วิเคราะห์อัตราผ่าคลอดตามการจำแนกของรอบสัน

บัณฑิต หวังสันติวงศา พ.บ.,นิติยา สุนารัตน์ พย.บ.
โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย มหาสารคาม

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัจจุบันอัตราผ่าคลอดที่เพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้การจำแนกของรอบสันเป็นเครื่องมืออย่างง่ายช่วยการวิเคราะห์และตรวจสอบอัตราผ่าคลอด เป็นจุดเริ่มแรกที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์การกำหนดนโยบายการลดอัตราผ่าคลอด

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์อัตราผ่าคลอด แบ่งกลุ่มตามการจำแนกของรอบสันและแปรผลทางคลินิกเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางลดอัตราผ่าคลอดที่ไม่จำเป็น

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2558 นำเสนอข้อมูลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: มีสตรีตั้งครรภ์มาคลอด 4540 คน อัตราผ่าคลอดร้อยละ 31.8 พบอัตราผ่าคลอดในกลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 5 กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มหลักที่มีการผ่าคลอดสูงประมาณร้อยละ 70 ของการผ่าคลอดทั้งหมด ข้อบ่งชี้ของการผ่าคลอดพบขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับอุ้งเชิงกรานมีประวัติเคยผ่าคลอดและส่วนนำเป็นก้น เป็นข้อบ่งชี้หลัก

สรุป: การจำแนกของรอบสันเป็นเครื่องมืออย่างง่ายที่ช่วยในการวิเคราะห์อัตราผ่าคลอด แนวทางการลดอัตราผ่าคลอดทบทวนการวินิจฉัยขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับอุ้งเชิงกราน การชักนำการเจ็บครรภ์คลอดอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การผ่าคลอด การจำแนกของรอบสัน

Analysis of Caesarean Section Rates According to Robson's Ten Group Classification

BunditWangsantiwongsa MD, NittiyaSunaruth
Phayakkaphumpisai Hospital Mahasarakham

Abstract

Background: With Caesarean section rates on the rise WHO proposes use Robson's ten group classification to analyze and audit caesarean section rates. It is the starting point help to analyze and formulate strategies to reduce caesarean section rates.

Objective: To analysis caesarean section rates according to Robson's ten group classification and clinically interpretation to formulate guideline to reduce caesarean section rate.

Materials and Methods: Retrospective study was conducted pregnant women, who delivered at Phayakkaphumpisai Hospital from 1 October 2010 to 30 September 2015. Data was analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation.

Result: Data were collected 4540 of pregnant women and found caesarean section rate was 31.8%. Caesarean rate contributed in group 2, group 5 and group 1 around 70% of all caesarean section. Cephalopelvic disproportion, previous CS and breech presentation were main indication for procedure.

Conclusions: Robson's ten group classification is the easy tool to analyze caesarean section rates. To reduce caesearean section rates, should review definition of cephlopelvic disproportion and suitable induced labor.

