

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรี
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อน
กำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม

Factors associated with preterm birth, accuracy rate and coverage rate of the clinical
guideline of preterm labor and success rate in preterm uterine contraction inhibition in
Mahasarakham Hospital

กัญญา ทูลธรรม^{1*} สุภาพร สุภาพวิวัฒน์²
Kanya Toontham^{1*} Supaporn Supathaweevat²

^{1*}อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 44000

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000

^{1*}Lecturer. Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute 44000

²Registered nurse. Professional Leve. Department of Labor Room,
Mahasarakham Hospital 44000

Corresponding Author: Kanya@smnc.ac.th

(Received: 26 March 2023 Revised: 30 June 2023 Accepted: 5 July 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการ
ดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนด

รูปแบบและวิธีวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวช
ระเบียนของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวหรือครรภ์แฝดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 26^{0/7} ถึง 36^{6/7} ที่เข้ารับการรักษาและคลอด
ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 รายงานผลด้วยจำนวน
ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดโดย
ใช้สถิติ Logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.05

ผลการศึกษา : สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 145 คน ได้ถูกวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อน
กำหนด ได้แก่ มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง (OR_{adj}
25.77, 95%CI 7.81-84.96, P <0.001) ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกจับ (OR_{adj} 6.77, 95%CI 2.09-
21.92, P =0.001) และภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ (OR_{adj} 3.83, 95%CI 1.50-9.78 P =0.005) อัตรา
ความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ
50.34% และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 64.14%

สรุปผลการศึกษา : ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ เคยเข้ารับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อน
กำหนดมากกว่า 1 ครั้ง ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกจับ และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ อัตรา

ความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 50.34% และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 64.14%

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีผล, อัตราความถูกต้องครอบคลุม, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ABSTRACT

Objectives : To evaluate the factors associated with preterm birth, accuracy rate and coverage rate of the clinical guideline of preterm labor and success rate in preterm uterine contraction inhibition in Mahasarakham Hospital.

Methods : The retrospective study collected data from medical records. Inclusion criteria were all pregnant women between 26^{0/7} to 36^{6/7} weeks of gestation who admitted to the labor room of Mahasarakham Hospital between October 2021 to November 2022. Report by quantity, percentage, mean and standard deviation. Analyzed the relationship between factors affecting preterm labor using logistic regression analysis, statistically significant level, P-value <0.05.

Result : Analysis was performed on 145 pregnant women. The significant factors associated with preterm birth were history readmitted of preterm uterine contraction more than one time (OR_{adj} 25.77, 95%CI 7.81 -84.96, P <0.001), cervical dilatation at the time of admission (OR_{adj} 6.77, 95%CI 2.09-21.92, P =0.001) and obstetric complications (OR_{adj} 3.83, 95%CI 1.50-9.78, P =0.005). Overall accuracy rate and coverage rate of the clinical guideline of preterm labor was 50.34% and success rate of preterm birth inhibition was 64.14%.

Conclusion : Factors associated with preterm birth were history readmitted of preterm uterine contraction more than one time, cervical dilatation at the time of admission and obstetric complications. Accuracy rate and coverage rate of the clinical guideline of preterm labor was 50.34% and success rate of preterm birth inhibition was 64.14%.

Keywords : Factors associated, Accuracy rate and coverage rate, Preterm labor

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุให้ทารกคลอดออกมาก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80⁽¹⁾ อัตราการคลอดก่อนกำหนดของทั่วโลกอยู่ในช่วง 5-18 ต่อการเกิดมีชีพ 100 ราย⁽²⁾ ในประเทศไทยจากการรายงานสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.47 โดยในเขตสุขภาพที่ 7 พบร้อยละ 11.94⁽³⁾ สำหรับผลการรวบรวมสถิติสำหรับโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2562 – 2564 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 6.95, 6.33 และ 6.01 ตามลำดับ โดยนิยามของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) หมายถึง ภาวะเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดในช่วงอายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชม. ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกโดยปากมดลูกขยายมากกว่า 1 ซม. หรือปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่วัยครรภ์ 80 ขึ้นไป⁽⁴⁾ สำหรับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม (Threatened preterm labor) หมายถึง ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้งใน 10 นาที แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก⁽⁵⁾ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ให้คำจำกัดความการคลอดก่อนกำหนด คือ การคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ 26^{0/7} ถึง 36^{6/7} สัปดาห์ ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุที่สามารถให้การช่วยเหลือและเลี้ยงดูทารกให้มีชีวิตรอดได้ตามมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาลมหาสารคาม

ภาวะคลอดก่อนกำหนดส่งผลทำให้ทารกมีโอกาสที่จะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด ยิ่งคลอดก่อนกำหนดมากเท่าใดโอกาสที่จะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพจะมากขึ้นเท่านั้น สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำบางอย่างที่อาจจะเป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงมากที่สุดที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อมา, มารดามีโรคที่รุนแรง, การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในช่องคลอด, มดลูกขยายตัวมากเกินไป เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ มีเนื้องอกที่มดลูก, มารดามีปัญหาที่ปากมดลูก เช่น ปากมดลูกหลวม มีประวัติเคยผ่าคลอด และขูดมดลูก หรือทำแท้งในไตรมาสที่สองหรือผ่าตัดปากมดลูก, มีพยาธิสภาพที่รก เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การติดเชื้อในช่องคลอด เช่น การสูบบุหรี่ มารดาอายุมากกว่า 40 ปี ทุพโภชนาการ โลหิตจาง เศรษฐฐานะทางสังคมต่ำ⁽¹⁾

แนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งโรงพยาบาลมหาสารคามนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอด แบ่งออกเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ 1) แนวทางการดูแลภาวะ Threatened preterm labor และ 2) แนวทางการดูแลภาวะ preterm labor ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์ การพิจารณาหยุดการคลอดตามอายุครรภ์และประเภทของการเจ็บครรภ์คลอด การตรวจหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์ เช่น การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อหาความผิดปกติ การพิจารณาให้ยาสแตียรอยด์และยาหยุดการหดรัดตัวของมดลูก การติดตามการเต้นของหัวใจทารกและการบีบรัดตัวของมดลูกเป็นระยะ และการเตรียมทีมให้พร้อมในการดูแลทารกแรกคลอด

จากการทบทวนปัญหาการคลอดก่อนกำหนดของภาพรวมในจังหวัดมหาสารคามปีงบประมาณ 2564 พบว่า อัตราความสำเร็จของการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนด ยังไม่เป็นที่น่าพอใจตามที่กำหนดไว้ คือ อัตราความสำเร็จของการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป และอัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่าร้อยละ 6 ดังนั้น เพื่อพัฒนาระบบการบริการที่มีประสิทธิภาพมาก

ยิ่งขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทั้งในด้านความถูกต้องและครอบคลุม และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในผู้รับบริการที่มาคลอดที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ดีในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาอัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power3.1 คำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบ Chi-square โดยค่า Effect size 0.30 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 145 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ หญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์เดี่ยวหรือครรภ์แฝดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 26 สัปดาห์ 0 วัน ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน ที่เข้ารับการนอนรักษาและมีการคลอดที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ทารกเสียชีวิตในครรภ์/พิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์มาก่อน หญิงตั้งครรภ์ที่เคยได้รับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่โรงพยาบาลมหาสารคามแต่คลอดที่สถานพยาบาลอื่น โดยชุดข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด โดยแบ่งย่อยออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไป 2. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 3. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต 4. ความผิดปกติที่พบขณะตั้งครรภ์ในปัจจุบัน 5. อายุครรภ์ที่การฝากครรภ์ครั้งแรกในครรภ์ปัจจุบัน 6. ประวัติการเจ็บป่วยในขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน 7. ประวัติการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และ 8. ประวัติการคลอดในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความครอบคลุมของกระบวนการดูแลผู้คลอดที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลมหาสารคามร่วมกับการศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ⁽⁶⁾ เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด โดยแบ่งย่อยออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1. การคัดกรองภาวะสุขภาพ 2. การวินิจฉัยโรคจากข้อมูลการคัดกรองภาวะสุขภาพ และ 3. การดูแลรักษาที่ได้รับขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ ซึ่งการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือรายข้อมีค่า IOC เท่ากับ 0.60 -1.00

