) และหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกเป็นแนวลำตัว ขวางหรือเฉียง (กลุ่ม 9)

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาสรุปได้ว่า พบอัตราการผ่าตัด คลอดของโรงพยาบาลแม่สาย ร้อยละ 20.25 เมื่อ พิจารณาแยกตามระบบ Robson พบว่าหญิงตั้งครรภ์ ที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง (กลุ่ม 5) มีอัตรา การผ่าตัดคลอดมากที่สุด ร้อยละ 32.76 ของการ ผ่าตัดคลอดทั้งหมด รองลงมา คือ หญิงตั้งครรภ์แรก ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ (กลุ่ม 1) พบอัตรา การผ่าตัดคลอด ร้อยละ 26.35 ของการผ่าตัดคลอด ทั้งหมด การที่กลุ่มที่ 5 มีอัตราการผ่าตัดคลอดมาก เป็นผลมาจากการผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่มีจำนวน มากขึ้น ดังนั้น แนวทางการลดการผ่าตัดคลอดของ โรงพยาบาล คือ การลดการผ่าตัดคลอดครั้งแรก โดยทำการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ โดยเฉพาะการวินิจฉัยภาวะการผิดสัดส่วนของศีรษะ ทารกและช่องเชิงกรานซึ่งเป็นข้อบ่งชี้หลักของการ ผ่าตัดคลอดครั้งแรกของโรงพยาบาลแม่สาย

จากผลการวิจัยเมื่อจำแนกตามระบบ Robson พบสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ 3

มีมากที่สุด ร้อยละ 42 แสดงให้เห็นถึงประชากร ส่วนใหญ่ ในพื้นที่ที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล แม่สาย เป็นหญิงที่มีบุตรหลายคนกว่ามีบุตรเพียง คนเดียว รองลงมา คือ กลุ่มที่ 1 พบ ร้อยละ 38.65 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Joshua P Vagel และคณะ¹¹ ที่ศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดตามระบบ Robson ใน 21 ประเทศ ที่พบสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ท้องหลัง ร้อยละ 55 มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ท้องแรก ร้อยละ 45 และกลุ่มที่ 10 พบร้อยละ 4.99 ซึ่งถือได้ว่าเป็นอัตรา การคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาล โดยอุบัติการณ์ การคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 5-7 ในประเทศที่ พัฒนาแล้วและจะเพิ่มมากขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา¹² โดยประเทศไทยในปี 2010 พบอัตราการคลอดก่อน กำหนดที่ร้อยละ 12¹³ จากการศึกษาที่พบอัตราการ คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลแม่สาย ร้อยละ 4.99 ซึ่งอยู่ในอัตราที่ต่ำกว่าทั่วไป อาจเกิดจากบริบท ของโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มี ศักยภาพจำกัดในด้านการดูแลเด็กทารกแรกเกิดที่ คลอดก่อนกำหนด ซึ่งจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และได้รับการดูแลในแผนกอภิบาลทารกแรกเกิด ภาวะวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit :NICU) หากมีหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและ คาดคะเนน้ำหนักทารกน้อยกว่า 1,800 กรัมหรือ มีแนวโน้มต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลังคลอดทางโรงพยาบาล จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดจึงอาจทำให้อัตรา การคลอดก่อนกำหนดต่ำได้

อัตราการผ่าตัดคลอดรวมของการศึกษานี้ พบร้อยละ 20.25 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา ของ Ana Pilar Betran และคณะ ที่ได้รวบรวมข้อมูล จาก 150 ประเทศ พบอัตราการผ่าตัดคลอดสูง ร้อยละ 40.5 ในทวีปอเมริกากลางและใต้ ตามมาด้วย ทวีปอเมริกาเหนือ ร้อยละ 32.3

แต่อาจจะมากกว่าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับทวีปเอเชียที่พบอัตราการผ่าตัดคลอดรวมร้อยละ 19.2 แต่เมื่อพิจารณาอัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มต่ปี ทวีปเอเชียเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 15.1 ต่อปี เป็นรองแค่ทวีปอเมริกากลางและใต้เท่านั้น⁶ สำหรับอัตราการผ่าตัดคลอดของประเทศไทยพบร้อยละ 35-40 และของจังหวัดเชียงรายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบร้อยละ 32.11 ซึ่งยังมากกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดจากการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะไม่ได้นำหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งที่มาใช้บริการแต่คลอดไม่ได้ หรือมีเหตุต้องส่งตัวไปคลอดโรงพยาบาลจังหวัด มารวมไว้ในการศึกษา