Keywords: caesarean section, Robson's ten group classification

บทนำ

การผ่าคลอดเป็นหัตถการที่ช่วยเหลือมารดาและทารกในครรภ์เมื่อเกิดภาวะวิกฤตโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อัตราผ่าคลอดเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาทั่วทุกภูมิภาคของโลกในแถบลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราผ่าคลอดสูงสุดคือร้อยละ 40.5 อเมริกาเหนือร้อยละ 32.3 โอเชเนีย ร้อยละ 31.1 ยุโรป ร้อยละ 25 เอเชีย ร้อยละ 19.2 และแอฟริกา ร้อยละ 7.3 สำหรับอัตราผ่าคลอดในประเทศไทย พ.ศ. 2533 ร้อยละ 14.8 เพิ่มเป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ในปี พ.ศ. 2557 แต่ในบางโรงพยาบาลอาจมีค่าที่สูงกว่านี้ เช่น โรงพยาบาลสระบุรีมีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 48 ในปี พ.ศ. 2559[1-3] โรงพยาบาลหลังสวนมีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 54.5 ในปี พ.ศ. 2560[4] ในส่วนโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยอัตราผ่าคลอดร้อยละ 15.8 ในปีพ.ศ. 2547 เพิ่มเป็นร้อยละ 25.1 ในปีพ.ศ. 2551 เพราะในปัจจุบันมีความปลอดภัยสูงจนบางครั้งเกิดความเข้าใจผิดว่าไม่มีความเสี่ยงก่อให้เกิดการผ่าคลอดที่ไม่จำเป็นมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้แนะนำไม่ควรผ่าคลอดเกินร้อยละ 10 – 15 เพราะไม่ได้ทำให้อัตราตายปริกำเนิด อัตราภาวะทุพลภาพ อัตราตายของมารดาลดลง อีกทั้งยังเพิ่มภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด และอาจเป็นการทำที่ไม่เหมาะสมทางจริยธรรม ยังคงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายแก่ทางรัฐบาล ครอบครัว มารดาตั้งครรภ์ ในประเทศอังกฤษประมาณว่าทุกร้อยละ 1 ของอัตราผ่าคลอดจะเพิ่มค่าใช้จ่ายประมาณ 5 ล้านปอนด์ ในประเทศไทยมีการคาดการณ์ว่าหากลดอัตราผ่าคลอดของประเทศลงได้ร้อยละ 1 จะประหยัดค่าใช้จ่าย 100 ล้านบาท[5] เหตุผลหลักที่ทำให้อัตราผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเนื่องจาก 1.ข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม 2.ความต้องการผ่าคลอดของมารดาเนื่องจากไม่ต้องการเจ็บครรภ์ กลัวว่าถ้าคลอดเองทารกอาจจะมีปัญหา ประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการคลอดในครรภ์ก่อน กลัวการฉีกขาดของช่องคลอดทำให้เกิดการหย่อนของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ซึ่งในความจริงก็คือความไม่รู้ ความสะดวกและฤกษ์ยาม 3.การฟ้องร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับทุรเวชปฏิบัติ การศึกษาพบว่าแม้ในความเป็นจริงการผ่าคลอดมีอันตรายต่อมารดาและทารกมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดแต่ในรายที่มีการฟ้องร้องพบว่าส่วนมากเป็นการฟ้องร้องเพราะไม่ผ่าคลอดให้ทันเวลา แต่ไม่มีการฟ้องที่ทำการผ่าคลอดเกินความจำเป็นจนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา 4.การบริหารเวลาของแพทย์ เพราะว่าแพทย์สามารถประมาณเวลาในการผ่าคลอด ไม่เหมือนการให้มารดาคลอดเองซึ่งไม่สามารถประมาณเวลาคลอดที่แน่นอน 5.การฝากครรภ์พิเศษ สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์พิเศษมีโอกาสได้รับการผ่าคลอดมากกว่า และแพทย์ได้ค่าตอบแทนมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด[1-5] พ.ศ. 2544 Michael Robson ได้เสนอการจัดระบบแยกแยะหญิงตั้งครรภ์เป็น 10 กลุ่ม เรียก Robson’s ten group classification เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์อัตราผ่าคลอด[6] ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกและ FIGO ได้แนะนำให้ใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบเพื่อลดอัตราผ่าคลอดที่ไม่จำเป็นลง[7-8] สำหรับประเทศไทยทางกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลที่มีการผ่าคลอดนำไปใช้ตรวจสอบการผ่าคลอดของโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานทางสูติศาสตร์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ลักษณะของการเจ็บครรภ์(เจ็บครรภ์เอง,ถูกชักนำ

ให้เจ็บครรภ์,ไม่เจ็บครรภ์) อายุครรภ์ขณะมาคลอด(ก่อนกำหนด ,ครบกำหนด)แนวลำตัวและส่วนนำของทารก (ท่าศีรษะ, ท่าก้น, ท่าขวาง, ท่าเฉียง) และจำนวนทารกในครรภ์(ครรภ์เดี่ยว, ครรภ์แฝด) สามารถแบ่งออกเป็น 10 กลุ่ม

วัตถุประสงค์

1.เพื่อวิเคราะห์อัตราผ่าคลอด แบ่งกลุ่มตามการจำแนกของรอบสัน (Robson's ten group classification)

2.เพื่อแปรผลทางคลินิกเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางลดอัตราผ่าคลอดที่ไม่จำเป็น

