

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลศรีสะเกษ
Factors Associated with Preterm Birth Among Pregnant Women
at Sisaket Hospital

พจนา กิจเจริญธนาภิรักษ์, พ.บ.*

Photjana Kitcharoentanarux, M.D.*

*กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000

*Department of Obstetrics and Gynecology, Sisaket Hospital, Sisaket Province, Thailand, 33000

Corresponding author, E-mail address: Photjaa@gmail.com

Received: 24 Sep 2024. Revised: 04 Oct 2024. Accepted: 19 Nov 2024

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 โรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดยังคงมีอัตราที่สูงต่อเนื่อง
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ
- วิธีการศึกษา** : การศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (case control study) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 สตรีตั้งครรภ์จำนวนทั้งหมด 315 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่คลอดอายุครรภ์ก่อนกำหนด จำนวน 142 รายและกลุ่มที่คลอดอายุครรภ์ครบกำหนดจำนวน 173 ราย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Univariable logistic regression, Multivariable logistic regression ในการคำนวณหา odds ratios และ 95 % confidence interval โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05
- ผลการศึกษา** : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การตั้งครรภ์แฝด 9.47 เท่า (95%CI:1.20-74.86) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (อินซูลิน) 49.09 เท่า (95%CI: 3.76-640.13) สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด 8.46 เท่า (95%CI: 1.03-69.75) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำเดิน 4.66 เท่า (95%CI:2.20-9.90) ปัจจัยที่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดได้แก่ ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์มากกว่า 2 ปี และน้ำหนักขณะตั้งครรภ์เพิ่มตามเกณฑ์ที่เหมาะสม จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการมีภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 84 (95%CI: 0.07-0.37) และร้อยละ 57 (95%CI: 0.22-0.85) ตามลำดับ
- สรุปผล** : การคัดกรองความเสี่ยงประวัติการคลอดก่อนกำหนด การดูแลฝากครรภ์ความเสี่ยงสูง เบาหวาน ครรภ์แฝด การดูแลตนเองได้เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ให้น้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ รวมทั้งการวางแผนครอบครัวที่ดี เว้นระยะห่างการตั้งครรภ์เหมาะสม การให้ความรู้กับสตรีตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด
- คำสำคัญ** : เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด

ABSTRACT

- Background** : Sisaket Province reported consistently high rates of preterm births from 2022 to 2024.
- Objective** : To investigate the factors influencing preterm birth in pregnant women at Sisaket hospital.
- Methods** : This retrospective case-control study used medical records of pregnant women who received services at the delivery room of Sisaket Hospital from October 2021 to September 2023. A total of 315 pregnant women were included, with 142 in the preterm birth group and 173 in the full-term birth group. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze general information. Univariable and multivariable logistic regression analyses were conducted to identify factors influencing preterm birth, with odds ratios and 95% confidence intervals calculated. Statistical significance was set at P-value of < 0.05 .
- Results** : The study found several factors significantly associated with preterm birth. Twin pregnancies increased the risk of preterm birth by 9.47 times (95% CI: 1.20-74.86). Gestational diabetes mellitus (insulin) increased the risk by 49.09 times (95% CI: 3.76-640.13). A history of preterm birth increased the risk by 8.46 times (95% CI: 1.03-69.75), and premature rupture of membranes increased the risk by 4.66 times (95% CI: 2.20-9.90). Conversely, factors that reduced the risk of preterm birth included an interpregnancy interval of less than 2 years, which reduced the risk by 84% (95% CI: 0.07-0.37), and appropriate weight gain for pregnancy, which reduced the risk by 57% (95% CI: 0.22-0.85).
- Conclusion** : Screening for preterm birth risk factors, managing high-risk pregnancies such as those with diabetes or multiple gestations, and ensuring appropriate self-care during pregnancy to achieve recommended weight gain are critical components of maternal healthcare. Effective family planning, including maintaining an adequate interval between pregnancies, also plays a significant role. Adherence to established prenatal care protocols and comprehensive patient education are essential strategies to mitigate the incidence of preterm births.
- Keywords** : preterm labor, preterm delivery, factors associated with preterm birth.

