

อัตราและแนวโน้มการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลตราด

Trend of Cesarean Section Rate in Trat Hospital

ทินภัทร์ กระระวานิช พ.บ.*

ABSTRACT

- Objective** : To assess the cesarean section rate, perinatal mortality rate and trend in Trat Hospital.
- Study design** : Retrospective study
- Methods** : Retrospective study was done by using TRAD HMS Program. Subjects were women who delivered their babies at Trat Hospital from October 1, 2003 to September 30, 2008. The data was analysed by using the percentage, average and correlation tests using Chi-Square.
- Results** : There were 10,367 deliveries in 5-year period. The rate of cesarean section decreased from 22.75% in 2003 to 19.58% in 2008, with mean rate was 20.52%. Unprogress of labor, fetal distress (nonreassuring FHR pattern) and previous cesarean section were the three most common indications for cesarean section. The average perinatal mortality rate was 5.69 per 1,000 births, ranging from 3.82 to 7.63 per 1,000 births. There were not correlation at 95% level of significance between cesarean section rate with perinatal mortality rate. ($p = 0.22$).
- Conclusion** : The trend of cesarean section rate in Trat Hospital and perinatal mortality rate were decreasing but there were not correlation at 95% level of significance between cesarean section rate with perinatal mortality rate. ($p = 0.22$)
- Key words** : Cesarean section rate, perinatal mortality rate

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์** : เพื่อประเมินแนวโน้มของอัตราผ่าตัดคลอดและอัตราทารกตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลตราด และหาความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดคลอดกับอัตราทารกตายปริกำเนิด
- รูปแบบการศึกษา** : เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง
- วิธีการศึกษา** : เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังในระบบสารสนเทศ โปรแกรม TRAD HMS กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลตราด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2551 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติโคสแควร์
- ผลการศึกษา** : ในช่วงระยะเวลา 5 ปี มีการคลอดทั้งหมด 10,367 ครั้ง อัตราการผ่าตัดคลอดลดลงจากร้อยละ 22.75 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 19.58 ในปี 2551 โดยมีอัตราเฉลี่ยของการผ่าตัดคลอดเท่ากับร้อยละ 20.52 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดที่พบบ่อยสามอันดับแรก คือ unprogress of labor, fetal distress (nonreassuring FHR pattern) and previous cesarean section อัตราทารกตายปริกำเนิดมีค่าอยู่ระหว่าง 3.82 ถึง 7.63 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.69 ต่อการเกิด 1,000 ราย เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดคลอดกับอัตราทารกตายปริกำเนิด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p = 0.22$)
- สรุปผล** : อัตราการผ่าตัดคลอดและอัตราทารกตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลตราดมีแนวโน้มลดลงแต่เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดคลอดกับอัตราทารกตายปริกำเนิด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p = 0.22$)
- สรุป** : อัตราการผ่าตัดคลอดและอัตราทารกตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลตราดมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดคลอดกับอัตราทารกตายปริกำเนิด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p = 0.22$)
- คำสำคัญ** : อัตราการผ่าตัดคลอด, อัตราทารกตายปริกำเนิด

บทนำ

การผ่าตัดคลอดเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางสูติกรรมที่ทำกันมากที่สุดในทั่วทุกภูมิภาคของโลก ในบางประเทศมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงมาก เช่น ซิลี ร้อยละ 40¹, บราซิล ร้อยละ 36², ไต้หวัน ร้อยละ 32.3³ และสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 26.14 ในปี ค.ศ. 2002 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดเท่าที่เคยมีการบันทึกมา ในประเทศไทยอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 15.9 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 22.4 ในปี พ.ศ. 2539⁵ และในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการศึกษาในสถาบันหลักในการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง พบว่าส่วนใหญ่อัตราการผ่าตัดคลอดยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล (รามธิบดี) ร้อยละ 35.30 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร้อยละ 34.7, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร้อยละ 32.00, มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร้อยละ 26.94, มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราช) ร้อยละ 26.40 และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร้อยละ 16.10⁶ จะเห็นได้ว่าขณะนี้สถาบันหลักในการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่และในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น ซึ่งควรจะได้ตระหนักว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และควรให้ความสนใจเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากทำให้มีอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของมารดาสูงขึ้น ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดที่สูงขึ้น และระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น^{5,6}