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2558 โดยตัดสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกมีความผิดปกติ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ได้สตรีตั้งครรภ์ที่มาศึกษาทั้งหมด 4540 คน ข้อมูลที่ศึกษาใช้ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางสูติศาสตร์ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการคลอดบุตร การเจ็บครรภ์(เจ็บครรภ์เอง,ถูกชักนำให้เจ็บครรภ์,ไม่เจ็บครรภ์) อายุครรภ์เมื่อมาคลอด ส่วนนำของทารก(ท่าศีรษะ,ท่าก้น,ท่าขวาง,ท่าเฉียง) จำนวนทารกในครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้การผ่าคลอด นำข้อมูลที่ลงมาแจกแจงแบ่งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ตาม Robson'sClassification (ตารางที่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ตาม Robson's Classification(modify)[6]

กลุ่ม	ลักษณะสตรีตั้งครรภ์
1	สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภเดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และมาด้วยเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ
2	สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
2a	ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์
2b	ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
3	สตรีตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัดคลอดและครรภ์นี้เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนดและมาด้วยเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ
4	สตรีตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัดคลอดและครรภ์นี้เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
4a	ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์
4b	ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
5	สตรีตั้งครรภ์หลัง เคยผ่าตัดคลอด ครรภ์นี้เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด
6	สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าก้น
7	สตรีตั้งครรภ์หลังที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าก้นอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
8	สตรีตั้งครรภ์แฝด อาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
9	สตรีตั้งครรภ์เดี่ยว ทารกเป็นท่าขวางหรือท่าเฉียง อาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
10	สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวทารกเป็นท่าหัว อายุครรภ์ก่อนกำหนด อาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน

ผลการศึกษา

ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 5 ปีมีสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 4540 คนคลอดโดยการผ่าคลอด 1429 ราย คลอดทางช่องคลอด 3111 ราย มีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 31.48 เมื่อแยกตามรายปีพบอัตราผ่าคลอดสูงขึ้นทุกปี จากร้อยละ 27.20 เป็นร้อยละ 34.45 (ดังรายละเอียดตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละการคลอดแยกแต่ละประเภท

พุทธศักราช	ประเภทการคลอด				
	ผ่าคลอด		คลอดทางช่องคลอด		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	p-value
2554	228	27.20	610	72.80	< 0.01
2555	313	30.86	701	69.14	<0.01
2556	287	31.64	620	68.36	<0.01
2557	293	33.03	594	66.97	<0.01
2558	308	34.45	586	65.55	<0.01

อายุเฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดโดยการผ่าคลอดมีค่าเท่ากับ 27.12 ปี และคลอดทางช่องคลอดมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24.71 ปี แต่ว่ามีแนวโน้มในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 20 ปีเพิ่มสูงขึ้น เป็นสตรีตั้งครรภ์แรกมากที่สุด อายุครรภ์ที่คลอดบุตรอยู่ในช่วง 37 – 40 สัปดาห์มากที่สุด น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกคลอดในกลุ่มที่ผ่าคลอดมีน้ำหนักเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่คลอดทางช่องคลอด(ดังรายละเอียดตารางที่ 3)

สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดเมื่อได้แบ่งกลุ่มตามการจำแนกของรอบสัน (Robson's classification) พบว่าสตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภเดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และมาด้วยเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ (กลุ่มที่ 1) มีมากที่สุดร้อยละ 35.4, 31.3, 29.8, 30.8 และ 34.5 สตรีตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด และครรภ์นี้เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และมาด้วยเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ (กลุ่มที่ 3) เป็นอันดับที่ 2 ร้อยละ 29.8, 28.9, 29.1, 28.3 และ 28.0 สตรีตั้งครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด และครรภ์นี้เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์(กลุ่มที่ 4) เป็นอันดับที่ 3 ร้อยละ 7.7, 9.3, 9.4, 8.5 และ7.6 (ดังรายละเอียดตารางที่ 4 ช่อง ก) อัตราผ่าคลอดต่อจำนวนคลอดแต่ละกลุ่มพบว่า สตรีตั้งครรภ์เดี่ยว ทารกเป็นท่าขวางหรือท่าเฉียง อาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน(กลุ่มที่ 9) มีมากที่สุด ร้อยละ 100 ทุกปี สตรีตั้งครรภ์หลัง เคยผ่าตัดคลอด ครรภ์นี้เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด (กลุ่มที่ 5) ร้อยละ 96.5, 100, 100, 98.6 และ100 เป็นอันดับที่ 2 สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าก้น(กลุ่มที่ 6) ร้อยละ 91.7, 95.2, 100, 92.3 และ 100 เป็นอันดับที่ 3 (ดังรายละเอียดตารางที่ 4 ช่อง ข) อัตราผ่าคลอดต่อจำนวนทั้งหมดพบว่า สตรี

ตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ (กลุ่มที่ 2) มีมากที่สุด ร้อยละ 24.5, 26.2, 33.8, 26.9และ25.6 สตรีตั้งครรภ์หลัง เคยผ่าตัดคลอดครรภ์นี้เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด (กลุ่มที่ 5) ร้อยละ 24.1,25.5, 21.2, 25.3 และ 22.7 เป็นอันดับที่ 2 สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภเดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และมาด้วยเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ(กลุ่มที่ 1) ร้อยละ 21.5, 15.0, 17.5, 20.8 และ 23.0 เป็นอันดับที่ 3 (ดังรายละเอียดตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสูติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มผ่าคลอดและคลอดทางช่องคลอด

ข้อมูลส่วน	**2554**		**2555**		**2556**		**2557**		**2558**	
บุคคลและสูติกรรม	**ก**	**ข**	**ก**	**ข**	**ก**	**ข**	**ก**	**ข**	**ก**	**ข**
อายุ(ปี)										
< 20	25	111	41	164	36	136	31	130	41	138
20-34	174	453	230	481	213	452	216	416	226	408
≥35	28	46	42	57	38	52	46	48	41	41
อายุเฉลี่ย±SD	27.05± 6.32	25.17± 6.0	27.45± 6.28	24.75± 6.21	26.68± 6.48	25.00± 6.19	27.25± 6.25	24.69± 6.16	26.79± 6.58	24.49± 6.04
เฉลี่ยทั้งหมด	27.12± 6.31	24.71± 6.04								
การตั้งครรภ์										
1	122	305	164	353	156	316	160	302	168	307
2	89	232	117	264	112	233	106	226	121	208
>3	16	73	32	85	19	71	27	66	19	71
อายุครรภ์ (สัปดาห์)										
< 37	7	41	10	32	5	24	10	40	11	38
37-40	205	530	291	657	273	584	278	550	290	541
> 41	15	19	12	12	9	12	5	4	7	7
น้ำหนักทารกแรกเกิด										
< 2500	10	54	24	54	21	63	22	54	20	58
2500-4000	212	552	279	660	267	547	271	526	288	523
> 4000	6	8	10	4	11	2	13	5	9	3
น้ำหนักเฉลี่ย±SD	3183.6± 435.6	3014± 396.5	3133.2± 464.6	3025.9± 383.3	3163.6± 477.1	2982.3± 386.6	3147.4± 458.8	2992.3± 421.6	3160.3± 441.8	2992.4± 470.8

