

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสันในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

### Associated Factors for Cesarean Sections in Group 1–4

### Robson Classification in Phrachomklao Hospital, Phetchaburi

พัชรี เกษมภักดีพงษ์ พ.บ.,  
วว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม  
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า  
จังหวัดเพชรบุรี

Patcharee Kasempakdeepong M.D.,  
Dip., Thai Board of Obstetrics and Gynecology  
Division of Obstetrics and Gynecology  
Phrachomklao Hospital  
Phetchaburi

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอด และวิเคราะห์ปัจจัยกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน

**วิธีการศึกษา:** แบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในสตรีที่มาคลอดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 800 ราย เป็นข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการคลอด และการดูแลขณะคลอด นำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถดถอยโลจิสติก ที่กำหนดความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์วิเคราะห์ด้วย chi-square test

**ผลการศึกษา:** พบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ตามการแบ่งแบบร็อบสันมากที่สุด เป็นร้อยละ 41.3 ได้รับการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 40 ข้อบ่งชี้ที่พบมากที่สุด คือภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า 0.61 เท่า (95% CI 0.45, 0.83;  $p = .002$ ) และกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายน้ำหนักเกิน/ภาวะอ้วน (23–50 กิโลกรัม/ตารางเมตร) มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า 0.52 เท่า (95% CI 0.34, 0.81;  $p = .004$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติสมส่วนตามลำดับ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากกว่าสตรีที่ไม่ได้เป็นโรค 6.66 เท่า (95% CI 1.06, 41.67;  $p = .043$ ) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับ 4–5 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากกว่า 3.73 เท่า (95% CI 1.94, 7.15;  $p < .001$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร ส่วนผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด คือน้ำหนักของทารกแรกคลอด ทารกที่ต้องเข้าหออภิบาลทารกแรกเกิด ทารกที่มีภาวะขาดอากาศหายใจจากการคลอด ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทารกมีภาวะหายใจลำบาก และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกแรกเกิด ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**สรุป:** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย สตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน และความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับ

**คำสำคัญ:** การผ่าตัดคลอด สตรีตั้งครรภ์ การแบ่งแบบร็อบสัน  
*วารสารแพทย์เขต 4-5 2568 ; 44(1) : 57-69.*

## Abstract

**Objective:** The aims are to study cesarean section rate and to analyze factors and outcomes of pregnancy associated with cesarean sections in group 1–4 Robson Classification.

**Methods:** A retrospective cross-section study was done on the medical records of delivery women in Phrachomklao Hospital from July 2022 to June 2023. The patients were classified to group 1–4 Robson Classification. Data reviewed and collected from 800 women including maternal demographic data, obstetric characteristics, and labor characteristics were reported as number, percentage, mean, and standard deviation. Associated factors for cesarean sections determined by multivariable logistic regression and 95% CI were estimated. Outcomes of pregnancy were compared between those with cesarean sections and vaginal deliveries by using chi-square test.

**Results:** Majority of pregnant women were in group 1 Robson Classification (41.3%). The overall cesarean section rate was 40%. Cephalopelvic disproportion (CPD) was the most common indication. The factors associated with cesarean sections were body mass index, as compared to normal body mass index criteria; the incidence decreased to 0.61 times (95% CI 0.45, 0.83;  $p = .002$ ) and 0.52 times (95% CI 0.34, 0.81;  $p = .004$ ) in the body mass index were below 18.5 kg/m<sup>2</sup> and 23–50 kg/m<sup>2</sup> respectively. The pregnant women, who were overt diabetes mellitus, had increased risk for cesarean section (adjusted OR 6.66, 95% CI 1.06, 41.67;  $p = .043$ ). Another factor was size of cervical dilation at admission, as compared to cervical dilation of less than or equal to 3 centimeters; the incidence increased to 3.73 times (95% CI 1.94, 7.15;  $p < .001$ ) in the 4 to 5 centimeters. The outcomes of pregnancy associated with cesarean sections included birth weight of newborn, those requiring neonatal intensive care unit (NICU) admission, those with birth asphyxia, those with hypoglycemia, those with respiratory distress, and those with sepsis; all of which were statistically significant ( $p < .05$ ).