หลักการและเหตุผล

การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ งานอนามัยแม่และเด็กของประเทศไทยให้ความสำคัญในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดทารกก่อนกำหนดอาจมีความผิดปกติได้ทุกระบบของร่างกาย โดยจะมีความเสี่ยงต่อการพิการและเสียชีวิตได้⁽¹⁾ การรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายสูง ต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการดูแลทารกในภาวะวิกฤต อาจมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นทุกระบบ⁽²⁾ มีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีแนวทางปฏิบัติป้องกันการคลอดก่อนกำหนด⁽³⁾ โดยในปัจจุบันทุกสิทธิ์การรักษาสามารถเข้าถึงยาในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการจัดระบบบริการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องภายใต้มาตรฐานเดียวกัน⁽⁴⁾ โดยสถานการณ์ของประเทศไทย อัตราการคลอดก่อนกำหนดทั้งประเทศในปีงบประมาณ 2565-2567 เท่ากับร้อยละ 16.89 16.34 16.18 ตามลำดับ จังหวัดศรีสะเกษพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565-2567 เท่ากับร้อยละ 14.05 13.98 14.71 ตามลำดับ⁽⁵⁾ จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่นำมาสู่การคลอดก่อนกำหนดได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา วัตถุประสงค์และวิเคราะห์ทางสถิติ

การศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (case control study) โดยการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ SSKHREC No.025/2567 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า

ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จากการเลือกแบบจำเพาะเจาะจงทั้งหมด 315 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่คลอดอายุครรภ์ก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ 24-36+6 สัปดาห์ จำนวน 142 ราย และกลุ่มที่คลอดอายุครรภ์ครบกำหนด ≥ 37 สัปดาห์ จำนวน 173 ราย เกณฑ์คัดออกได้แก่ ข้อมูลจากเวชระเบียนไม่ครบถ้วน การประมาณการค่าขนาดตัวอย่างได้ อ้างอิงจากผลการศึกษาก่อนหน้าของ กัญญา พูลธรรม ในปี พ.ศ. 2566⁽⁶⁾ แทนค่าในสูตรจะได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 69 ราย หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 138 ราย เพื่อป้องกันการไม่ครบถ้วนของข้อมูล ร้อยละ 10 ดังนั้นการศึกษาค้างนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 152 ราย หรืออย่างน้อยกลุ่มละ 76 ราย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Univariable logistic regression, Multivariable logistic regression ในการคำนวณหา odds ratios และ 95% confidence interval โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกโดยการจำแนกตามกลุ่มที่คลอดอายุครรภ์ก่อนกำหนด จำนวน 142 ราย และกลุ่มที่คลอดอายุครรภ์ครบกำหนดจำนวน 173 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ อายุ ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติเบาหวาน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประวัติเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด อากาณำ และปัจจัยช่วงคลอด ได้แก่ รกเกาะต่ำ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง และระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติก่อนมาโรงพยาบาล (ตารางที่ 1)

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Univariable logistic regression พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์มากกว่า 2 ปี จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 71 (95%CI: 0.17-0.50) ปัจจัยเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (อินซูลิน) 7.38 เท่า (95%CI: 1.62-33.66) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 8.92 เท่า (95%CI: 1.28-73.37) ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด 5.41 เท่า (95%CI: 1.14-25.56) อาการน้ำเดิน 4.54 เท่า (95%CI: 2.53-8.16) อาการปวดศีรษะร่วมกับความดันโลหิตสูง 29.91 เท่า (95%CI: 3.88-230.35) ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง 13.21 เท่า (95%CI: 3.02-57.75) (ตารางที่ 2)