หมายเหตุ ก หมายถึง ผ่าคลอดบุตร ข หมายถึง คลอดทางช่องคลอด

ตารางที่ 4 อัตราผ่าคลอดตามการจำแนกของรอบสัน

Robson	2554		2555		2556		2557		2558	
	ก(%)	ข(%)	ก(%)	ข(%)	ก(%)	ข(%)	ก(%)	ข(%)	ก(%)	ข(%)
1	297(35.4)	50(16.8)	318(31.3)	55(17.2)	271(29.8)	43(15.8)	274(30.8)	61(22.2)	309(34.5)	71(22.2)
2	98(11.7)	56(57.1)	159(18.7)	82(51.5)	171(18.8)	97(56.7)	153(17.2)	79(51.6)	139(15.5)	79(57.6)
2.1	85(10.1)	43(50.5)	135(13.3)	59(43.7)	160(17.6)	86(53.7)	137(15.4)	63(45.9)	126(14.0)	63(52.4)
2.2	13(1.6)	13(100)	24(2.3)	23(95.8)	11(1.2)	11(100)	16(1.8)	16(100)	13(1.5)	13(100)
3	250(29.8)	14(5.6)	293(28.9)	19(6.4)	260(29.1)	19(7.1)	251(28.3)	27(10.5)	251(28.0)	26(10.3)
4	68(7.7)	21(32.3)	95(9.3)	35(36.8)	86(9.4)	34(39.5)	76(8.5)	18(21.6)	68(7.6)	37(54.4)
4.1	58(6.9)	14(24.1)	74(7.3)	15(20.2)	72(7.9)	20(2.8)	66(7.4)	8(12.1)	55(6.1)	11(20)
4.2	7(0.8)	7(100)	21(2.0)	20(95.2)	14(1.5)	14(100)	10(1.1)	16(100)	13(1.5)	13(100)
5	57(6.8)	55(96.5)	80(7.9)	80(100)	61(6.7)	61(100)	75(8.4)	74(98.6)	70(7.1)	70(100)
6	12(1.4)	11(91.7)	21(2.0)	20(95.2)	12(1.3)	12(100)	13(1.5)	12(92.3)	13(1.5)	13(100)
7	16(1.9)	16(100)	16(1.6)	14(87.5)	15(1.7)	13(86.6)	12(1.4)	12(100)	18(2.0)	15(83.3)
8	4(0.5)	1(25)	3(0.3)	3(100)	4(0.4)	4(100)	6(0.6)	5(83.3)	5(0.5)	2(40)
9	1(0.1)	1(100)	2(0.2)	1(100)	1(0.1)	1(100)	1(0.1)	1(100)	4(0.4)	4(100)
10	38(4.5)	3(7.9)	27(2.6)	3(11.1)	3(2.4)	3(13.6)	26(2.9)	4(15.3)	17(1.9)	4(23.5)

หมายเหตุ ก หมายถึง จำนวนสตรีตั้งครรภ์แต่ละกลุ่มต่อจำนวนสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด

ข หมายถึง จำนวนสตรีตั้งครรภ์ผ่าคลอดต่อจำนวนคลอดแต่ละกลุ่ม

ตารางที่ 5ร้อยละของจำนวนผ่าคลอดต่อจำนวนผ่าคลอดทั้งหมด

Robson	ร้อยละของจำนวนผ่าคลอดแต่ละกลุ่มต่อจำนวนผ่าคลอดทั้งหมด				
	2554	2555	2556	2557	2558
1	21.9	17.5	15.0	20.8	23.0
2	24.5	26.2	33.8	26.9	25.6
2.1	18.8	18.8	30.0	21.5	21.4
2.2	5.7	7.4	3.8	5.4	4.2
3	6.1	6.0	6.6	9.2	8.4
4	9.2	11.2	11.8	6.1	7.7
4.1	6.1	4.7	7.0	2.7	3.5
4.2	3.0	6.4	4.8	3.4	4.2
5	24.1	25.5	21.2	25.3	22.7
6	4.8	6.3	4.1	4.1	4.2
7	7.0	4.4	4.5	4.1	4.8
8	0.4	0.9	1.3	1.7	0.6
9	0.4	0.6	0.3	0.3	1.3
10	1.3	0.9	1.0	1.3	1.3

สำหรับข้อบ่งชี้ของการผ่าคลอดสามอันดับแรก ได้แก่ ขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับอุ้งเชิงกราน(CPD) มีประวัติเคยผ่าคลอด(Previous CS) และส่วนนำเป็นก้น(Breech presentation) แต่มีข้อสังเกตว่าการผ่าคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ElectiveCS) มีจำนวนที่มาก(ดังรายละเอียดตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ข้อบ่งชี้ในการผ่าคลอด

ข้อบ่งชี้ในการผ่าคลอด	พ.ศ. 2554 ราย	พ.ศ. 2555 ราย	พ.ศ. 2556 ราย	พ.ศ. 2557 ราย	พ.ศ. 2558 ราย
CPD	76	100	120	107	129
Previous CS	55	80	61	74	70
Breech presentation	27	34	25	24	23
Elective CS	9	31	17	15	16
Thick meconium	14	11	9	7	13