**Conclusion:** The result indicated that body mass index, underlying disease such as overt diabetes mellitus, and size of cervical dilation at admission were associated with cesarean sections in group 1–4 Robson Classification in Phrachomklao Hospital.

**Keywords:** cesarean section, pregnancy, Robson Classification

*Received: Aug 13, 2024; Revised: Aug 26, 2024; Accepted: Oct 12, 2024*

*Reg 4-5 Med J 2025 ; 44(1) : 57-69.*

## บทนำ

การผ่าตัดคลอด (cesarean section) หมายถึง การผ่าตัดช่วยคลอดทารกในครรภ์ โดยการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องและตามด้วยการผ่าตัดเปิดมดลูก การผ่าตัดคลอดนั้นจะใช้ในรายที่มีข้อบ่งชี้ เช่น มีประวัติผ่าตัดคลอดบุตรในครรภ์ก่อน ตำแหน่งรกเกาะผิดปกติ ประวัติมีแผลที่มดลูก ภาวะทารกอยู่ในภาวะเครียด ส่วนนำของทารกไม่ใช้ท่าหัว เป็นต้น เนื่องจากการผ่าตัดคลอดมีความเสี่ยง มีผลต่อการตั้งครรภ์ในครั้งถัดไป และยังพบว่า มีผลต่อภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดอีกด้วย<sup>1</sup> การผ่าตัดคลอดที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก เมื่อ ค.ศ. 1985 องค์การอนามัยโลกได้พิจารณาว่า อัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมให้อยู่ระหว่าง ร้อยละ 10-15 และใน ค.ศ. 2015 ได้กล่าวถึงว่า อัตราการผ่าตัดคลอดในประชากรที่มากกว่า ร้อยละ 10 ไม่สัมพันธ์กับ

การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด อีกทั้งยังก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้สูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด และยังทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น รวมทั้งเกิดความสิ้นเปลืองของทรัพยากรอื่น ๆ<sup>2</sup> จึงเสนอระบบการจำแนกสตรีตั้งครรภ์แบบโรบสัน (Robson Classification) ดังในตารางที่ 1 เป็นมาตรฐานสากลเพื่อประเมิน ติดตาม และเปรียบเทียบอัตราการผ่าตัดคลอดภายในสถานพยาบาลในช่วงเวลาหนึ่ง และระหว่างสถานพยาบาล โดยเป็นการแบ่งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในห้องคลอด แบ่งออกเป็น 10 กลุ่ม โดยอาศัยลักษณะพื้นฐานทางสูติศาสตร์ 6 ประการ ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน อาการเริ่มต้นการคลอด จำนวนทารกในครรภ์ อายุครรภ์ และแนวลำตัวและส่วนนำของทารก<sup>3</sup>

ตารางที่ 1 การจำแนกสตรีตั้งครรภ์ตามการแบ่งแบบโรบสัน (Robson Classification)<sup>3</sup>

กลุ่ม	ประชากรสตรีตั้งครรภ์
1	สตรีตั้งครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์เอง
2	สตรีตั้งครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ที่ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์
2a	ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์
2b	ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์
3	สตรีตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์เอง
4	สตรีตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ที่ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์
4a	ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์
4b	ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์
5	สตรีตั้งครรภ์หลังทุกรายที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัวอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์
5.1	ผ่าตัดคลอด 1 ครั้ง
5.2	ผ่าตัดคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

## ตารางที่ 1 การจำแนกสตรีตั้งครรภ์ตามการแบ่งแบบร็อบสัน (Robson Classification)<sup>3</sup> (ต่อ)

กลุ่ม	ประชากรสตรีตั้งครรภ์
6	สตรีตั้งครรภ์แรกทุกรายที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าก้น
7	สตรีตั้งครรภ์หลังทุกรายที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกท่าก้น รวมผู้มีประวัติเคยผ่าตัดคลอด
8	สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่เป็นครรภ์แฝด รวมผู้มีประวัติเคยผ่าตัดคลอด
9	สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกแนวลำตัวขวาง หรือเฉียง รวมผู้มีประวัติเคยผ่าตัดคลอด
10	สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่เป็นครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ รวมผู้มีประวัติเคยผ่าตัดคลอด

สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในสถานพยาบาลของรัฐในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์สูงประมาณ ร้อยละ 30-50 และยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากเปรียบเทียบกับประเทศอื่นพบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศรายได้สูงอย่าง สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย แต่อยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มประเทศเพื่อนบ้านอย่าง พม่า ลาว กัมพูชา ฟิลิปปินส์ และมาเลเซีย<sup>4</sup>

ใน พ.ศ. 2566 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จึงประกาศจุดยืนเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยดังต่อไปนี้ การผ่าตัดคลอดควรทำในรายที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยสตรีตั้งครรภ์ควรได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ทั้งความเสี่ยงต่อมารดาและทารกว่ามีมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด หากเป็นการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า แนะนำให้ทำผ่าตัดที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 39 สัปดาห์เป็นต้นไป และควรเก็บข้อมูลการคลอดตามการแบ่งแบบร็อบสัน (Robson Classification) เพื่อประโยชน์ในการประเมินและติดตามข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานเพื่อลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น เป็นต้น<sup>5</sup>

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีอัตราการผ่าตัดคลอดมากกว่า ร้อยละ 50 ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ตามการรายงานของกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนใน พ.ศ. 2565 มีอัตราการผ่าตัด

คลอดถึง ร้อยละ 64.9<sup>6</sup> ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น และปรับปรุงเพื่อสร้างแนวทางใหม่ในเชิงปฏิบัติของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีได้

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอด วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน ที่มาคลอดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน ที่มาคลอดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยมีเกณฑ์คัดออก คือได้รับการวินิจฉัยว่าทารกมีความพิการแต่กำเนิด การรับ-ส่งตัวจากโรงพยาบาลอื่น และการฝากคลอดส่วนตัวกับแพทย์ ขนาดกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาทั้งหมดจำนวน 800 ราย วิเคราะห์ขนาดกลุ่มตัวอย่างทางสถิติด้วย infinite population

proportion โดยอิงตามอัตราการผ่าตัดคลอด ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใน พ.ศ. 2565 เท่ากับร้อยละ 64.9<sup>6</sup> ใช้ค่า error เท่ากับ 0.05 และ alpha เท่ากับ 0.01 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ข้อมูลการคลอดและการดูแลขณะคลอด แล้วทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์กับการผ่าตัดคลอด

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 7/2567 ในวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for window version 25 นำเสนอข้อมูลตัวแปรข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการคลอด

และการดูแลขณะคลอด เป็นเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถดถอยโลจิสติก ที่กำหนดความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 และผลลัพธ์ของการตั้งครรรภ์วิเคราะห์ด้วย chi-square test

### ผลการศึกษา

จากตารางที่ 2 พบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสันได้รับ การผ่าตัดคลอดคิดเป็น ร้อยละ 40 ข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะช่องเชิงกราน ไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก ร้อยละ 49.1 ส่วนการคลอดทางช่องคลอดเป็น ร้อยละ 60 แบ่งเป็นการคลอดตามธรรมชาติ และการใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวน ร้อยละของวิธีการคลอด และข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอด ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน

วิธีการคลอด	จำนวน (ร้อยละ)
ทางช่องคลอด (รวมการคลอดธรรมชาติและใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด)	480 (60)
ผ่าตัดคลอด	320 (40)
ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอด (จำนวน 320 ราย)	จำนวน (ร้อยละ)
ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก (Cephalopelvic disproportion)	157 (49.1)
ภาวะทารกอยู่ในภาวะเครียด (Fetal distress)	85 (26.6)
ภาวะการชักนำการคลอดล้มเหลว (Failed induction)	44 (13.8)
อื่น ๆ	34 (10.5)

จากตารางที่ 3 พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้ได้รับการแบ่งตามร็อบสัน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 41.3 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ 3 ร้อยละ 40.7 และ กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 12.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน

กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ตามการแบ่งแบบร็อบสัน	จำนวน (ร้อยละ)	ผ่าตัดคลอด (ร้อยละ)	อัตราการ ผ่าตัดคลอด ในกลุ่ม (ร้อยละ)	Absolute contribution (ร้อยละ)
1 สตรีตั้งครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์เอง	330 (41.3)	131 (40.9)	39.7	16.4
2 สตรีตั้งครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ที่ได้รับ การชักนำการเจ็บครรภ์หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยัง ไม่มีอาการเจ็บครรภ์				
2a ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์	59 (7.3)	53 (16.6)	89.8	6.6
2b ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์	40 (5.0)	40 (12.5)	100	5.0
3 สตรีตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด เป็นครรภ์ เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์เอง	326 (40.7)	55 (17.2)	16.9	6.9
4 สตรีตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัดคลอด เป็นครรภ์ เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ที่ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์หรือ ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์				
4a ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์	26 (3.3)	23 (7.2)	88.5	2.9
4b ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์	19 (2.4)	18 (5.6)	94.7	2.3
รวม	800 (100)	320 (100)		40

จากตารางที่ 4 พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย  $27.13 \pm 6.45$  ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 54.4; มีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มน้ำหนักเกิน-ภาวะอ้วน (23-50 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ร้อยละ 48.3; มีค่าเฉลี่ย  $23.71 \pm 5.27$  กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยพบว่า มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = .001) สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มที่มีโรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 13.9 พบว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบไม่ใช้ยา (gestational diabetes mellitus class

A1) มากที่สุด สตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว ได้รับการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 54.1 และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = .001) โดยสตรีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 69.2 ( $p$ -value = .040) และสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 81.8 ( $p$ -value = .009) ส่วนอายุของสตรีตั้งครรภ์ และโรคหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อื่น ๆ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการคลอด		p-value
		จำนวน (ร้อยละ)		
		ทางช่องคลอด (n = 480)	ผ่าตัดคลอด (n = 320)	
<b>ข้อมูลพื้นฐาน</b>				
อายุ (ปี)				.685*
10-19	90 (11.2)	57 (63.3)	33 (36.7)	
20-29	435 (54.4)	253 (58.2)	182 (41.8)	
30-39	248 (31.0)	154 (62.1)	94 (37.9)	
40-49	27 (3.4)	16 (59.3)	11 (40.7)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)				.001*
18.5-22.99 (เกณฑ์ปกติสมส่วน)	299 (37.4)	195 (65.2)	104 (34.8)	
ต่ำกว่า 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	115 (14.3)	79 (68.7)	36 (31.3)	
23-50 (น้ำหนักเกิน/ภาวะอ้วน)	386 (48.3)	206 (53.4)	180 (46.6)	
โรคประจำตัว/ภาวะขณะตั้งครรภ์	111 (13.9)	51 (45.9)	60 (54.1)	.001*
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบไม่ใช้ยา (GDM <sup>‡</sup> class A1)	60 (7.5)	32 (53.3)	28 (46.7)	.338*
โรคความดันโลหิตสูง (Chronic hypertension)	13 (1.6)	4 (30.8)	9 (69.2)	.040*
ภาวะความดันสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension)	12 (1.5)	7 (58.3)	5 (41.7)	1 <sup>†</sup>
โรคเบาหวาน (Overt diabetes mellitus)	11 (1.4)	2 (18.2)	9 (81.8)	.009 <sup>‡</sup>
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบใช้ยา (GDM <sup>‡</sup> class A2)	5 (0.6)	2 (40)	3 (60)	.394 <sup>‡</sup>
ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง (Preeclampsia without severe feature)	2 (0.3)	1 (50)	1 (50)	1 <sup>†</sup>
โรคความดันโลหิตสูงและภาวะเบาหวานแบบไม่ใช้ยา (Chronic hypertension with GDM <sup>‡</sup> class A1)	3 (0.4)	1 (33.3)	2 (66.7)	.567 <sup>‡</sup>
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (Chronic hypertension with Overt diabetes mellitus)	2 (0.3)	0 (0)	2 (100)	.160 <sup>‡</sup>
โรคความดันโลหิตสูงและภาวะเบาหวานแบบใช้ยา (Chronic hypertension with GDM <sup>‡</sup> class A2)	1 (0.1)	1 (100)	0 (0)	1 <sup>†</sup>
ภาวะความดันสูงขณะตั้งครรภ์และภาวะเบาหวานแบบไม่ใช้ยา (Gestational hypertension with GDM <sup>‡</sup> class A1)	1 (0.1)	1 (100)	0 (0)	1 <sup>†</sup>
ภาวะความดันสูงขณะตั้งครรภ์และกลายเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Gestational hypertension with preeclampsia with severe feature)	1 (0.1)	0 (0)	1 (100)	.400 <sup>‡</sup>