กลุ่มที่ 1 มีอัตราการผ่าตัดคลอดอยู่ที่ ร้อยละ 13.81 ซึ่งจัดเป็นประชากรส่วนใหญ่ของกลุ่มการผ่าตัดคลอดครั้งแรก (Primary cesarean deliveries) โดยคิดเป็นร้อยละ 26.35 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด แม้ว่าจะมีการศึกษาที่พบว่า การวางแผนผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่ำจะพบอัตราการตายและอัตราการเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าการคลอดบุตรทางช่องคลอดก็ตาม แต่ก็ยังพบการผ่าตัดคลอดครั้งแรกมากขึ้น¹⁴ สอดคล้องไปกับการศึกษาของ Emma L BARBER และคณะ ที่พบการเพิ่มขึ้นของการผ่าตัดคลอดครั้งแรก ร้อยละ 50 ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงเป็นร้อยละ 36.5¹⁵ ตรงกันข้ามกับอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่ม 3 ที่พบน้อยที่สุด ร้อยละ 3.44

กลุ่มที่ 5 พบอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ร้อยละ 32.76 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีผลการต่ออัตราการผ่าตัดคลอดรวมทั้งหมด แม้ว่ากลุ่มที่ 5 จะเป็นกลุ่มที่พบการผ่าตัดคลอดมากที่สุด เนื่องจากการทดลองให้คลอดทางช่องคลอดหลังจากที่เคยผ่าตัดคลอดมาแล้ว (Trial of Labor after Cesarean Delivery : TOLAC) ซึ่งเป็นวิธีการลดอัตราการผ่าตัดคลอด แต่ปัจจุบันเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมลดลง เพราะมีความเสี่ยงกับภาวะแทรกซ้อนที่

อาจจะเกิดขึ้น เช่น มดลูกแตก (Uterine rupture) จึงทำให้มีอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มนี้สูงดังผลการศึกษา แต่หากได้รับการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเหมาะสมกับการทำ TOLAC¹⁶ โอกาสประสบความสำเร็จก็จะมีมากขึ้น จึงทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่ม 5.1 พบร้อยละ 98.45 แต่ในกลุ่ม 5.2 พบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 100 เนื่องจากความเสี่ยงของการเกิดมดลูกแตกจะเป็นสองเท่า ร้อยละ 0.9-1.8

เนื่องจากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ 5 มีอัตราการผ่าตัดคลอดมากที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากการผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่สูงขึ้นด้วย วิธีการลดอัตราการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลแม่สาย คือ การลดอัตราการผ่าตัดคลอดครั้งแรก เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มหญิงที่ผ่าตัดคลอดครั้งแรก พบข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดมากที่สุดถึง ร้อยละ 56.64 คือ การผิดสัดส่วนของศีรษะทารกและช่องเชิงกราน (Cephalopelvic disproportion: CPD) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Barber EL และคณะที่พบข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ของการผ่าตัดคลอดครั้งแรกมากที่สุดคือ ภาวะคลอดยาก (Labor dystocia) , ลักษณะการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ (abnormal fetal heart rate pattern) ทำทารกผิดปกติ (fetal malpresentation), การตั้งครรภ์ทารกหลายคน (multiple gestation) และทารกตัวโต (fetal macrosomia) ตามลำดับ¹⁵ และวิธีการลดอัตราการผ่าตัดคลอด คือ กำหนดความผิดปกติในช่วงแรกของการดำเนินการคลอดและให้การรักษาที่เหมาะสม (Appropriate Definition and Management of Abnormally Progressing First-Stage Labor) การศึกษาของ Zhang J และคณะ ในปี ค.ศ.2010 พบว่าช่วงที่ปากมดลูกขยายตัวอยู่ 4-6 เซนติเมตร ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังจะมีอัตราการขยายของปากมดลูกที่ใกล้เคียงกัน

