



ความชุกของการผ่าคลอดตามแบบร็อบสัน (Robson Classification) ในโรงพยาบาลเสลภูมิ

กิตติยา จันทะปิตตา

กลุ่มงานสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Prevalence of Cesarean Section According to Robson Classification in Selaphum Hospital

Kittiya Chantapitda

Department of Obstetrics and Gynecology, Selaphum Hospital, Roi-Et Province

Received: 21 February 2025/ Review: 22 February 2025/ Revised: 24 March 2025/

Accepted: 25 March 2025

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การผ่าตัดคลอดบุตรในผู้ที่มีข้อบ่งชี้ช่วยลดอัตราเสียชีวิตทั้งมารดาและทารก แต่ก็ทำให้เกิดความเสี่ยงต่างๆ และทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดผลเสียทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์เองในระยะสั้นและระยะยาว ต่อทารกและต่อการตั้งครรภ์ในครั้งถัดไป การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการผ่าตัดคลอดตามแบบของร็อบสัน

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการดูแลระยะคลอดและคลอดบุตรในโรงพยาบาลเสลภูมิในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 ทั้งที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและโดยวิธีผ่าตัดคลอด รวม 364 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน แล้วจำแนกสตรีตั้งครรภ์เป็น 10 กลุ่ม ตามการจำแนกแบบร็อบสัน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi square test

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 364 ราย จำแนกเป็นการคลอดทางช่องคลอด 188 ราย (ร้อยละ 51.6) และผ่าตัดคลอด 176 ราย (ร้อยละ 48.4) เมื่อจำแนกตามของแบบร็อบสันพบว่า เป็นสตรีที่เคยตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง (multiparous) (ร้อยละ 63.2) คลอดที่อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 90.6) ตั้งครรภ์เดี่ยว (ร้อยละ 99.7) ส่วนนำของทารกเป็นศีรษะ (ร้อยละ 96.4) อาการเจ็บครรภ์เองโดยธรรมชาติ (ร้อยละ 74.2) เคยมีประวัติผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน (ร้อยละ 11.5) อัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวม (ร้อยละ 48.4) และความชุกของการผ่าคลอดตามแบบร็อบสัน คิดเป็นร้อยละ 48.4

สรุป: การใช้ระบบการจำแนกแบบร็อบสันช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความชุกของการผ่าตัดคลอดได้อย่างเป็นระบบ และเป็นประโยชน์ในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่สามารถปรับปรุงได้ เช่น การชักนำการคลอดหรือการจัดการในกลุ่มที่เคยมีประวัติการผ่าตัดคลอด

คำสำคัญ: การผ่าตัดคลอด, การจัดหมวดหมู่ของร็อบสัน, ความชุก

Abstract

Background and Objectives: Cesarean section (CS) is a life-saving procedure for both mothers and neonates when medically indicated. However, it also poses various health risks, increases resource utilization, and has short- and long-term consequences for both mothers and infants, as well as for subsequent pregnancies. This study aimed to determine the prevalence and associated factors of cesarean section using the Robson Classification system.

Material and method: A retrospective descriptive study was conducted among pregnant women who received intrapartum care and delivered at Selaphum Hospital during the 2021 fiscal year (October 2020 – September 2021). A total of 364 cases, including both vaginal and cesarean deliveries, were reviewed using hospital medical records. Pregnant women were categorized into 10 groups according to the Robson Classification, and statistical analysis was performed using descriptive statistics, Chi-square test.

Results: A total of 364 participants were included in the study, consisting of 188 vaginal deliveries (51.6%) and 176 cesarean sections (48.4%). According to the Robson classification, the majority were multiparous women (63.2%), with deliveries occurring at a gestational age of ≥ 37 weeks (90.6%). Most pregnancies were singleton (99.7%), with cephalic presentation of the fetus (96.4%), and spontaneous onset of labor (74.2%). A history of previous cesarean section was reported in 11.5% of cases. The overall cesarean section rate was 48.4%, and the prevalence of cesarean section according to the Robson classification was 48.4%.

Conclusions: The Robson Classification system provides a structured approach to analyzing factors influencing CS rates. Its application can support strategic planning to reduce unnecessary cesarean sections, particularly in cases where medical indications can be optimized, such as labor induction and the management of women with a history of prior cesarean section.

Keywords: cesarean section, Robson classification, associated factors

บทนำ

ตามข้อเสนอแนะของ WHO อัตราการผ่าตัดคลอดควรจ้อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 10-15¹ การผ่าตัดคลอดบุตรในผู้ที่มีข้อบ่งชี้ช่วยลดอัตราเสียชีวิตทั้งมารดาและทารก ในขณะที่เดียวกับการผ่าตัดคลอดก็ทำให้เกิดความเสี่ยงต่างๆ และทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น เช่น มดลูกอักเสบ การให้เลือด ความจำเป็นในการใช้หอผู้ป่วยวิกฤตหลังคลอดโอกาสเกิดมดลูกแตกในครรภ์ถัดไปเป็นต้น^{2,3} การผ่าตัดคลอดที่เพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นนอกจากจะไม่ทำให้เกิดประโยชน์ ไม่ช่วยลดอัตราเสียชีวิตของมารดาและทารกแล้ว ยังสามารถทำให้เกิดผลเสียทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์เองในระยะสั้นและระยะยาว ต่อทารก และต่อการตั้งครรภ์ในครั้งถัดไปอีกด้วย⁴⁻⁶

ปัจจุบันอัตราการคลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่มีเจ้าของไข้เฉพาะ หรือในสถานพยาบาลของเอกชน จะมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงกว่าในกลุ่มที่ฝากครรภ์และคลอดในสถานพยาบาลของรัฐอย่างเห็นได้ชัด⁷⁻⁹ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีหลายอย่าง เช่น การเข้าถึงระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้น ภาวะอ้วนที่เพิ่มมากขึ้น¹⁰⁻¹² มารดาอายุมาก¹³⁻¹⁵ หรือแม้กระทั่งความต้องการผ่าตัดคลอดของมารดาเองที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน¹⁶⁻¹⁹ ในปี พ.ศ. 2557 อัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ร้อยละ 32.2²⁰ ยุโรป ร้อยละ 25.0 แอฟริกา ร้อยละ 7.3 และเอเชียร้อยละ 19.5 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15.1 จากร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2533²¹

ก่อนหน้านี้ได้มีการคิดค้นระบบเพื่อที่จะใช้ในการจำแนกสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัดคลอดออกเป็นกลุ่มเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของการผ่าตัดคลอดมากมาย²²⁻²⁹ โดยใช้วิธีการจำแนกโดยอาศัยข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดเป็นหลัก เช่น cephalopelvic disproportion, fetal distress, dystocia เป็นต้น ซึ่งมีความน่าเชื่อถือน้อย เนื่องจากคำจำกัดความของภาวะต่างๆ เหล่านี้มีความแตกต่างในการวินิจฉัยอย่างมากในแต่ละประเทศ สถาบัน หรือแม้แต่ระหว่างแพทย์แต่ละคน ทำให้ยังไม่มีระบบการจำแนกใดที่ได้รับการยอมรับให้ใช้อย่างสากล จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2544 ได้มีการพัฒนาระบบการจำแนกแบบร็อบสัน (Robson classification) ขึ้น^{16,30} เพื่อใช้เป็นมาตรฐานสากลในการจำแนกสตรีตั้งครรภ์ออกเป็นกลุ่มทั้งหมด 10 กลุ่ม โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติศาสตร์ของผู้ป่วยในการจำแนก ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอด ประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรในครรภ์ก่อน อาการเจ็บครรภ์ อายุครรภ์ ทำและส่วนนำของทารกในครรภ์ และจำนวนของทารกในครรภ์

ทำให้การจำแนกแบบร็อบสัน เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ทำซ้ำได้ และสามารถนำมาใช้ได้ทางคลินิก

ในปี พ.ศ. 2557 องค์การอนามัยโลกได้มีการทำ systematic review ของการจำแนกแบบร็อบสัน เพื่อประเมินข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัด และการแปลผลเพื่อนำมาปรับใช้ทางคลินิกในการเปรียบเทียบอัตราการผ่าตัดคลอดทั้งในโรงพยาบาลเอง ระหว่างโรงพยาบาล และระหว่างประเทศ³¹ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ศูนย์บริการสุขภาพและโรงพยาบาลนำการจำแนกแบบร็อบสันมาใช้ในการจำแนกผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลและคลอดทุกราย โดยอาจนำไปปรับใช้ในการดูความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา ค่าใช้จ่าย ผลกระทบต่อมารดาและทารก ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ได้แก่ ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอด มีทั้งข้อบ่งชี้ทางด้านมารดา ได้แก่ เคยผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมาก่อน มี abnormal labor จากภาวะ cephalopelvic disproportion มีสิ่งกีดขวางช่องทางคลอด เช่น การมีก้อนเนื้ออกหรือมะเร็งหรือ condyloma ในช่องคลอด การที่มี vaginal septum หรือการพบเนื้องอกมดลูกที่ส่วน lower segment มี abnormal placentation เช่น รกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนด มารดามีโรคหัวใจหรือโรคที่ไม่เหมาะสมกับการเบ่งคลอด นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ทางด้านทารก ทั้งในกรณีสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพของทารก มีภาวะความพิการบางอย่างของทารก หรือมีการติดเชื้อของทารก เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์ ประมวลผลเพื่อหาวิธีการและกลยุทธ์ในการลดอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรที่มากเกินไปจนมีความจำเป็นโดยเจาะจงตามกลุ่มตาม classification และใช้ในการติดตามผลการดำเนินการ และประสิทธิภาพของวิธีการหรือกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการลดอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรได้ในระยะยาว รวมถึงประเมินคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผลกระทบต่อมารดาและทารกในแต่ละกลุ่ม ทำให้มองเห็นภาพรวมของปัญหาและมุ่งประเด็นตามกลุ่มเพื่อเร่งการแก้ไขปัญหาการผ่าตัดคลอดบุตรที่ไม่จำเป็นได้ดียิ่งขึ้น¹

โรงพยาบาลเสลภูมิเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิได้มีสูตินรีแพทย์ในปัจุบันประมาณ พ.ศ. 2564 สามารถเริ่มให้บริการผ่าตัดคลอดได้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว โดยคาดว่าแนวโน้มการผ่าตัดคลอดจะเพิ่มมากขึ้น การนำจำแนกแบบร็อบสันมาใช้ในการจำแนกสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการดูแลและคลอดในโรงพยาบาลเสลภูมิออกเป็นกลุ่มทั้งหมด 10 กลุ่มนี้จะมีประโยชน์เป็นอย่างมากในการเปรียบเทียบอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในแต่ละกลุ่มกับโรงพยาบาลอื่น ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงการติดตามอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรของโรงพยาบาลเสลภูมิเองในแต่ละปีต่อไป รวมทั้งอาจช่วย