\* = Chi-square, † = Fisher's exact test, ‡ = Gestational diabetes mellitus

จากตารางที่ 5 พบว่าสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ ณะแรกรับในโรงพยาบาล มีปากมดลูกเปิดกว้างน้อยกว่า หรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร เป็นร้อยละ 69.2 โดยพบว่า ขนาดความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับที่ตั้งตั้งแต่ 4 เซนติเมตร สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ มากกว่า การผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< .001$ ) และการดูแลรักษาขณะคลอดพบว่าส่วนใหญ่ มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกเอง เป็นร้อยละ 66.4 สตรีตั้งครรภ์ กลุ่มที่เจาะถุงน้ำคร่ำขณะความกว้างปากมดลูก

น้อยกว่า 3 เซนติเมตร มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัด คลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< .001$ ) ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับการใช้ยากระตุ้นปากมดลูก ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการใช้ยากระตุ้นปากมดลูก พบว่ามีการผ่าตัดคลอดเป็น ร้อยละ 73.8 ซึ่งมากกว่า การคลอดทางช่องคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< .001$ ) และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการคลอดและการดูแลรักษาขณะคลอด ของสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	วิธีการคลอด		p-value
		จำนวน (ร้อยละ)		
		ทางช่องคลอด (n = 480)	ผ่าตัดคลอด (n = 320)	
<b>ความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับ</b>				<.001*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร	554 (69.2)	277 (50)	277 (50)	
4-5 เซนติเมตร	144 (18)	115 (79.9)	29 (20.1)	
ตั้งแต่ 6 เซนติเมตรขึ้นไป	102 (12.8)	88 (86.3)	14 (13.7)	
<b>การแตกของถุงน้ำคร่ำ</b>				<.001*
ถุงน้ำคร่ำไม่แตก	125 (15.6)	0 (0)	125 (15.6)	
ถุงน้ำคร่ำแตกเอง	531 (66.4)	387 (72.9)	144 (27.1)	
เจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniotomy)				
ขณะปากมดลูกกว้าง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร	49 (6.1)	25 (51)	24 (49)	
ขณะปากมดลูกกว้าง 4-5 เซนติเมตร	64 (8)	45 (70.3)	19 (29.7)	
ขณะปากมดลูกกว้าง ตั้งแต่ 6 เซนติเมตรขึ้นไป	31 (3.9)	23 (74.2)	8 (25.8)	
<b>การใช้ยากระตุ้นปากมดลูก (Misoprostol used)</b>	42 (5.2)	11 (26.2)	31 (73.8)	<.001*
<b>การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Oxytocin used)</b>				.306*
ใช้ก่อนถุงน้ำคร่ำแตก	216 (27.0)	139 (64.4)	77 (35.6)	
ใช้หลังถุงน้ำคร่ำแตก	226 (28.2)	133 (58.8)	93 (41.2)	

\* = Chi-square

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดตามตารางที่ 6 พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับน้ำหนักของทารกแรกคลอด (p-value < .001) ทารกที่ต้องเข้าหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) เป็นร้อยละ 21.6 (p-value < .001)

ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอด เป็นร้อยละ 2.5 (p-value = .032) ทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 8.1 (p-value = .003) ทารกที่มีภาวะหายใจลำบาก ร้อยละ 12.8 (p-value = .031) และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกแรกเกิด ร้อยละ 1.9 (p-value = .018)