วิจารณ์

การผ่าคลอดเพิ่มสูงขึ้นทั่วภูมิภาคของโลก แต่จะมีความแตกต่างกันในแต่ละแห่งอย่างในประเทศไทยเช่น โรงพยาบาลสระบุรีมีอัตราผ่าคลอดในปี พ.ศ. 2559 ที่ร้อยละ 48 โรงพยาบาลหลังสวน พ.ศ. 2557 ที่ร้อยละ 55.7 ในส่วนของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยมีอัตราผ่าคลอดเฉลี่ย 5 ปี(พ.ศ. 2554-2558) ที่ร้อยละ 31.8 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 ที่มีอัตราผ่าคลอดที่ร้อยละ 25.1 ทางองค์การอนามัยโลก, FIGO, กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้แนะนำให้ใช้การจำแนกของรอบสัน (Robson's ten group classification) มาใช้เพื่อประโยชน์ช่วยวิเคราะห์ดูอัตราผ่าคลอด ความเหมาะสมของการผ่าคลอดและยังสามารถกำหนดนโยบายวางแนวทางในการลดการผ่าคลอดที่ไม่จำเป็นได้ด้วย (unnecessary CS)[11] การศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด 3 อันดับเป็นกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาอื่น[9,10,12] แต่เมื่อพิจารณาอัตราผ่าคลอดพบว่า 3 อันดับแรกเป็นกลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 5 กลุ่มที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ramesh B แต่จะแตกต่างจากการศึกษาของนิติพร อยู่แก้วที่เป็นกลุ่มที่ 5 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 1 ของ Manoj B ที่เป็นกลุ่มที่ 5 กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 แต่ทั้ง 3 กลุ่มนี้อัตราผ่าคลอดประมาณร้อยละ 69 – 74 ของการผ่าคลอดทั้งหมด สำหรับอัตราผ่าคลอดต่อจำนวนคลอดในแต่ละกลุ่มพบว่าในกลุ่มที่ 2 มีสัดส่วนสูงมากเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ 1 (2.2-3.4:1) เมื่อพิจารณาข้อบ่งชี้ของการผ่าคลอดแล้วพบว่า 3 อันดับแรกเป็นขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับอุ้งเชิงกราน(CPD) มีประวัติเคยผ่าคลอด(Previous CS) และส่วนนำเป็นก้น(Breech presentation) การผ่าคลอดโดยที่ไม่มีข้อบ่งชี้(Elective CS)พบว่ามี

ปริมาณที่มากขึ้น สำหรับกลุ่มที่ 6 – 9 นั้นมีอัตราผ่าคลอดรวมกันร้อยละ 10-12 แต่ว่าอัตราผ่าคลอดภายในกลุ่มเกือบร้อยละ 100 สำหรับแนวทางลดอัตราผ่าคลอดลงควรที่จะลดการผ่าคลอดในกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 ซึ่งก็คือลดการผ่าคลอดครั้งแรก(Primary caesarean section) เช่น ไม่ผ่าคลอดในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ การให้ยาเร่งคลอดในสตรีที่ยังไม่เจ็บครรภ์ควรเริ่มเมื่ออายุครรภ์ 41 สัปดาห์ยกเว้นกรณีที่มีข้อบ่งชี้ให้คลอด[11] การวินิจฉัยขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับอุ้งเชิงกราน(CPD) ควรทำตามแนวทางของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยหรือ American college of Obstetrics and Gynecologist and the Society for Foetal and Maternal Medicine for safe reduction of caesarean section rates[13]ในกลุ่มที่ 5 สตรีตั้งครรภ์หลัง เคยผ่าตัดคลอด ครรภ์นี้เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนดในต่างประเทศแนะนำการทำ VBAC (Vaginal Birth After Caesarean Section) แต่สำหรับประเทศไทยความพร้อมในการทำยังน้อยและมีความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องทางกฎหมายได้หากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ในกลุ่มที่ 6 สตรีตั้งครรภ์แรก ที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าก้น และ กลุ่มที่ 7 สตรีตั้งครรภ์หลังที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าก้นอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน องค์การอนามัยโลกแนะนำการทำหมุนทารกศีรษะกลับเป็นท่าหัว(ExternalCephalic Version)[10,12] สำหรับในประเทศไทยผู้เชี่ยวชาญในการทำมีน้อยและมีความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้องทางกฎหมายหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น การจำแนกของรอบสัน (Robson'stengroupclassification) มีข้อจำกัดบางประเด็น เช่น ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะบางอย่างที่ต้องผ่าคลอดโดยที่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์ เช่น รกเกาะต่ำ(placenta previa) ครรภ์เป็นพิษ(preeclampsia with severe feature) ในความเป็นจริงไม่ต้องวิตกกังวลไปว่าอัตราผ่าคลอดจะสูงขึ้นหรือลดลงไปเป็นเท่าใดแต่ควรวิเคราะห์ว่าการผ่าคลอดในแต่ละรายนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่