ในการวิเคราะห์หาแนวทางการลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่เหมาะสมลงได้อีกด้วย โดยมีคำถามของการวิจัย คือ อัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเสลภูมิโดยรวมทั้งหมดเป็นอย่างไร การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเสลภูมิเมื่อจำแนกตามแบบรีบบสัน แล้วเป็นอย่างไร และข้อมูลจากการติดตามอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรดังกล่าว สามารถนำมาวิเคราะห์หาแนวทางการลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้อย่างไรบ้าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความชุกของการผ่าคลอดตามแบบรีบบสันในโรงพยาบาลเสลภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความชุกของการผ่าตัดคลอดตามแบบรีบบสันในโรงพยาบาลเสลภูมิ

วิธีการศึกษา

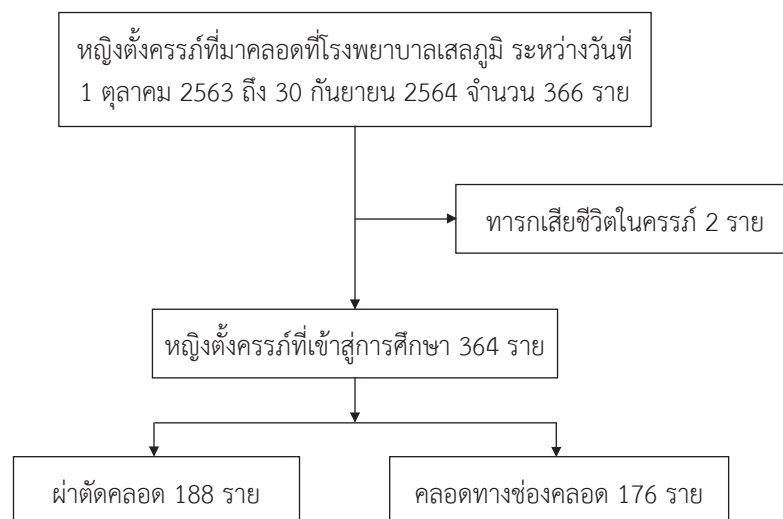
การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ของสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการดูแลระยะคลอดและคลอดบุตรในโรงพยาบาลเสลภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 ทั้งที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและโดยวิธีผ่าตัดคลอด จำนวน 364 ราย โดยเป็นข้อมูลที่ถูกบันทึกในระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเสลภูมิ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการดูแลระยะคลอดและคลอดบุตรในโรงพยาบาลเสลภูมิ ทั้งที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและโดยวิธีผ่าตัดคลอด จำนวน 364 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการดูแลระยะคลอดและคลอดบุตรในโรงพยาบาลเสลภูมิ ทั้งที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและโดยวิธีผ่าตัดคลอดและเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ที่ใช้ในการจำแนกเข้ากลุ่มตามการจำแนกแบบรีบบสัน ไม่ครบหรือไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถจำแนกสตรีตั้งครรภ์เข้าตามกลุ่มได้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการดูแลระยะคลอดและคลอดบุตรในโรงพยาบาลเสลภูมิ ทั้งที่คลอดบุตรทางช่องคลอดและโดยวิธีผ่าตัดคลอด จำนวน 364 ราย

การจัดผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเข้ากลุ่ม: ข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการดูแลระยะคลอดและคลอดบุตรในโรงพยาบาลเสลภูมิจะถูกค้นจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเสลภูมิ และสตรีตั้งครรภ์จะถูกแบ่งเป็นกลุ่มทั้งหมด 10 กลุ่มตามแบบรีบบสัน ดังนี้³¹



กลุ่ม	นิยาม
1.	สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ และเจ็บครรภ์คลอดเอง
2.	สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ ซึ่งถูกชักนำการคลอด หรือได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง
	2a ถูกชักนำการคลอด
	2b ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง
3.	สตรีตั้งครรภ์หลังซึ่งไม่เคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน ที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ และเจ็บครรภ์คลอดเอง
4.	สตรีตั้งครรภ์หลังซึ่งไม่เคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน ที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ ซึ่งถูกชักนำการคลอด หรือได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง
	4a ถูกชักนำการคลอด
	4b ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง
5.	สตรีตั้งครรภ์หลังซึ่งเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อนทั้งหมด ที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ
	5a เจ็บครรภ์คลอดเอง
	5b ถูกชักนำการคลอด
	5c ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง
6.	สตรีตั้งครรภ์แรกทั้งหมด ที่เป็นครรภ์เดียว และมีส่วนนำทารกเป็นก้น
7.	สตรีตั้งครรภ์หลังทั้งหมด ที่เป็นครรภ์เดียว และส่วนนำทารกเป็นก้น รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ซึ่งเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน
8.	สตรีตั้งครรภ์แฝดทั้งหมด รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ซึ่งเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน
9.	สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ทารกเป็นท่าขวาง หรือท่าเฉียง รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ซึ่งเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน
10.	สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด ที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ซึ่งเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน
	10a เจ็บครรภ์คลอดเอง
	10b ถูกชักนำการคลอด

ทีมผู้ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลห้องคลอด 7 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัด 5 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาลห้องคลอด 1 ท่าน และผู้ช่วยพยาบาลห้องผ่าตัดอีก 1 ท่าน ข้อมูลเหล่านี้ถูกเก็บรวบรวมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. หลังจากที่ได้โครงการวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยในคนแล้ว จะมีการเก็บข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเสลภูมิทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

2. ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกจัดแบ่งเป็น 10 กลุ่ม ตามการจำแนกแบบโรบสันและมีการแสดงข้อมูลเชิงพรรณนา ถึงอัตราการคลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัดคลอดตามกลุ่มต่างๆ