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด

ปัจจัย	วิธีการคลอด		p-value
	ทางช่องคลอด (n = 480)	ผ่าตัดคลอด (n = 320)	
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)			< .001*
ต่ำกว่า 2,299	5 (1)	11 (3.4)	
2,300–3,500	425 (88.5)	231 (72.2)	
3,501–5,000	50 (10.5)	78 (24.4)	
เข้าหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU)			< .001*
ไม่เข้า	425 (88.5)	251 (78.4)	
เข้า	55 (11.5)	69 (21.6)	
ภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอด (Birth asphyxia)			.032 <sup>†</sup>
ไม่มี	477 (99.4)	312 (97.5)	
มี	3 (0.6)	8 (2.5)	
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารก			.003*
ไม่มี	465 (96.9)	294 (91.9)	
มี	15 (3.1)	26 (8.1)	
ภาวะหายใจลำบากในทารก (Respiratory distress)			.031*
ไม่มี	442 (92.1)	279 (87.2)	
มี	38 (7.9)	41 (12.8)	
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารก			.018 <sup>†</sup>
ไม่มี	479 (99.8)	314 (98.1)	
มี	1 (0.2)	6 (1.9)	

\* = Chi-square, † = Fisher's exact Test

จากตารางที่ 7 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า ดัชนีมวลกายของสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า 0.61 เท่า (95% CI 0.45, 0.83;  $p = .002$ ) และกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายน้ำหนักเกิน/ภาวะอ้วน (23-50 กิโลกรัม/ตารางเมตร) มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า 0.52 เท่า (95% CI 0.34, 0.81;  $p = .004$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย

ปกติสมส่วน ตามลำดับ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากกว่าสตรีที่ไม่ได้เป็นโรค 6.66 เท่า (95% CI 1.06, 41.67;  $p = .043$ ) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับ 4-5 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากกว่า 3.73 เท่า (95% CI 1.94, 7.15;  $p < .001$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด ของสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐาน	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
<b>ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)</b>				
18.5-22.99 (เกณฑ์ปกติสมส่วน)	1		1	
ต่ำกว่า 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	0.85 (0.54-1.35)	.580	0.61 (0.45-0.83)	.002
23-50 (น้ำหนักเกิน/ภาวะอ้วน)	1.63 (1.20-2.24)	.002	0.52 (0.34-0.81)	.004
<b>โรคประจำตัว/ภาวะขณะตั้งครรภ์</b>				
ไม่มี	1		1	
มี	1.94 (1.30-2.91)	.001	0.98 (0.56-1.72)	.938
<b>โรคเบาหวาน (Overt diabetes mellitus)</b>				
ไม่มี	1		1	
มี	6.92 (1.48-32.22)	.01	6.66 (1.06-41.67)	.043
<b>โรคความดันโลหิตสูง (Chronic hypertension)</b>				
ไม่มี	1		1	
มี	3.44 (1.05-11.28)	.04	1.61 (0.36-7.19)	.534
<b>ความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับ</b>				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร	1		1	
4-5 เซนติเมตร	0.25 (0.16-0.39)	<.001	3.73 (1.94-7.15)	<.001
6 เซนติเมตรขึ้นไป	0.16 (0.09-0.29)	<.001	1.23 (0.57-2.69)	.600
<b>การแตกของถุงน้ำคร่ำ</b>				
ถุงน้ำคร่ำแตกเอง	1		1	
<b>เจาะถุงน้ำคร่ำขณะกว้างปากมดลูก</b>				
- น้อยกว่า 3 เซนติเมตร	2.59 (1.43-4.68)	.002	0.69 (0.28-1.68)	.417
- 4-5 เซนติเมตร	1.14 (0.64-2.01)	.650	1.29 (0.45-3.75)	.631
- ตั้งแต่ 6 เซนติเมตรขึ้นไป	0.93 (0.41-2.14)	.882	0.81 (0.29-2.25)	.681

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด ของสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐาน	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
การใช้ยากระตุ้นปากมดลูก (Misoprostol)				
ไม่ใช้	1		1	
ใช้	4.57 (2.26–9.24)	<.001	1.57 (0.66–3.77)	.310