และเมื่อทำการคัดเลือกปัจจัยที่มีระดับนัยสำคัญ < 0.20 จากการวิเคราะห์ด้วย Univariable logistic regression ทำการวิเคราะห์แบบ Multivariable logistic regression จะพบว่าระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์มากกว่า 2 ปี และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดได้ ร้อยละ 84 (95%CI: 0.07-0.37) และร้อยละ 57 (95%CI: 0.22-0.85) ตามลำดับ ปัจจัยเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ครรภ์แฝด 9.47 เท่า (95%CI: 1.20-74.86) ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (อินซูลิน) 49.09 เท่า (95%CI: 3.76-640.13) ประวัติคลอดก่อนกำหนด 8.46 เท่า (95%CI: 1.03-69.75) น้ำเดินจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด 4.66 เท่า (95%CI: 2.20-9.90) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มการคลอด

ข้อมูล	คลอดครบกำหนด (n=173)	คลอดก่อนกำหนด (n=142)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ(ปี)			0.033*
< 20	19 (11.0%)	14 (9.9%)	
20-34	107 (61.8%)	106 (74.6%)	
≥ 35	47 (27.2%)	22 (15.5%)	
การตั้งครรภ์			0.174
ครรภ์แรก	44 (25.4%)	46 (32.4%)	
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	129 (74.6%)	96 (67.6%)	
ฝากครรภ์ครั้งแรก 1 st ANC			0.526
≤ 12 สัปดาห์	106 (61.3%)	82 (57.7%)	
>12 สัปดาห์	67 (38.7%)	60 (42.3%)	
ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์ (ปี)			< 0.001*
≤ 2	105 (60.7%)	118 (84.3%)	
>2	68 (39.3%)	22 (15.7%)	
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (Kg/m ²)			0.494
< 18.5	14 (8.1%)	19 (13.4%)	
18.5-24.9	102 (59.0%)	77 (54.2%)	
25-29.9	32 (18.5%)	26 (18.3%)	
≥ 30	25 (14.5%)	20 (14.1%)	
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์**			0.128
ต่ำกว่าเกณฑ์	65 (37.6%)	64 (45.1%)	
เหมาะสม	89 (51.4%)	57 (40.1%)	
สูงกว่าเกณฑ์	19 (11.0%)	21 (14.8%)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มการคลอด (ต่อ)

ข้อมูล	คลอดครบกำหนด (n=173)	คลอดก่อนกำหนด (n=142)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความเสี่ยงในขณะฝากครรภ์			
ครรภ์แฝด	2 (1.2%)	7 (4.9%)	0.084
ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ	6 (3.5%)	3 (2.1%)	0.521
โรคหัวใจ	1 (0.6%)	3 (2.1%)	0.331
เสี่ยงครรภ์เป็นพิษได้รยาแอสไพริน	7 (4.0%)	9 (6.3%)	0.357
ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์	6 (3.5%)	8 (5.6%)	0.353
การติดเชื้อซิฟิลิส	6 (3.5%)	6 (4.2%)	0.727
ภาวะซีด	22 (12.7%)	23 (16.2%)	0.380
การติดเชื้อ HIV	2 (1.2%)	2 (1.4%)	1.00
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	7 (4.0%)	0 (0%)	0.018*
ประวัติเบาหวาน			0.012*
เบาหวานก่อนตั้งครรภ์	8 (4.8%)	5 (3.6%)	
เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (คุมอาหาร)	16 (9.7%)	8 (5.8%)	
เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (อินซูลิน)	2 (1.2%)	12 (5.8%)	
ประวัติเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด			0.027*
- ประวัติเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด	2 (1.2%)	9 (6.3%)	
- ประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเตอโรน	29 (16.8%)	22 (15.5%)	
- ภาวะปากมดลูกสั้นและได้ยาโปรเจสเตอโรน	9 (5.2%)	2 (1.4%)	
ภาวะปากมดลูกสั้นเย็บปากมดลูกและยาโปรเจสเตอโรน	2 (1.2%)	0 (0%)	
ยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	36 (20.8%)	24 (16.9%)	0.379*
อาการนำ			<0.001
เจ็บครรภ์คลอด	129 (85.4%)	69 (50.7%)	
น้ำเดิน	21 (13.9%)	51 (37.5%)	
ปวดศีรษะร่วมกับความดันโลหิตสูง	1 (0.7%)	16 (11.8%)	
มีเลือดออกจากช่องคลอด	1 (0.6%)	6 (4.2%)	
ปัจจัยช่วงคลอด			
รกเกาะต่ำ	1 (0.6%)	6 (4.2%)	0.049*
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1 (0.6%)	7 (4.9%)	0.025*
เสี่ยงหัวใจทารกเต้นผิดปกติ	10 (5.8%)	7 (1.9%)	0.740
ทารกโตช้าในครรภ์	2 (1.2%)	6 (4.2%)	0.147
ครรภ์เป็นพิษ ระดับรุนแรง	2 (1.2%)	19 (13.4%)	0.001*
เคยผ่าตัดคลอด	25 (14.1%)	23 (16.2%)	0.668*
ตรวจปากมดลูกแรกรับ (เซนติเมตร)			0.151
< 3	43 (30.1%)	44 (38.6%)	
≥ 3	100 (69.9%)	70 (61.4%)	
ระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติก่อนมาโรงพยาบาล (ชั่วโมง)			0.022
<2	11 (7.6%)	10 (7.6%)	
2-6	112 (80.3%)	86 (65.6%)	
> 6	22 (15.2%)	35 (26.7%)	
วิธีการคลอด			0.137
คลอดปกติ	92 (53.2%)	67 (47.2%)	
ผ่าตัดคลอด	78 (45.1%)	75 (52.8%)	
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	3 (1.7%)	0 (0%)	
ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia)	8 (4.6%)	13 (9.2%)	0.109