3. กระบวนการเก็บข้อมูล (data collection process) โดยเก็บข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูล (case record form) โดยการเก็บข้อมูลประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานทางสูติศาสตร์ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI, Blood group โรคประจำตัว จำนวนครั้งของการคลอด ประวัติการ ผ่าตัดคลอดบุตรในครรภ์ก่อน อาการเจ็บครรภ์ อายุครรภ์ ท่าและส่วนนำของทารกในครรภ์และจำนวนของทารกในครรภ์ (2) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และในระยะคลอด รวมถึงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด (3) วิธีการคลอด และ (4) ภาวะแทรกซ้อนในมารดาหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแสดงข้อมูลต่างๆ ตามความเหมาะสมและลักษณะของข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น (2) คำนวณสัดส่วนของกลุ่มของสตรีตั้งครรภ์ตามการจำแนกแบบรื้อบสัน รายงานผลเป็น ร้อยละ (3) คำนวณอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรโดยรวมและตามกลุ่มของสตรีตั้งครรภ์ตามการจำแนกแบบรื้อบสัน รายงานผลเป็น ร้อยละ (4) เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มของสตรีตั้งครรภ์ตามการจำแนกแบบรื้อบสัน โดยใช้สถิติต่างๆ ตามความเหมาะสม ได้แก่ Chi square test และการศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE0292565 เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2565

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 364 ราย จำแนกเป็นการคลอดทางช่องคลอด 188 ราย (ร้อยละ 51.6) และผ่าตัดคลอด 176 ราย (ร้อยละ 48.4) ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรโดยการคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดอายุเฉลี่ย 25.9 ± 6.3 ปี และ 26.7 ± 6.1 ปี ตามลำดับ ($p < 0.001$) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 26.7 ± 4.5 และ 28.9 ± 4.5 ตามลำดับ ($p < 0.001$) ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากขึ้น หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนจำนวนครั้งในการคลอด พบว่าสตรีที่คลอดท้องหลังมีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มคลอดทางช่องคลอด และกลุ่มที่ผ่าตัดคลอด

ตัวแปร	n = 364 จำนวน (ร้อยละ)	วิธีคลอด		p-value
		ช่องคลอด (n=188) จำนวน (ร้อยละ)	ผ่าตัดคลอด (n=176) จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ Mean $\pm$ SD	25.9 $\pm$ 6.2	25.9 $\pm$ 6.3	26.7 $\pm$ 6.1	< 0.001
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m ²)				
Mean $\pm$ SD	27.8 $\pm$ 4.6	26.7 $\pm$ 4.5	28.9 $\pm$ 4.5	< 0.001
ค่าดัชนีมวลกาย				
- น้ำหนักน้อยเกินไป	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.00)	< 0.001
- น้ำหนักปกติ	107 (29.4)	72 (38.3)	35 (19.9)	
- น้ำหนักเกิน (ทั่วไป)	152 (41.7)	81 (43.1)	71 (40.3)	
- อ้วน	104 (28.6)	34 (18.1)	70 (39.8)	
จำนวนครั้งของการคลอด				
- ไม่เคยคลอด	148 (40.7)	67 (35.6)	81 (46.0)	< 0.001
- เคยคลอด 1 ครั้ง	148 (40.7)	83 (44.2)	65 (36.9)	
- เคยคลอด 2 ครั้ง	58 (15.9)	31 (16.5)	27 (15.3)	
- เคยคลอดมากกว่า 3 ครั้ง	10 (2.7)	7 (3.7)	3 (1.7)	

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสถิติของสตรีตั้งครรภ์จำแนกแบบรื้อบสันพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการดูแลในระยะคลอดและคลอดบุตรในโรงพยาบาลเสกภูมิส่วนใหญ่เป็นสตรีที่เคยตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง (multiparous) (ร้อยละ 63.2) คลอดที่อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 90.6) เป็นการ

ตั้งครรภ์เดี่ยว (ร้อยละ 99.7) ส่วนนำของทารกเป็นศีรษะ (ร้อยละ 96.4) อาการเจ็บครรภ์เองโดยธรรมชาติ (ร้อยละ 74.2) เคยมีประวัติผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน (ร้อยละ 11.5) ของจำนวนสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวมในการศึกษาครั้งนี้สูงถึงร้อยละ 48.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลด้านสถิติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ (n = 364)

ข้อมูลด้านสถิติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการคลอด	
ไม่เคยคลอดบุตร	134 (36.8)
เคยคลอดบุตร	230 (63.2)
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	
≥37	330 (90.6)
<37	34 (9.4)
จำนวนทารก	
ครรภ์เดียว	363 (99.7)
ครรภ์แฝด	1 (0.3)
ส่วนนำของทารก	
ศีรษะ	351 (96.4)
ท่าก้น	12 (3.3)
อื่นๆ	1 (0.3)
เคยมีประวัติผ่าตัดคลอด	42 (11.5)
ลักษณะของการเจ็บครรภ์	
เจ็บครรภ์เอง	270 (74.2)
ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์	94 (25.8)
หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มี	
การเจ็บครรภ์	
ช่องทางการคลอด	
คลอดทางช่องคลอด	188 (51.6)
ผ่าตัดคลอด	176 (48.4)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจำแนกการผ่าคลอดตามแบบรีบบสัน พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มตั้งครรภ์หลังซึ่งไม่เคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อนที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ และเจ็บครรภ์คลอดเอง (กลุ่มที่ 3) (ร้อยละ 37.6) ตามด้วยสตรีครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ และเจ็บครรภ์คลอดเอง (กลุ่มที่ 1) (ร้อยละ 23.3) และสตรีตั้งครรภ์หลังซึ่งไม่เคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อนที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ และเจ็บครรภ์คลอดเอง (กลุ่มที่ 4) (ร้อยละ 11.2)