แต่ช่วงหลังจากที่ปากมดลูกขยายตัวเกิน 6 เซนติเมตรไปแล้ว ครรภ์หลังจะมีอัตราการเปิดขยายของปากมดลูกที่เร็วกว่าและ Active phase จะยังไม่เริ่มต้นหากปากมดลูกยังเปิดขยายไม่ถึง 6 เซนติเมตร ดังนั้น ไม่ควรวินิจฉัย Active phase protraction หรือ Labor arrest ก่อนที่ปากมดลูกจะขยายตัวมากกว่า 6 เซนติเมตร¹⁷ ต่อมาในปี ค.ศ.2014 สมาพันธ์สูติแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (ACOG : The American College of Obstetricians and Gynecologists) ออกเกณฑ์การวินิจฉัยการดำเนินการคลอดล้มเหลวในระยะที่หนึ่งของการคลอดว่า เมื่อมีอาการคลอดเกิดขึ้นเอง มีปากมดลูกขยาย 6 เซนติเมตรขึ้นไป ร่วมกับการแตกของถุงน้ำคร่ำ ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ มดลูกหดตัวอย่างสม่ำเสมอและแรงพออย่างน้อย 4 ชั่วโมงหรือมดลูกหดตัวอย่างไม่สม่ำเสมอและไม่แรงพออย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการขยายของปากมดลูก¹⁸ นอกจากนี้ Prolong latent Phase ไม่ควรเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เพราะ Latent phase หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่สามารถเข้าสู่ Active phase เองได้โดยไม่ต้องทำอะไรเพิ่มเติม หากพบความผิดปกติ การให้ oxytocin มักเป็นทางเลือกที่แนะนำให้ใช้เพื่อแก้ปัญหา มีการศึกษาการให้ oxytocin ในระยะเวลาที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้มากขึ้นโดยไม่มีผลเสียต่อทารกในช่วง latent phase¹⁹ และช่วง active phase²⁰ อย่างไรก็ตาม หากระยะแรกของการคลอดใช้เวลานานเกินไป อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดน้ำคร่ำติดเชื้อ (Chorioamnionitis) ได้

การกำหนดความผิดปกติในระยะที่สองของการดำเนินการคลอดเริ่มต้นเมื่อปากมดลูกเปิดขยายหมด 10 เซนติเมตร โดยภาวะ second stage arrest ควรได้รับการวินิจฉัยเมื่อออกแรงเบ่งอย่างน้อย

2 ชั่วโมงในครรภ์หลัง และอย่างน้อย 3 ชั่วโมงในครรภ์แรก ซึ่งระยะเวลาที่รอนานอาจส่งผลเสียต่อมารดา เช่น การติดเชื้อระหว่างคลอด แผลฝีเย็บลึก หรือตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลาที่รอควรพิจารณาหลายด้านรวมถึงสุขภาพของทารกในครรภ์ เวลานั้นด้วย หากมีความจำเป็นที่จะใช้หัตถการช่วยคลอดเพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอด ก็ต้องพิจารณาภาวะแทรกซ้อนของสูติศาสตร์หัตถการและประสบการณ์ของผู้ใช้

ลักษณะการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ (abnormal fetal heart rate pattern) พบเป็นสาเหตุของการผ่าตัดคลอดครั้งแรกของโรงพยาบาลแม่สาย ร้อยละ 7.42 ดังนั้น รูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ควรมีการแปลผลด้วยความถูกต้อง แม่นยำ และการจัดการที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้ ซึ่งในการศึกษานี้ ข้อบ่งชี้นี้มีสัดส่วนที่ไม่มาก อาจไม่มีผลต่อการลดอัตราการผ่าตัดคลอด

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีทารกเป็นท่าก้น พบเป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดครั้งแรกของโรงพยาบาลแม่สาย ร้อยละ 20.13 และพบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 94.44 และ 85.71 ในกลุ่มที่ 6 และ 7 ตามลำดับ เป็นอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูง เพราะช่องทางคลอดที่ทำให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดจะเป็นการผ่าตัดคลอดสอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์อภิมานที่พบว่าการผ่าตัดคลอดในทารกท่าก้นที่อายุครรภ์ครบกำหนด จะพบภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการคลอดทางช่องคลอด²¹ ส่งผลให้เมื่อให้คำแนะนำให้แก่หญิงตั้งครรภ์มักเลือกการผ่าตัดคลอดเป็นช่องทางคลอด แต่ก็มีบางรายที่เลือกจะคลอดทางช่องคลอด โดยต้องพิจารณาถึงข้อห้ามของการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดก่อนเสมอ เช่น ทารกตัวโตขนาดหรือรูปร่างช่องเชิงกรานมารดาผิดปกติ