*Statistical significance at $p < 0.05$ ** Weight gain during pregnancy of ACOG 2013

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Univariable logistic regression

ปัจจัย	Crude OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
อายุสตรีตั้งครรภ์ (<20: reference)				
20-34 ปี	1.34	0.64	2.82	0.434
≥ 35 ปี	0.64	0.27	1.50	0.299
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (ครรภ์แรก: reference)				
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	0.71	0.44	1.16	0.174
ฝากครรภ์ครั้งแรก (≤ 12 สัปดาห์ : reference)				
>12 สัปดาห์	1.16	0.74	1.82	0.526
ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์ (≤ 2 ปี : reference)				
> 2 ปี	0.29	0.17	0.50	< 0.001*
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (18.5-24.9 : reference)				
< 18.5 kg/m ²	1.80	0.85	3.81	0.126
25-29.9 kg/m ²	1.08	0.59	1.95	0.809
≥ 30 kg/m ²	1.06	0.55	2.05	0.863
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (Low : reference)				
เหมาะสม	0.65	0.40	1.05	0.079
สูงกว่าเกณฑ์	1.12	0.55	2.28	0.750
ความเสี่ยงในขณะฝากครรภ์ (No : reference)				
ครรภ์แฝด	4.43	0.91	21.69	0.066
ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ	0.60	0.15	2.45	0.477
โรคหัวใจ	3.71	0.38	36.08	0.258
เสี่ยงครรภ์เป็นพิษได้รับยาแอสไพริน	1.61	0.58	4.42	0.360
ประวัติเบาหวาน				
เบาหวานก่อนตั้งครรภ์	0.77	0.25	2.42	0.653
เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (คุมอาหาร)	0.62	0.25	1.49	0.281
เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (อินซูลิน)	7.38	1.62	33.66	0.010*
ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์	1.66	0.56	4.91	0.358
การติดเชื้อซิฟิลิส	1.23	0.39	3.89	0.727
ภาวะซีด	1.33	0.71	2.50	0.381
การติดเชื้อ HIV	1.22	0.17	8.78	0.842
ประวัติเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด (No : reference)				
ประวัติคลอดก่อนกำหนด	5.41	1.14	25.56	0.033*
ประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเตอโรน	0.91	0.50	1.68	0.766
ภาวะปากมดลูกสั้นและได้รับยาโปรเจสเตอโรน	0.27	0.06	1.26	0.096
ภาวะปากมดลูกสั้นได้เย็บปากมดลูกและยาโปรเจสเตอโรน	0.00	0.00	-	0.999
ยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	0.77	0.44	1.37	0.380
อาการนำ (เจ็บครรภ์ : reference)				
น้ำเดิน	4.54	2.53	8.16	< 0.001*
ปวดศีรษะร่วมกับความดันโลหิตสูง	29.91	3.88	230.35	0.001*