## วิจารณ์

การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสันทั้งหมด 800 ราย ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 มีอัตราผ่าตัดคลอดทั้งหมด ร้อยละ 40 พบว่ามีอัตราสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานตาม WHO กำหนด<sup>2</sup> และหากเทียบในประเทศไทยพบว่าสูงกว่าในโรงพยาบาลศิริราชที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่ม 1 ถึง 4 คิดเป็นร้อยละ 23.99 ใน พ.ศ. 2567<sup>7</sup> แต่มีแนวโน้มที่น้อยกว่าในโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ พ.ศ. 2558–2561 เป็นร้อยละ 43.8, 42.5, 41.9, และ 42.2 ตามลำดับ<sup>8</sup> ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด ที่พบมากที่สุดคือภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารกเป็นไปในลักษณะเดียวกันกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงในสตรีกลุ่ม 1 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน ของโรงพยาบาลศิริราช<sup>9</sup>

ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานที่วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติสมส่วน ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Ngamthong และคณะ<sup>9</sup> ที่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศิริราช นอกจากนี้จากผลในงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน/ภาวะอ้วน มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าเช่นกัน ซึ่งเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับทั้งการศึกษาของ Ngamthong และคณะ<sup>9</sup> และ Charoonwatana และคณะ<sup>10</sup> ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน

BMI  $\geq$  30 กิโลกรัม/ตารางเมตรในสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 และ 3 ตามการแบ่งแบบร็อบสัน มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดมากกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI < 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร เนื่องจากมีสาเหตุร่วมกับการศึกษาสูง เศรษฐฐานะสูง และเพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในทารกแรกคลอด จึงมีการผ่าตัดคลอดมากกว่า โดยหลายองค์กรทั่วโลก มีคำแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ควมคุมการเพิ่มน้ำหนักให้เหมาะสมตามดัชนีมวลกาย ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากกว่าสตรีที่ไม่เป็นโรค เนื่องจากช่วงอายุครรภ์ที่ชักนำการคลอด (induction of labor) เร็วกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นโรค จึงมีผลต่อการผ่าตัดคลอดได้ หากการชักนำการคลอดนั้นล้มเหลว (failed induction)

จากในเดือนมกราคม ค.ศ. 2024 มีคำแนะนำใหม่ของ ACOG<sup>11</sup> พบว่าปัจจัยที่จะสามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้นั้น ต้องมีการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลรักษาขณะคลอด ซึ่งให้พิจารณาว่าเข้าสู่ระยะเร่งเมื่อปากมดลูกขยายขนาดกว้างมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เซนติเมตร การเจาะถุงน้ำคร่ำในสตรีที่เร่งคลอดหรือเหนี่ยวนำการคลอดจะสามารถลดระยะเวลาการคลอดได้ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาในวิจัยนี้พบว่าสอดคล้องกัน โดยขนาดความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับที่มากกว่าเท่ากับ 6 เซนติเมตร สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ถึงร้อยละ 86.3 และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกเอง หรือการเจาะถุงน้ำคร่ำขณะปากมดลูกกว้างมากกว่า 6 เซนติเมตร มีอัตราการผ่าตัดคลอดลดลง เหลือเพียงร้อยละ 27.1 และ 25.8

ตามลำดับ เนื่องจากว่าเมื่อปากมดลูกขยายเพิ่มขึ้น ส่วนนำของศีรษะทารกจะขยับลงมาผ่านช่องเชิงกราน ส่วนใน ถึงส่วนกลางแล้ว ดังนั้นสาเหตุของการผ่าตัดคลอด ด้วยข้อบ่งชี้ของช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดศีรษะทารกจึงลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน เมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับ 4-5 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ซึ่งงานวิจัยไม่มีข้อมูลของขนาดความกว้างของปากมดลูกในระยะเร่งคลอด จึงทำให้ผลที่ได้แตกต่างจากคำแนะนำของ ACOG แต่อย่างไรก็ตามควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งถัดไป

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์พบว่า การผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์กับทารกที่ต้องเข้าหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) ทารกมีภาวะขาดอากาศหายใจจากการคลอด ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทารกมีภาวะหายใจลำบากและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกแรกเกิด มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด อาจเนื่องจากว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด เกิดจากภาวะทารกอยู่ในภาวะเครียด (fetal distress) ภาวะการชักนำการคลอดล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งการวินิจฉัยเกิดหลังจากได้รับการผ่าตัดคลอดทางช่องคลอดและได้รับยากระตุ้นมดลูก/ปากมดลูกมาแล้ว อาจเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกหลังคลอดได้