วัตถุประสงค์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินแนวโน้มของอัตราการผ่าตัดคลอดและอัตราทารกตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลตราด และหาความสัมพันธ์ของการผ่าตัดคลอดกับอัตราทารกตายปริกำเนิด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ที่เข้ารับการคลอดทั้งหมดที่โรงพยาบาลตราด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2551 จากระบบสารสนเทศโปรแกรม TRAD HMS จำแนกเป็นการคลอดปกติ, การผ่าตัดคลอด, ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด และทารกเสียชีวิต โดยทารกที่เสียชีวิตในระยะแรกคลอดนั้นได้เก็บข้อมูลจากหน่วยทารกแรกเกิด

การวิเคราะห์ข้อมูล อัตราและแนวโน้มในการผ่าตัดคลอด และอัตราทารกตายปริกำเนิด สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการผ่าตัดคลอด และอัตราทารกตายปริกำเนิด โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) โดยกำหนดความเชื่อมั่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2551

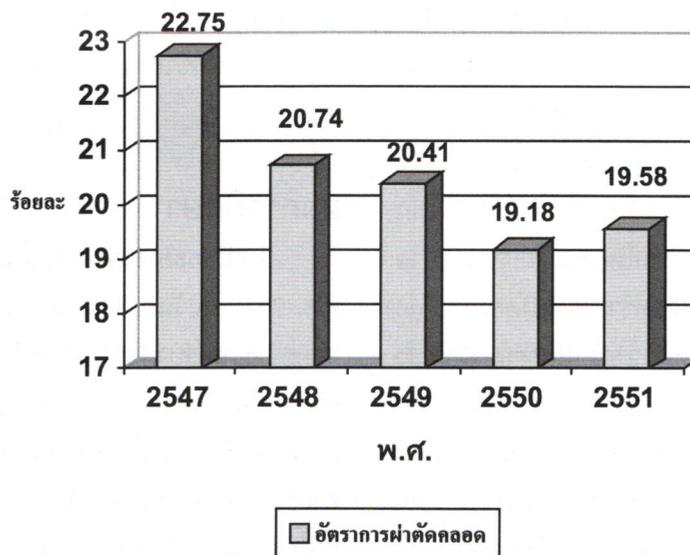
โรงพยาบาลตราดมีการคลอดทั้งสิ้น 10,367 ครั้ง เฉลี่ยจำนวนคลอด 2,073 ครั้งต่อปี จำนวนการคลอดมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ เป็นการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 79.48 อัตราการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยร้อยละ 20.52 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มลดลง ดังตารางที่ 1 และแผนภูมิที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนคลอด ผ่าตัดคลอด เป็นราย/อัตราผ่าตัดคลอดเป็นร้อยละ

ปี พ.ศ.	จำนวนคลอดทั้งหมด (ราย)	จำนวนผ่าตัดคลอด (ราย)	อัตราผ่าตัดคลอด (ร้อยละ)
2547	2,096	477	22.75
2548	2,058	427	20.74
2549	2,063	421	20.41
2550	2,094	402	19.18
2551	2,056	682	19.58
รวม	10,367	2,128	20.52

แผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราการผ่าตัดคลอด ปี 2547-2551