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Univariable logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
ปัจจัยช่วงคลอด (No : reference)				
รกเกาะต่ำ	7.59	0.90	63.79	0.062
การติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ	8.92	1.28	73.37	0.042*
เสี่ยงหัวใจทารกเต้นผิดปกติ	0.85	0.31	2.28	0.740
ทารกโตช้าในครรภ์	3.77	0.75	18.99	0.107
ครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง	13.21	3.02	57.75	0.001*
เคยผ่าตัดคลอด	1.14	0.62	2.12	0.668
ตรวจปากมดลูกแรกจับ (< 3 เซนติเมตร : reference)				
≥ 3 เซนติเมตร ขึ้นไป	0.68	0.41	1.15	0.152
ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia) (No : reference)	2.08	0.84	5.17	0.115

*Statistical significance at $p < 0.05$ + Weight gain during pregnancy of ACOG 2013

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Multivariable logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
การตั้งครรภ์ (ครรภ์แรก: reference)				
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	1.66	0.76	3.63	0.201
ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์ (≤ 2 ปี : reference)				
> 2 ปี	0.16	0.07	0.37	< 0.001*
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (18.5-24.9 : reference)				
< 18.5 kg/m ²	2.10	0.83	5.33	0.119
25-29.9 kg/m ²	0.77	0.29	2.00	0.586
≥ 30 kg/m ²	0.27	0.07	1.10	0.068
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (ต่ำกว่าเกณฑ์ : reference)				
เหมาะสม	0.43	0.22	0.85	0.015*
สูงกว่าเกณฑ์	0.77	0.24	2.45	0.66
ประวัติฝากครรภ์(ไม่พบประวัติเสี่ยงฝากครรภ์ : reference)				
ครรภ์แฝด	9.47	1.20	74.86	0.033*
ประวัติเบาหวาน				
เบาหวานก่อนตั้งครรภ์	1.35	0.17	10.56	0.778
เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (คุมอาหาร)	1.10	0.32	3.83	0.876
เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (อินซูลิน)	49.09	3.76	640.13	0.003*
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	2.53	0.23	27.78	0.448
ประวัติเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด (ไม่พบความเสี่ยง : reference)				
ประวัติคลอดก่อนกำหนด	8.46	1.03	69.75	0.047*
ประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเทอโรน	1.13	0.46	2.81	0.793
ภาวะปากมดลูกสั้นและได้รับยาโปรเจสเทอโรน	0.30	0.03	2.87	0.295
ภาวะปากมดลูกสั้นได้เย็บผูกปากมดลูกและยาโปรเจสเทอโรน	0.00	0.00	-	0.999

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Multivariable logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
อาการนำ (เจ็บครรภ์คลอด : reference)				
น้ำเดิน	4.66	2.20	9.90	< 0.001*
ปัจจัยช่วงคลอด (ไม่พบปัจจัยเสี่ยงช่วงคลอด : reference)				
รกเกาะต่ำ	0.46	0	-	1.00
ครรภ์เป็นพิษ ระดับรุนแรง	8.65	0.84	88.76	0.069
ตรวจปากมดลูกแรกจับ (< 3 เซนติเมตร : reference)				
≥ 3 เซนติเมตร ขึ้นไป	1.10	0.55	2.20	0.793
ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia) (No : reference)	1.10	0.25	4.82	0.897

Statistical significance at $p < 0.05$

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยเรื่องระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์ มากกว่า 2 ปี จะเป็นปัจจัยลดโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ซึ่งในงานวิจัยก่อนหน้านี้พบปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ถ้าระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน หรือมากกว่า 60 เดือน⁽⁷⁾ ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 6-12 เดือน⁽⁸⁾ และระยะห่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 18 เดือน^(9,10) จากการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยเสี่ยงสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่าประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด^(11,12) ครรภ์แฝดและทารกโตช้าในครรภ์สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด⁽¹³⁾ แต่ก็มีการศึกษาซึ่งไม่พบว่าประวัติการคลอดก่อนกำหนดนั้นมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด⁽¹⁴⁾ การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด⁽¹⁵⁾ ส่วนการศึกษาครั้งนี้พบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เหมาะสมจะช่วยลดโอกาสคลอดก่อนกำหนด และนอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (อินซูลิน) เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด^(16,17) งานวิจัยในครั้งนี้ไม่พบว่าครรภ์เป็นพิษรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด⁽¹⁸⁾