ข้อดีของการศึกษานี้คือ สามารถนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์อ้างอิง กับแนวทางปฏิบัติจากความรู้ใหม่ เพื่อลดปัญหาของอัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มสูงขึ้น และนำไปปรับเปลี่ยนการดูแลก่อนคลอด ขณะคลอด นำไปสู่การลดอัตราการผ่าตัดคลอดอย่างเป็นปัจจุบันได้ และจะมีผลให้การผ่าตัดคลอดลดลงในครั้งถัดไปด้วย ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาแบบตัดขวางที่ใช้ข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ยังขาดการติดตามผลระยะยาวของวิธีการคลอดและผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์ ดังนั้นการศึกษา

ในอนาคต การจัดทำแนวทางการดูแลการคลอดโดยใช้การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งติดตามผลระยะสั้นและระยะยาว จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ได้ดียิ่งขึ้น

## สรุป

อัตราการผ่าตัดคลอดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่ม 1 ถึง 4 ตามการแบ่งแบบร็อบสันของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในการศึกษาครั้งนี้เป็นร้อยละ 40 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด ได้แก่ ดัชนีมวลกายของสตรีตั้งครรภ์ โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ขนาดความกว้างของปากมดลูกขณะแรกรับ โดยสามารถนำผลที่ได้มาใช้ในการให้ความรู้กับสตรีที่เตรียมตั้งครรภ์ การดูแลขณะฝากครรภ์ และขณะคลอด จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และแพทย์ผู้ดูแลเข้าใจถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น โดยจะทำให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในทารกนั้น

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่สนับสนุนและอนุญาตให้เผยแพร่การศึกษานี้ และขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่เป็นที่ปรึกษา แนะนำในการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, et al. Williams obstetrics. 26<sup>th</sup> ed. Columbus, OH: McGraw-Hill; 2022: 547–9.
2. World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 April 2015. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters* 2015;23(45):149–50. doi: 10.1016/j.rhm.2015.07.007.
3. World Health Organization. Robson classification: Implementation manual [Internet]. 2017 [cited 2024 Sep 13]; Available from: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513197>
4. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. Policy Brief: ฉบับที่ 139: แนวโน้มการผ่าตัดคลอดในไทยเพิ่มสูง: ถึงเวลาต้องพูดคุยอย่างจริงจังแล้วหรือไม่? [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: URL: <https://www.hitap.net/documents/184063>
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. ประกาศจุดยืนเรื่อง การผ่าตัดคลอด ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: URL: <https://www.rtcog.or.th/news/view/54>
6. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการผ่าตัดคลอด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: URL: [https://cmi.moph.go.th/isp/sp\\_obs/index?menu\\_id=6](https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=6)
7. Anekpornwattana S, Yangnoi J, Jareemit N, et al. Cesarean section rate in Siriraj Hospital according to the Robson classification. *Thai J Obstet Gynaecol* 2020;28(1):6–15. doi: 10.14456/tjog.2020.2
8. Khornwong S, Kovavisarach E. Cesarean section rate based on the Robson 10-group classification at Rajavithi Hospital from 2015–2018. *Thai J Obstet Gynaecol* 2021;29(4):191–7. doi: 10.14456/tjog.2021.23
9. Ngamthong P, Boriboonthirunsarn D. Cesarean section rate and associated risk factors in group 1 Robson classification. *Thai J Obstet Gynaecol* 2023;31(1):11–20. doi: 10.14456/tjog.2023.2
10. Charoonwatana T, Suwanbamrung C, Saengow U. Cesarean section according to Robson classification in tertiary hospital, southern Thailand. *J Obstet Gynecol Cancer Res* 2021;7(3):213–20. doi: 10.30699/jogcr.7.3.213
11. First and second stage labor management: ACOG clinical practice guideline no. 8. *Obstet Gynecol* 2024;143(1):144–62. doi: 10.1097/AOG.0000000000005447