ส่วนสตรีกลุ่มที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดคือสตรีตั้งครรภ์หลังซึ่งไม่เคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อนที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะ และเจ็บครรภ์คลอดเอง (กลุ่มที่ 4) (ร้อยละ 23.3) ตามด้วยกลุ่มสตรีตั้งครรภ์หลังซึ่งไม่เคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน ที่เป็นครรภ์เดียว อายุครรภ์ ≥37 สัปดาห์ ส่วนนำทารกเป็นศีรษะซึ่งถูกชักนำการคลอดหรือได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง (กลุ่มที่ 5) (ร้อยละ 19.9) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์จำแนกแบบรื้อบสัน

Group	Women in group	CS in group	Group Size (%)	Group CS Rate (%)	Contribution to overall CS rate (%)	overall CS rate (%)
1	85	31	23.3	36.5	8.5	17.6
2	32	31	8.8	96.9	8.5	17.6
(2a)	6	5	1.6	83.3	1.4	3.4
(2b)	26	26	7.1	100.00	7.1	14.8
3	137	21	37.6	15.3	5.8	11.9
4	41	41	11.3	100.00	11.3	23.3
(4a)	10	10	2.7	100.00	2.7	5.7
(4b)	31	31	8.5	100.00	8.5	17.6
5	35	35	9.6	100.00	9.6	19.9
(5a)	22	22	6.0	100.00	6.0	12.5
(5b)	0	0	0.0	0	0.00	0.00
(5c)	13	13	3.6	100.00	3.6	7.4
6	3	3	0.8	100.00	0.8	1.7
7	6	6	0.8	100.00	1.6	3.4
8	1	1	0.3	100.00	0.3	0.6
9	1	1	0.3	100.00	0.3	3.4
10	23	6	6.3	26.1	1.6	3.4
(10a)	21	4	5.8	19.0	5.8	2.3
(10b)	2	2	0.5	100.00	0.5	1.1

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มที่ 2 แสดงในตารางที่ 4 และกลุ่มที่ 4 ถูกแสดงในตารางที่ 5 โดยแต่ละกลุ่มถูกแบ่งเป็นสองกลุ่มย่อย คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักนำคลอด (2a และ 4a) และสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง (2b และ 4b)

ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักนำการคลอดพบอัตราการผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 83.3) ในสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก และร้อยละ 100 ในสตรีที่เคยคลอดบุตรมาก่อน (กลุ่มย่อย 2a และ 4a) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักนำการคลอดก่อนอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ อยู่ในกลุ่มย่อย 2a เท่ากับร้อยละ 83.3 และในกลุ่มย่อย 4a (ร้อยละ 50) ส่วนการชักนำการคลอดที่ล้มเหลวถือเป็นหนึ่งในข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด พบในกลุ่มย่อย 2a (ร้อยละ 80) และกลุ่มย่อย 4a อีกร้อยละ 60

สตรีตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริงที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 2 และ กลุ่ม 4 ถูกจัดเป็นกลุ่มย่อย 2b (ร้อยละ 81.3) และกลุ่มย่อย 4b (ร้อยละ 75.6) โดยข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดที่พบบ่อยในกลุ่ม 2b คือ elective (ร้อยละ 73.1) และ abnormal FHR (ร้อยละ 7.7) ส่วนข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดที่พบบ่อยในกลุ่ม 4b คือ elective (ร้อยละ 83.9), cephalo-pelvic disproportion (ร้อยละ 3.2) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการผ่าตัดคลอดที่ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดยังไม่ชัดเจนพบในกลุ่มย่อย 2b (ร้อยละ 19.2) และ 4b (ร้อยละ 12.9)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์แรก ที่ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ส่วนน้ำหนักเป็นศีรษะ ซึ่งถูกชักนำการคลอดหรือได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง (กลุ่มที่ 2) การจำแนกแบบร็อบสัน

กลุ่ม	จำนวนคนในกลุ่ม (ร้อยละ)	อัตราการผ่าตัดคลอด
2a (N= 6)		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
<40	5 (83.3)	4 (80.0)
>40 – 41	1 (16.7)	1 (100.0)
น้ำหนักทารก $\pm$ SD (กรัม)	2,891.7 $\pm$ 354.0	
ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด (N=5)		
การผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา CPD)		1 (20.0)
การชักนำการคลอดล้มเหลว (Failed induction)		4 (80.0)
2b (N=26)		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
<40	25 (96.2)	
>40 – 41	1 (3.8)	
น้ำหนักทารก $\pm$ SD (กรัม)	3,033 $\pm$ 424.5	
ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด (N=26)		
การผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (schedule elective cesarean section)		19 (73.1)
หัวใจทารกเต้นผิดปกติ (Abnormal FHR)		2 (7.7)
อื่นๆ		5 (19.2)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์หลัง ซึ่งไม่เคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน ที่ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ส่วนน้ำหนักเป็นศีรษะ ซึ่งถูกชักนำการคลอดหรือได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง (กลุ่มที่ 4) การจำแนกแบบร็อบสัน