สรุป

แม้ว่าอัตราผ่าคลอดของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยจะไม่สูงเทียบเท่ากับการศึกษาอื่นแต่ก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การใช้การจำแนกของรอบสันช่วยให้สามารถตรวจสอบความเหมาะสมของการผ่าคลอด พบว่าอัตราผ่าคลอดในกลุ่มที่ 1, 2 และ 5 เป็นกลุ่มหลักของการผ่าคลอด ดังนั้นแนวทางการลดอัตราผ่าคลอดการนำผู้ป่วยมาชักนำการเจ็บครรภ์คลอดอย่างเหมาะสมเพื่อลดการชักนำคลอดที่ล้มเหลวจนนำไปสู่การผ่าคลอด การวินิจฉัยขนาดศีรษะไม่สัมพันธ์กับอุ้งเชิงกรานให้ยึดตามแนวทางของราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย ไม่ผ่าคลอดในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ของการผ่าคลอดจะทำให้สามารถลดการผ่าคลอดครั้งแรกลงได้และจะทำให้อัตราผ่าคลอดในสตรีที่เคยผ่านการผ่าคลอดลดลงในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1.นิติพร อยู่แก้ว. อัตราผ่าคลอดตามระบบร้อบสัน.วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2560; 3: 262-71.

2.ธีระ ทองสง. CESAREAN SECTION RATE: HOW TO CONTROL [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2561 สิงหาคม 14]. Available from: http://www.medicine.cmu.ac.th/

3.Dorthe F, Eline A, Grete B, Pal O, Ivar SK. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. Am J ObstetGynecol .2011;205:45.e1-9.

4.ฐิติมา หาญสมบูรณ์, เอกมาศ วงศ์ไพรินทร์. สถานการณ์ผ่าตัดคลอดโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 : กรณีศึกษาโรงพยาบาลหลังสวน. มหาราชนครศรีธรรมราช เวชสาร 2561; 2(1) : 1-7.

5.ยศ ตีระวัฒนานนท์, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, จงกล เลิศเธียรธำรง, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การทำนายโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรสำหรับหญิงไทย กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ๒๙ แห่ง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545; 11: 630-7.

6.Pandey D. Robson criteria: An Emerging Concept. J Gynecol2017; 2(2): 178-81.

7.Koffi A, Kouame AD, Kakou C, Adjoby R, Diomande FA, Kimou A. How Referred Patients Influence Cesarean Section Rate Pattern: Analysis according to the Robson Classification. Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2017;7: 1132-40.

8.Rayshang GY, NanditaMaitra. Examining Cesarean Delivery Rates Using the Robson's Ten-group Classification. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2016;66(S1): S1-S6.

9.Ayman SD, Abdel-Ghafar SD, Shereef LE. A Three Year Retrospective Study of Caesarean Section Rate at Tanta University Hospitals. Journal of Gynecolgy and Obstetrics.2017;5(2):25-30.

10.Manoj Bhatt, GunvantKadikar, Dipti CP, MedhaKanani. Retrospective study of Cesarean section by using the Robson 's ten group classification system. International Journal of Reproduction, contraception, Obstetrics and Gynecology.2018;7(3):1054-7.

11.Tanaka K, Mahomed K. The ten-group Robson classification: A single centre approach identifying strategies to optimize Caesarean section rates. ObstetGynecolInternat2017. Article ID 5648938, 5 pages.

12.Ramesh B, Ravi V, Archana HK. Analysis of increasing caesarean section rates using 10 group classification system. J. Evid. Based Med. Health. 2016;3(61):3323-7.

13.Amita R, Sumy J. Analysis of caesarean section rates according to Robson's ten group classification system and evaluating indications within the groups. Int J ReprodContraceptObstet Gynecol.2017;6(2):447-51.