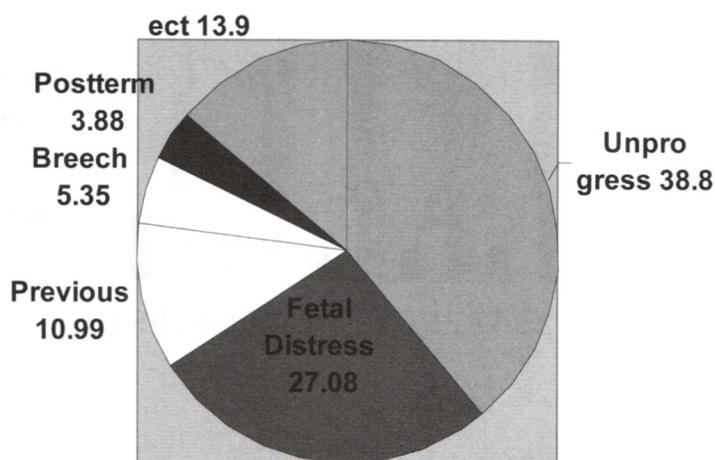
จากตารางที่ 1 และแผนภูมิรูปที่ 1 พบว่าในช่วงระยะเวลา 5 ปี มีผู้มาคลอดทั้งสิ้น 10,367 ครั้ง โดยมีจำนวนผู้มาคลอดเฉลี่ย 2,073 ครั้งต่อปี เป็นการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดร้อยละ 20.52 ที่เหลือเป็นการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 79.48 โดยพบว่าในปี 2547 มีอัตราการผ่าตัดคลอด

คิดเป็นร้อยละ 22.75 ปี 2548 มีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง คิดเป็นร้อยละ 20.74 ปี 2549 มีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง คิดเป็นร้อยละ 20.41 ปี 2550 มีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง คิดเป็นร้อยละ 19.18 และปี 2551 มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มกว่าปี 2550 เล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.58

ตารางที่ 2 แสดงอัตราการผ่าตัดคลอดเปรียบเทียบกับการคลอดทั้งหมด และการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ในช่วงระยะเวลา 5 ปี

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด	จำนวนผ่าตัดคลอด (ราย)	อัตราผ่าตัดคลอด (ร้อยละ)
1. Unprogress of labor	8.41	38.80
2. Fetal distress	6.21	27.08
3. Previous cesarean section	2.31	10.99
4. Breech presentation	0.50	5.35
5. Postterm	0.17	3.88
6. อื่น ๆ	2.92	13.90
รวม	20.52	100

แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละข้อบ่งชี้ของอัตราการผ่าตัดคลอด ในระยะเวลา 5 ปี



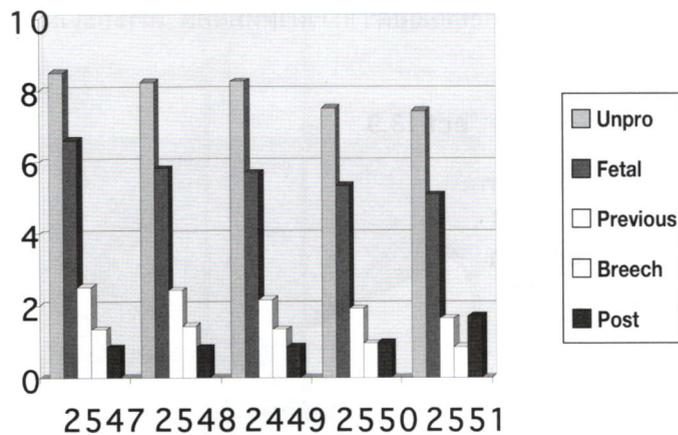
จากตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 2 พบว่าในช่วงระยะเวลา 5 ปี ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดที่มากที่สุด คือ Unprogress of labor คิดเป็นร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ Fetal distress คิดเป็นร้อยละ

27.08 จากข้อบ่งชี้ Previous cesarean section คิดเป็นร้อยละ 10.99 จากข้อบ่งชี้ Breech presentation คิดเป็นร้อยละ 5.35 และข้อบ่งชี้อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 13.90

ตารางที่ 3 แสดงอัตราการผ่าตัดคลอดแต่ละปีเป็นร้อยละ จำแนกตามข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด

ข้อบ่งชี้ของ	2547	2548	2549	2550	2551
1. Unprogress of labor	8.51	8.23	8.25	7.50	7.41
2. Fetal distress	6.60	5.82	5.70	5.32	5.07
3. Previous cesarean section	2.55	2.41	2.16	1.91	1.63
4. Breech presentation	1.33	1.42	1.32	0.93	0.84
5. Postterm	0.82	0.82	0.84	0.96	1.70
6. อื่น ๆ	2.44	2.04	2.24	2.56	2.93
รวม	22.25	20.74	20.41	19.18	19.58

แผนภูมิที่ 3 แสดงร้อยละข้อบ่งชี้ของอัตราการผ่าตัดคลอด ในระยะเวลา 5 ปี



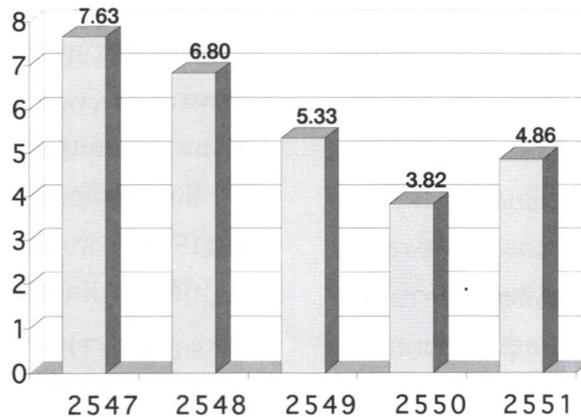
จากตารางที่ 3 และแผนภูมิที่ 3 พบว่าข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดในแต่ละปีที่มากที่สุด คือ Unprogress of labor รองลงมาคือ Fetal distress, Previous cesarean section, Breech presentation

และ Postterm ตามลำดับ โดยพบว่าข้อบ่งชี้ทุกรายการมีแนวโน้มลดลงทุกปี ยกเว้น Postterm ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนการคลอดทั้งหมด/จำนวนทารกตายปริกำเนิดเป็นราย และอัตราทารกตายปริกำเนิดต่อการเกิด 1,000 ราย จำแนกตามปี

ปี พ.ศ.	จำนวนคลอดทั้งหมด (ราย)	จำนวนทารกตายปริกำเนิด (ราย)	อัตราทารกตายปริกำเนิด ต่อการเกิด 1,000 ราย
2547	2,096	16	7.63
2548	2,058	14	6.80
2549	2,063	11	5.33
2550	2,094	8	3.82
2551	2,056	10	4.86
รวม	10,367	59	5.69

แผนภูมิที่ 4 กราฟแสดงอัตราทารกตายปริกำเนิดต่อการเกิด 1,000 ราย จำแนกตามปี



จากตารางที่ 4 และแผนภูมิรูปที่ 4 พบว่า ในระหว่างระยะเวลา 5 ปี ที่ทำการศึกษาพบทารกตายปริกำเนิด 59 ราย คิดเป็นอัตราทารกตายปริกำเนิดเท่ากับ 5.69 ต่อการเกิดทั้งหมด 1,000 ราย โดยอยู่ในช่วงระหว่าง 3.82 ถึง 7.63 ต่อการเกิด

ทั้งหมด 1,000 ราย และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง อัตราการผ่าตัดคลอดกับอัตราทารกตายปริกำเนิด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p = 0.22$)

บทวิจารณ์

การผ่าตัดคลอดบุตรที่โรงพยาบาลตราด ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2551 มีอัตราผ่าตัดคลอดเฉลี่ยร้อยละ 20.52 ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ Unprogress of labor, Fetal distress (nonreassuring FHR pattern) and Previous cesarean section และมี Postterm เป็นข้อบ่งชี้อันดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 0.17 ของการคลอดทั้งหมด ส่วนอัตราทารกตายปริกำเนิดเฉลี่ยเท่ากับ 5.69 ต่อการเกิด 1,000 ราย

อัตราการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลตราด มีแนวโน้มลดลง ซึ่งแตกต่างจากอัตราการผ่าตัดคลอดที่มีรายงานจากที่ต่าง ๆ ในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลนครพนมมีอัตราค่อนข้างคงที่⁷ ส่วนที่อื่นมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี⁸ โรงพยาบาลแม่และเด็กยะลา⁹ โรงพยาบาลนครนายก¹⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถาบันหลักในการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นอย่างชัดเจน (ยกเว้นมหาวิทยาลัยเชียงใหม่) โดยอัตราเฉลี่ย 26.6% ในปี 25426 และจากรายงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขซึ่งศึกษาการคลอดบุตรในโรงพยาบาลโดยครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในทุกระดับ พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 15.9% ในปี พ.ศ. 2533 เป็น 22.4% ในปี 25395

ถึงแม้ว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลตราดจะมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังคงสูงกว่าข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่สรุปว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศใด ๆ ก็ตามไม่ควรสูงไปกว่าร้อยละ 15¹¹ สำหรับโรงพยาบาลตราดที่อัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องสามารถอธิบายได้ว่าส่วนที่สำคัญน่าจะมาจากการปรับปรุงคุณภาพการดูแลมารดาและทารก เนื่องจากโรงพยาบาลมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) โดยได้เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ได้รับการรับรองคุณภาพครั้งที่ 1 ด้วยมาตรฐาน HA ฉบับปีกาญจนาภิเษก เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 และดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนได้รับการรับรองคุณภาพซ้ำครั้งที่ 2 (Re-Accreditation) ด้วยมาตรฐาน HA ฉบับฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี เมื่อเดือนมีนาคม 2550 ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลตราดได้ดำเนินการตามนโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย และได้รับการรับรองโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2542 และได้รับการประเมินรับรองซ้ำเมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2548 ในระดับดีเลิศ (Excellence)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพสำคัญที่โรงพยาบาลตราดดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและได้ผลลัพธ์จันอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง ที่สำคัญคือ การทำ peer review โดยการทบทวนเวชระเบียน เพื่อค้นหาสาเหตุและกำหนดแนวทางปรับปรุงแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Robson MS, (1996)¹² พบว่าการพัฒนาคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์ที่เหมาะสม (clinical practice guideline) การเผยแพร่และการส่งเสริมให้แพทย์ปฏิบัติ โดยการทำ Periodic peer review มีผลต่อการลดอัตราการผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย

1. วางแนวทางในการดูแลระยะคลอด peer review และ medical audit (Robson MS, 1996 : 199-205)¹²

2. มีระบบการทบทวนเป็นกระบวนการร่วมกันของทีมแพทย์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อยืนยันวิธีการที่ปฏิบัติว่ามีประสิทธิภาพ โดยการทบทวนเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นตนเอง ทั้งในด้านบวกและลบ ทำให้เห็นโอกาสของการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไปตลอดเวลา มั่นใจว่าได้ปฏิบัติงานด้วยความมีสติ ไม่ประมาท และนำเชื่อถือ นอกจาก

นี้ยังก่อให้เกิดความเข้าใจในสภาพปัญหาาร่วมกัน ทราบความคาดหวังของผู้ที่ทำงานร่วมกัน และทำให้เกิดการประสานงานที่ดี ดังนั้น Peer review จึงเป็นการสร้างหลักประกันของความซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพแพทย์ และความรับผิดชอบต่อสังคม แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะเรียนรู้จุดอ่อนหรือความผิดพลาดในอดีต