กลุ่ม	จำนวนคนในกลุ่ม (ร้อยละ)	อัตราการผ่าตัดคลอด
4a (N=10)		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
< 40	5 (50.0)	5 (100.0)
> 40–41	5 (50.0)	5 (100.0)
น้ำหนักทารก $\pm$ SD (กรัม)	2,850 $\pm$ 938.6	
ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด (N=10)		
การผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา (CPD)		2 (20.0)
การชักนำการคลอดล้มเหลว (Failed induction)		6 (60.0)
หัวใจทารกเต้นผิดปกติ (Abnormal FHR)		2 (20)
4b (N=31)		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
< 40	28 (90.3)	
>40 – 41	3 (9.7)	
น้ำหนักทารก $\pm$ SD (กรัม)	3,245.2 $\pm$ 555.5	
ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด		
การผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา (CPD)		1 (3.2)
การผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (schedule elective cesarean section)		26 (83.9)
อื่นๆ		4 (12.9)

วิจารณ์

สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 364 ราย คลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอด 176 ราย (ร้อยละ 48.4) ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก โดยไม่ควรเกินร้อยละ 10-15 จากการศึกษาพบว่า major contribution to high CS อัตราการผ่าตัดคลอดพบได้สูงในกลุ่ม 1, 2 และ 4 (ร้อยละ 17.61, 17.61 และ 23.30 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ^{4,6,7,27}

ในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเสลภูมิ ส่วนใหญ่เป็นสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน โดยถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 1 และ 2 รวมร้อยละ 32.14 ส่วนกลุ่ม 3 และ 4 รวมร้อยละ 48.9 สัดส่วนขนาดของกลุ่ม 1 : 2 ที่พบเท่ากับ 2.7 ในขณะที่สัดส่วนที่คาดหวังมากกว่า 2 : 1 และสัดส่วนขนาดของกลุ่ม 3 : 4 ที่พบเท่ากับ 3.3 ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนของกลุ่ม 1 : 2 นอกจากนี้ในการแบ่งกลุ่มไม่ได้มีเพียงกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักนำการคลอด หรือ กลุ่มที่ผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริงเท่านั้น ยังมีกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ทั้งที่เคยและไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน รวมถึงกลุ่มที่เคยและไม่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อนด้วย จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ 5 (สตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน) พบมากถึงร้อยละ 9.61 สะท้อนให้เห็นถึงอัตราการผ่าตัดคลอดในอดีตที่ค่อนข้างสูง โดย high contribution of group 5 อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ 5 สัมพันธ์กับอัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวมที่สูงขึ้น (ร้อยละ 19.89 เมื่อเทียบกับอัตราการผ่าตัดคลอดทั้งหมด) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา^{10, 27-29}

อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่ม 1 และ 3 ก็ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 36.72 และ 15.33) เมื่อเปรียบเทียบกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก^{7,26} โดยอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มนี้ สะท้อนให้เห็นถึงข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการผ่าตัดคลอด ซึ่งข้อบ่งชี้ที่พบได้บ่อยในกลุ่มนี้ คือ ภาวะผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกราน และการเดินผิดปกติของหัวใจทารก ซึ่งการตัดสินใจผ่าตัดคลอดในแต่ละรายอาจแตกต่างกันไปตามบริบท สถานการณ์ หรือแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดคลอด นอกจากนี้ กฎหมายทางการแพทย์ ยังมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในแต่ละราย ในแง่ของการพัฒนาหรือการนำไปใช้งานในอนาคต อาจจะต้องกำหนดแนวทางการรักษาที่ชัดเจนขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลเสลภูมิเอง หรืออาจต้องขอความเห็นเพิ่มเติมจากสูติรีแพทย์ท่านอื่นร่วมด้วย เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดในอนาคต

ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการชักนำการคลอด (กลุ่มย่อย 2a และ 4a) พบอัตราการผ่าตัดคลอดค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรเองมาก่อน (กลุ่มย่อย 2a) นั้น พบได้ถึงร้อยละ 83.33 นอกจากนี้การศึกษาพบว่าความสำเร็จในการชักนำการคลอดต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา³⁰ โดยการชักนำการคลอดก่อนอายุครรภ์ 40 สัปดาห์นั้น พบในสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรเองมาก่อน ร้อยละ 83.33 และสตรีที่เคยคลอดบุตรมาแล้ว ร้อยละ 50.0 (กลุ่มย่อย 2a และ 4a) แม้ว่าข้อบ่งชี้ในการชักนำการคลอด รวมถึงการผ่าตัดคลอดจะยังไม่ชัดเจนในบางรายเนื่องจากขาดแนวทางปฏิบัติหรือรูปแบบการจัดการที่เป็นแนวเดียวกัน การกำหนดระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการชักนำการคลอด โดยกำหนดข้อบ่งชี้ ระยะเวลาในการชักนำการคลอด หรือระยะเวลาในการรอเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เข้าสู่ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดเอง รวมถึงการตัดสินใจในการผ่าตัดคลอดที่เป็นแนวทางเดียวกัน อาจช่วยให้อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่ม 1 และ 3 ลดลงได้ในอนาคต

ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ เป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน (กลุ่มย่อย 2b) ซึ่งมีส่วนทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่ม 2 มากถึงร้อยละ 68.4 คิดเป็นร้อยละ 14.77 เมื่อเทียบกับอัตราการผ่าตัดคลอดทั้งหมด รายละเอียดที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูล พบว่า ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่เป็นข้อบ่งชี้ที่สามารถยืดหยุ่นได้ ซึ่งในบางครั้งอาจยังไม่สมเหตุสมผล เช่น elective CS, cephalo-pelvic disproportion, advanced maternal age และ unfavorable cervix แต่ด้วยเหตุผลหลายประการทำให้สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความกังวลและกลัวการเจ็บครรภ์คลอด จึงขอผ่าตัดคลอดทั้งที่ยังไม่ได้รับข้อมูลหรือคำปรึกษาที่เหมาะสมครบถ้วน ในกรณีดังกล่าวอาจจะสะดวกกว่าการรอให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดเองในแง่ของการจัดการเวลาทั้งในสตรีตั้งครรภ์และแพทย์ผู้ดูแลในขณะนั้น แต่ในสูติแพทย์หลายท่าน เลือกที่จะแนะนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดเองก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิดระหว่างเจ็บครรภ์คลอดไปจนถึงคลอดบุตร ซึ่งอาจนำไปสู่การฟ้องร้องทางการแพทย์ได้ อย่างไรก็ตาม สาเหตุดังกล่าวยังไม่สามารถนำมาประเมินวิเคราะห์ได้ในการศึกษาครั้งนี้

แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะแก้ไขได้ค่อนข้างยากเนื่องจากทัศนคติและการรับรู้ของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันออกไป แต่อย่างน้อยผลการศึกษายังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญต่อเจ็บครรภ์คลอดเองก่อนได้รับการผ่าตัดคลอดในประเทศไทย

มีความเป็นไปได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่หรือสตรีที่แพทย์บางท่านไม่ได้คำนึงถึงผลเสียที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจากการผ่าตัดคลอด และยังคงแนะนำให้ผ่าตัดคลอดมากกว่าคลอดทางช่องคลอด ดังนั้น การปรับปรุงความรู้ที่เพียงพอต่อการคลอดบุตรสามารถช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้ในอนาคต โดยการลดการผ่าตัดคลอดก่อนจะมีการเจ็บครรภ์คลอดนั่นเอง หากสตรีตั้งครรภ์มีการรอให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดเองหรือมีการชักนำการคลอดตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมจะส่งผลให้อัตราการผ่าตัดคลอดในอนาคตลดลงได้เช่นกัน

จำนวนสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่ม 6 และ 7 (อายุครรภ์ครบกำหนด ส่วนนำของทารกเป็นท่าก้น) พบได้ร้อยละ 1.64 ซึ่งต่ำกว่าที่คาดไว้เล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างทั่วไปที่พบได้ร้อยละ 3-4 อัตราการผ่าตัดคลอดของทั้งสองกลุ่ม คือ ร้อยละ 100 เนื่องจากทารกที่มีส่วนนำเป็นท่าก้นนั้น เป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดโดยตรง และการหมุนเปลี่ยนท่าทารกจากภายนอก (external cephalic version หรือ ECV) ยังไม่เป็นที่ยอมรับในการสถานพยาบาลแห่งนี้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างของกลุ่ม 10 (อายุครรภ์ก่อนกำหนด) พบได้ร้อยละ 6.31 โดยพบอัตราการผ่าตัดคลอดจากกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 26.09 อาจเนื่องจากโรงพยาบาลเสลภูมิเป็นโรงพยาบาลส่งต่อระดับทุติยภูมิ ทำให้มีผู้ป่วยสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยกลุ่มนี้มักมีภาวะคลอดก่อนกำหนดตามมาได้และในความซับซ้อนดังกล่าว มักมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดรวมอยู่ด้วย

อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่ม 8 (ตั้งครรภ์แฝด) พบร้อยละ 100 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ WHO²⁶ จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลกในหลายๆ ประเทศนั้น อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่ม 8 เท่ากับร้อยละ 57.7⁷ ส่วนในการศึกษาอื่นๆ พบได้ร้อยละ 61.8-98.5, 27-29 อย่างไรก็ตาม อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการตั้งครรภ์แฝด ประวัติการเคยคลอดบุตรมาก่อน รวมถึงประวัติการผ่าตัดที่มดลูกมาก่อนหน้านี้ด้วย

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการรวมประชากรกลุ่มตัวอย่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการคลอดบุตรทั้งหมดจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการวางแผนและบันทึกโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมก่อนที่สตรีตั้งครรภ์จะออกจากโรงพยาบาล โดยการศึกษาายังแสดงให้เห็นถึงความสะดวกสบาย ความสำคัญ และความเป็นไปได้จากการจำแนกแบบร็อบสันไปใช้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในบางประการ เนื่องจากการศึกษานี้ได้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงสั้นๆ (12 เดือน) จึงไม่สามารถประเมินแนวโน้มอัตราการ CS ได้ทั้งหมด บางส่วนอาจมีข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการเริ่มเจ็บครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการจำแนกสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละกลุ่มได้ โดยเฉพาะกลุ่ม 1-4 อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเหล่านี้เก็บรวบรวมโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ เพื่อลดโอกาสการจัดประเภทที่ผิดพลาดให้ได้มากที่สุดจะได้ไม่มีผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การบันทึกเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถประเมินความเหมาะสมในการผ่าตัดคลอดได้ สุดท้ายแล้วข้อมูลของมารดาและทารกในครรภ์ไม่ได้ถูกรวบรวมเพื่อประเมินความสัมพันธ์ภายในแต่ละกลุ่ม ในอนาคตอาจต้องศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อพิจารณาความสัมพันธ์และประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในอนาคตจะสามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้หรือไม่ และจะส่งผลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์อย่างไรบ้าง นอกจากนี้ การศึกษาในครั้งนี้ยังดำเนินการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งมีอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและมีความซับซ้อนมากกว่าสถานพยาบาลอื่นๆ ก็จริง แต่อาจไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น