สรุป

การคัดกรองความเสี่ยงประวัติการคลอดก่อนกำหนด การดูแลฝากครรภ์ความเสี่ยงสูงเบาหวาน ครรภ์แฝด การดูแลตนเองได้เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ ให้น้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ รวมทั้งการวางแผนครอบครัวที่ดี เว้นระยะห่างการตั้งครรภ์เหมาะสม การให้ความรู้กับสตรีตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. [cited 2024 Aug 23]. Available from:URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. Walani SR. Global burden of preterm birth. Int J Gynaecol Obstet 2020;150(1):31-3. doi: 10.1002/ijgo.13195.
3. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [ค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2567]. ค้นได้จาก:URL:ระเบียบราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

4. กระทรวงสาธารณสุข. ปัญหาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2567. ประกาศวันที่ 4 มกราคม 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2567]. ค้นได้จาก:URL: https://pubmiddleware.mims.com/resource/document/82AE6301-4B56-473D-A76E-ADA40096A174/pdf/MIMS_1_2022.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Report on preterm birth statistics for Sisaket Province, fiscal years 2565-2567. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2567]. ค้นได้จาก:URL:https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d.
6. กัญญา ทูลธรรม, สุภาพร สุภาพวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2566;20(2):75-88.
7. Chen P, Mu Y, Liu Z, Wang Y, Li X, Dai L, et al. Association of interpregnancy interval and risk of adverse pregnancy outcomes in woman by different previous gestational ages. Chin Med J (Engl) 2024;137(1):87-96. doi: 10.1097/CM9.0000000000002801.
8. Kinpoon K, Chaiyarach S. The incidence and risk factors for preterm delivery in Northeast Thailand. Thai J Obstet Gynaecol 2021;29(2):100-11.
9. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study. BMJ 2003;327(7410):313. doi:10.1136/bmj.327.7410.313.
10. World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13-15 June 2005. Geneva : World Health Organization ; 2007.
11. Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2017;7(6):e015402. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015402.
12. Yang J, Baer RJ, Berghella V, Chambers C, Chung P, Coker T, et al. Recurrence of Preterm Birth and Early Term Birth. Obstet Gynecol 2016;128(2):364-72. doi:10.1097/AOG.0000000000001506.
13. สีนินาฏ หงษ์ระนัย, พรทิพย์ เรืองฤทธิ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2565;14(1):44-54.
14. Asvanarunat E. Outcomes of gestational weight gain outside the Institute of Medicine Guidelines. J Med Assoc Thai 2014;97(11): 1119-25. PMID: 25675675.
15. Malaza N, Masete M, Adam S, Dias S, Nyawo T, Pheiffer C. A Systematic Review to Compare Adverse Pregnancy Outcomes in Women with Pregestational Diabetes and Gestational Diabetes. Int J Environ Res Public Health 2022;19(17):10846. doi: 10.3390/ijerph191710846.

16. Oros Ruiz M, Perejón López D, Serna Arnaiz C, Siscart Viladegut J, Àngel Baldó J, Sol J. Maternal and foetal complications of pregestational and gestational diabetes: a descriptive, retrospective cohort study. *Sci Rep* 2024;14(1):9017. doi: 10.1038/s41598-024-59465-x.
17. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2022;377:e067946. doi: 10.1136/bmj-2021-067946.
18. Davies EL, Bell JS, Bhattacharya S. Preeclampsia and preterm delivery: A population-based case-control study. *Hypertens Pregnancy* 2016;35(4):510-9. doi: 10.1080/10641955.2016.1190846.