จากการศึกษาของ Robson MS, และคณะ (1996)¹² ยังพบว่า labour ward audit จากการคลอดทั้งหมดระหว่างปี ค.ศ. 1984-1988 และยุทธวิธีของการคลอดเน้นตรงข้อบังคับของกรมวิชาการผ่าตัดคลอดที่คลอดยาก โดยได้มีการติดตามผลไปข้างหน้าจากปี ค.ศ. 1989-1992 พบว่าการคลอดทั้งหมด 21,125 ราย ที่ศึกษาหลังการใช้ audit อัตราการผ่าตัดคลอดทั้งหมดลดลงเป็นร้อยละ 9.5 และ 12 ($p < 0.001$) โดยในครรภ์แรก ครบกำหนดทำศิระษะที่เจ็บครรภ์เองสัมพันธ์กับ CSR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงปี ค.ศ. 1982-1988 ร้อยละ 19.7 ของการคลอดทั้งหมด

อัตราทารกตายปริกำเนิดในช่วง 5 ปี ที่ทำการศึกษาคือ 5.69 ต่อการเกิด 1,000 ราย มีช่วงอยู่ระหว่าง 3.82-7.63 ต่อการเกิด 1,000 ราย ซึ่งต่ำกว่าสถิติอัตราทารกตายปริกำเนิดของประเทศไทย ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 10 ราย ต่อการเกิด 1,000 ราย¹³ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลตราดเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีกุมารแพทย์พอเพียง เมื่อมีการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือกรณีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานอนามัยในจังหวัดตราดหรือประเทศเพื่อนบ้านในเขตชายแดน คือ กัมพูชา จะส่งผู้ป่วยมารักษาต่อที่จังหวัดตราด และที่โรงพยาบาลตราด มีการวินิจฉัยภาวะ fetal distress เป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดเพียงร้อยละ 5.07 ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับในยุโรปและอเมริกาที่มีภาวะ fetal distress เป็นข้อบ่งชี้ถึงร้อยละ 1.6-2.4 ของการ

คลอดทั้งหมด⁴ ทั้งนี้หากมีการดูแลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด และให้การวินิจฉัยภาวะ fetal distress ได้เร็วขึ้น อาจจะช่วยทำให้สามารถลดอัตราทารกตายปริกำเนิดลงได้ ซึ่งอาจจะทำให้ค่าเฉลี่ยของอัตราทารกตายปริกำเนิดลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยตลอดไปได้

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอัตราผ่าตัดคลอด และอัตราทารกตายปริกำเนิด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p = 0.22$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lagrew DC และคณะ (1998)¹⁴ ได้ศึกษานับถือการคลอด 16,230 ราย ที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย พบว่าเมื่อเปรียบเทียบเทคนิคการดูแลคลอดและผลลัพธ์ทารก ระหว่างกลุ่มแพทย์ที่มี CSR ต่ำและสูง (ร้อยละ 13.8 และ 23.8) พบว่าข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกันมาก คือ fetal distress (ร้อยละ 1.5 และ 3.3) และ cephalopelvic disproportion (ร้อยละ 5.3 และ 8.5) โดยที่อัตราการตายและคุณภาพของทารกไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดจาก fetal distress และ cephalopelvic disproportion มีส่วนหนึ่งวินิจฉัยเกินความจริง และสามารถหลีกเลี่ยงได้ และจากการศึกษาของ Eckerlund I, (1999)¹⁵ ได้ศึกษาข้อมูล 59 โรงพยาบาลในประเทศสวีเดนช่วงปี ค.ศ. 1988-1992 ถึงผลของการผ่าตัดคลอดต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ไม่พบว่าการเพิ่มขึ้นของอัตราการผ่าตัดคลอด จะช่วยลดอัตราตายปริกำเนิดหรือ asphyxia แต่ประการใด การผ่าตัดน้อยที่สุดจะเป็นสิ่งที่เหมาะสม แต่จากการศึกษาของ Hyers, SA (1989), Sandmire, HF (1994) และ Socol, ML (1993)^{16,17,18} มีรายงานว่าอัตราการผ่าตัดคลอดลดลงในขณะที่อัตราทารกตายปริกำเนิดก็ลดลงด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาเพียงช่วงระยะเวลา 5 ปี ถ้าได้มีการศึกษาข้อมูลเป็นระยะเวลายาวนานกว่านี้อาจจะทำให้สามารถเห็นแนวโน้ม

ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นกว่านี้ และอัตราทารกตายปริกำเนิด เป็นข้อมูลของทารกที่คลอดที่โรงพยาบาลตราด ทั้งหมดไม่ใช่จากการผ่าตัดคลอดแต่เพียงอย่างเดียว

สรุป

อัตราการผ่าตัดคลอดและอัตราทารกตาย ปริกำเนิดของโรงพยาบาลตราดมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการ ผ่าตัดคลอด กับอัตราทารกตายปริกำเนิด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p = 0.22$)

บรรณานุกรม

1. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rate and implications of caesarean sections in Latin America : ecological study. *BMJ* 1999 ; 319 : 1397-400
2. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil : a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999 ; 28 : 687-94
3. Lin HC, Xirasagar S. Institutional factors in cesarean delivery rates : policy and research implications. *Obstet Gynecol* 2004 ; 103: 128-36
4. Cunningham FG, Levono KI, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LG III, Wenstrom KD. *William Obstetrics* 22th ed. Connecticut : Apple & Lange ; 2005 : 587-606
5. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, งามจิตต์ จันทรสาดิต, ชลลดา สิทธิชูรัย พรทิพย์ แซ่อึ้ง. รายงาน การวิจัยเรื่องแบบแผนการคลอดบุตรใน โรงพยาบาล ปี 2533-3539. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2541.

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาแนวโน้มของอัตราทารกตายปริกำเนิด ในช่วงระยะเวลาที่นานขึ้น พร้อมจำแนกข้อบ่งชี้ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนการดูแล มารดาและทารกให้ปลอดภัย

6. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. สถิติหลักด้าน อนามัยแม่และเด็ก : รายงานเบื้องต้น. วารสาร สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา ราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544 ; 10 (3) : 20-6
7. Utai Tansuwan. Cesarean section rates and trends in Nakornpanom Hospital, 1993-1999. *Thai J Obetet Gynecol* 2000 ; 20 (3) : 185-8
8. ธนิตเชษฐ รัตนภิชาติ. อุบัติการณ์และแนวโน้ม การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสาร กรมการแพทย์ 2545 ; 27 (5) : 231-7
9. ประวิทย์ ชัยกองเกียรติ. รายงานวิจัยเรื่องการ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลแม่ และเด็กยะลา. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 12 2544 ; 12 (4) : 10-2
10. อิติมา เหล่าศิริรัตน์. อุบัติการณ์การผ่าตัด คลอดทางหน้าท้องและแนวโน้มที่โรงพยาบาล นครนายก. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 4 2544 ; 20 (3) : 163-70

11. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985 ; 2 : 436-7
12. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996 ; 174 : 199-205.
13. ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สถานการณ์งานอนามัยแม่ และเด็ก ปี พ.ศ. 2540-2544. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
14. Lagrew DC Jr, Adashek JA. Lowering the cesarean section rate in a private hospital : comparison of individual physicians' rates, risk factors and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1998 ; 178(6) : 1207-14.
15. Eckerland I, Gerdtham UG. Estimating the effect of cesarean section rate on health outcome. Evidence from Swedish hospital data. *International Journal of technology Assessment in Health Care*. 1999 ; 15 : 123-35.
16. Socol ML, Garcia PM, Peaceman AM, Dooley SL. Reducing cesarean births at a private university hospital. *Am J obstet Gynecol* 1993 ; 168 (6 pt1) : 1748-54.
17. Hyers SA, Gleicher N. A successful program to lower cesarean-section rates. *N Eng J Med* 1989 ; 320 (25) : 1692-4.
18. Sandmire HF, De Mott RK. The Green Bay cesarean section study. III. Falling cesarean section birth rates without a formal curtailment program. *Am J Obstet Gynecol* 1994 ; 170 : 1790-2.