ทารกมีการแยกของศีรษะ ท่างันชนิด footling เป็นต้น ส่วนทารกที่อยู่ในท่าขวางหรือเฉียง ซึ่งไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ จำเป็นต้องผ่าตัดคลอดเท่านั้น จึงทำให้พบอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ 9 พบร้อยละ 100 และในกลุ่มหญิงที่เป็นครรภ์แฝด กลุ่มที่ 8 ที่พบอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 75 แสดงให้เห็นว่ามีการคลอดครรภ์แฝดทางช่องคลอด ยกเว้น กรณีที่เป็นครรภ์แฝดชนิด Monochorion Monoamnion หรือส่วนนำของทารกขัดกัน (Locked twin) ที่จะต้องผ่าตัดทุกราย

การชักนำการคลอด (Induction of labor) ควรกระทำอย่างมีข้อบ่งชี้ เช่น ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า หรือการตั้งครรภ์เกินกำหนด เป็นต้น ในกลุ่มที่ 2a พบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 41.94 มากกว่ากลุ่ม 4a ที่ร้อยละ 25 แสดงถึงว่าการชักนำคลอดในครรภ์แรกมีโอกาssl้มเหลวมากกว่าครรภ์หลัง สอดคล้องไปการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการชักนำคลอดที่พบว่า อายุ จำนวนครั้งของการคลอด สภาพของปากมดลูก และน้ำหนักรั้วของทารก มีผลต่อความสำเร็จของการชักนำคลอด²²

กลุ่ม 10 คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด พบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 22 ซึ่งส่วนใหญ่จะผ่าตัดคลอดด้วยข้อบ่งชี้ คือ มีภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเป็นต้องให้คลอดแต่ไม่มีความพร้อมของปากมดลูก และภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน มีการศึกษาที่พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด จะเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก เช่น มารดาอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต (Maternal near miss) การรักษาในหอผู้ป่วยหนักของมารดาหลังคลอดและการรักษาในหอ

ผู้ป่วยหนักของทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ลดโอกาสการตายปริกำเนิดได้²³

REFERENCES

1. Mei C, Yang W, Wei X, Wu K, Huang D. The Unique Microbiome and Innate Immunity During Pregnancy. *Front Immunol* 2019; 10:2886.
2. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016;123(5):745-53.
3. Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One*. 2014 3;9(6): e97769.
4. Robson M. Classification of cesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2001; 12:23-39.
5. Betran A, Torloni M, Zhang J, Gülmezoglu A, WHO working group on caesarean section. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG* 2016; 123:667-70.

6. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS One. 2016;11(2): e0148343.
7. Ming Y, Li M, Dai F, Huang R, Zhang J, Zhang L, et al. Dissecting the current caesarean section rate in Shanghai, China. Scientific Reports. 2019;9(1):1-8.
8. Charoenboon C, Srisupundit K, Tongsong T. Rise in cesarean section rate over a 20-year period in a public sector hospital in northern Thailand. Arch Gynecol Obstet 2013;287(1):47-52.
9. Yukaew N. Cesarean section rate according to Robson's classification. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2560; 3:262-71.
10. Sornsukonrat S. Robson classification: a guide booklet. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2018.
11. 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 surveys. Lancet Glob Health 2015;3(5): e260-70.
12. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull World Health Organ 2010;88(1):31-8.
13. Howson CP, Kinney M, Lawn JE, editor. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012.
14. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ 2007;176(4):455-60.
15. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. Obstet Gynecol 2011;118(1):29-38.
16. Wu Y, Kataria Y, Wang Z, Ming WK, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2019;19(1):360.
17. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010;116(6):1281-7.
18. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2014;210(3):179-93.

- 19.Arulkumaran S, Koh CH, Ingemarsson I, Ratnam SS. Augmentation of labour--mode of delivery related to cervimetric progress. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1987;27(4):304-8.
- 20.Rouse DJ, Owen J, Hauth JC. Active-phase labor arrest: oxytocin augmentation for at least 4 hours. Obstet Gynecol 1999;93(3):323-8.
- 21.Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. BJOG. 2016;123(1):49-57.
- 22.Gibson KS, Waters TP. Measures of success: prediction of successful labor induction. Semin Perinatol. 2015;39(6):475-82.
- 23.Thanh BYL, Lumbiganon P, Pattanittum P, Laopaiboon M, Vogel JP, Oladapo OT, et al. Mode of delivery and pregnancy outcomes in preterm birth: a secondary analysis of the WHO Global and Multi-country Surveys. Sci Rep 2019;9(1):15556.