สรุป

ผลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้ระบบการจำแนกแบบร็อบสันสามารถช่วยให้เห็นภาพรวมและระบุต้นเหตุที่สำคัญของการผ่าตัดคลอดที่เกินความจำเป็นได้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดจากการชักนำคลอดที่ไม่ประสบความสำเร็จ และกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง ซึ่งหากมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการชักนำคลอด ระยะเวลาการรอให้เกิดการเจ็บครรภ์ และการตัดสินใจผ่าตัดคลอด ก็อาจช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ การเฝ้าติดตามอัตราการผ่าตัดคลอดอย่างต่อเนื่อง และการปรับปรุงความรู้ ความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์ร่วมกับการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม จะเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Human Reproduction Programme A. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters* 2015;23(45): 149-50. doi:10.1016/j.rhm.2015.07.007.
2. Curtin SC, Gregory KD, Korst LM, Uddin SF. Maternal morbidity for vaginal and cesarean deliveries, according to previous cesarean history: new data from the Birth Certificate, 2013. *Natl Vital Stat Rep* 2015;64(4):1-13.

3. Riskin-Mashiah S. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004;104(3):633. doi:10.1097/01.AOG.0000139325.73244.7b.
4. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet* 2010;375(9713):490-9. doi:10.1016/S0140-6736(09)61870-5.
5. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335(7628):1025. doi:10.1136/bmj.39363.706956.55.
6. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367(9525):1819-29. doi:10.1016/S0140-6736(06)68704-7.
7. Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;129(3):236-9. doi:10.1016/j.ijgo.2014.11.026.
8. Paleari L, Gibbons L, Chacon S, Ramil V, Belizan JM. [Rates of caesarean sections in two types of private hospitals: restricted-access and open-access]. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(4):263-9.
9. Ross S. An illustration of the "inverse care law": A commentary on giving birth in Canada: providers of maternity and infant care. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(1):51-3. doi:10.1016/s1701-2163(16)30172-4.
10. Lynch CM, Sexton DJ, Hession M, Morrison JJ. Obesity and mode of delivery in primigravid and multigravid women. *Am J Perinatol* 2008;25(3):163-7. doi:10.1055/s-2008-1061496.
11. Poobalan AS, Aucott LS, Gurung T, Smith WC, Bhattacharya S. Obesity as an independent risk factor for elective and emergency caesarean delivery in nulliparous women--systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Obes Rev* 2009;10(1):28-35. doi:10.1111/j.1467-789X.2008.00537.x.
12. Roman H, Goffinet F, Hulsey TF, Newman R, Robillard PY, Hulsey TC. Maternal body mass index at delivery and risk of caesarean due to dystocia in low risk pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(2):163-70. doi:10.1080/00016340701762975.
13. Bell JS, Campbell DM, Graham WJ, Penney GC, Ryan M, Hall MH. Do obstetric complications explain high caesarean section rates among women over 30? A retrospective analysis. *BMJ* 2001;322(7291):894-5. doi:10.1136/bmj.322.7291.894.
14. Callaway LK, Lust K, McIntyre HD. Pregnancy outcomes in women of very advanced maternal age. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45(1):12-6. doi:10.1111/j.1479-828X.2005.00333.x.
15. Lin HC, Sheen TC, Tang CH, Kao S. Association between maternal age and the likelihood of a cesarean section: a population-based multivariate logistic regression analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(12):1178-83. doi:10.1111/j.0001-6349.2004.00506.x.
16. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean Delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201(3):308.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.021.
17. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med* 2003;348(10):946-50. doi:10.1056/NEJMs022734.
18. Robson S, Carey A, Mishra R, Dear K. Elective caesarean delivery at maternal request: a preliminary study of motivations influencing women's decision-making. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48(4):415-20. doi:10.1111/j.1479-828X.2008.00867.x.

19. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv* 2004;59(8):601-16 doi:10.1097/01.ogx.0000133942.76239.57.
20. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ. Births in the United States, 2015. *NCHS Data Brief* 2016(258):1-8.
21. 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. doi:10.1371/journal.pone.0148343
22. No authors listed. Cesarean childbirth: an NIH consensus development conference. *Clin Pediatr (Phila)* 1981;20(9):555-60.
23. Anderson GM, Lomas J. Determinants of the increasing cesarean birth rate. Ontario data 1979 to 1982. *N Engl J Med* 1984;311(14):887-92. doi:10.1056/NEJM198410043111405.
24. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol* 1984;63(4):485-90.
25. Paterson CM, Chapple JC, Beard RW, Joffe M, Steer PJ, Wright CS. Evaluating the quality of the maternity services--a discussion paper. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98(11):1073-8. doi:10.1111/j.1471-0528.1991.tb15357.x.
26. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L, et al. Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(2):495-504. doi: 10.1016/s0002-9378(94)70217-9.
27. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1 Pt 1): 199-205. doi:10.1016/s0002-9378(96)70394-0.
28. Turcot L, Marcoux S, Fraser WD. Multivariate analysis of risk factors for operative delivery in nulliparous women. Canadian Early Amniotomy Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176(2): 395-402. doi:10.1016/s0002-9378(97)70505-2.
29. Thomas J, Callwood A, Brocklehurst P, Walker J. The National Sentinel Caesarean Section Audit. *BJOG* 2000;107(5):579-80. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb13296.x.
30. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15(1):179-94. doi:10.1053/beog.2000.0156.
31. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu 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;9(6):e97769. doi: 10.1371/journal.pone.0097769.
32. Savchenko J, Ladfors L, Hjertberg L, Hildebrand E, Brismar Wendel S. A step towards better audit: The Robson Ten Group classification system for outcomes other than cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2022;101(7):827-835. doi:10.1111/aogs.14350.

SMJ