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดด้วยสถิติ Logistic regression โดยพิจารณาตัวแปรที่มีค่า

p-value <0.20 จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวนำมาวิเคราะห์หลายตัวแปรและพิจารณาว่ามีความสำคัญทางสถิติ เมื่อค่า p-value <0.05

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม ตามรหัสโครงการวิจัยเลขที่ MSKH_REC 65-02-050

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้ทั้งหมด 145 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 29.02 ± 6.68 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 34 ปี (ร้อยละ 68.97) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 23.03 ± 4.67 กก.ม² ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 58.62) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 37.24) รองลงมาคือน้ำหนักเพิ่มมากกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 33.79) ส่วนใหญ่ฝากครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 73.79) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่สอง (ร้อยละ 32.41) รองลงมาคือ การตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 36.55) ในรายที่มีประวัติการแท้งส่วนใหญ่เป็นการแท้งในไตรมาสที่ 1 (ร้อยละ 14.48) มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ร้อยละ 11.72 เคยเข้ารับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 24.13 ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 15.86) รองลงมาคือ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (ร้อยละ 7.58) ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบมากที่สุด คือ เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 14.48) รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (ร้อยละ 8.27) สำหรับการได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน พบ ร้อยละ 11.72

ผลการศึกษาข้อมูลการเข้ารับการรักษา พบว่า อายุครรภ์ที่เข้ารับการรักษาด้วยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุครรภ์ $35^{0/7}$ - $36^{6/7}$ สัปดาห์ (ร้อยละ 50.34) รองลงมาคือ อายุครรภ์ $32^{0/7}$ - $33^{6/7}$ สัปดาห์ (ร้อยละ 21.38) การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับส่วนใหญ่ไม่มีการเปิดขยาย (ร้อยละ 84.83) รองลงมา คือ เปิด 1-2 เซนติเมตร (ร้อยละ 13.79) การได้รับยาช่วยป้องกันการคลอด ร้อยละ 56.55 โดยชนิดของยาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ ยา Terbutaline (ร้อยละ 28.27) รองลงมา คือ ยา Nifedipine (ร้อยละ 20.69) และได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ร้อยละ 73.10

ผลการศึกษาอัตราความถูกต้องครอบคลุมของการดูแลตามแนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า อัตราความถูกต้องครอบคลุมของการดูแลตามแนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ ร้อยละ 50.34 เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านความถูกต้องครอบคลุมของการได้รับยาปฏิชีวนะในกรณี Preterm labor การตรวจและการบันทึกการหดตัวของมดลูก และการวัดและบันทึกการเต้นของหัวใจทารกมีอัตราความถูกต้องและครอบคลุมมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ ความถูกต้องครอบคลุมของการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา (ร้อยละ 98.62) และน้อยที่สุดคือ ด้านความถูกต้องครอบคลุมของการคัดกรอง (ร้อยละ 63.45) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถูกต้องครอบคลุมของการดูแลตามแนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n=145)

คุณลักษณะที่ศึกษา	จำนวนคน (ร้อยละ)
อัตราความถูกต้องครอบคลุมของการดูแลตามแนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	73 (50.34)
ความถูกต้องครอบคลุมของการคัดกรอง	92 (63.45)

คุณลักษณะที่ศึกษา	จำนวนคน (ร้อยละ)
ความถูกต้องครอบคลุมในการวินิจฉัยโรคหลักและร่วม	138 (95.17)
ความถูกต้องครอบคลุมของการได้รับยาระงับการหดตัวของมดลูก	129 (88.97)
ความถูกต้องครอบคลุมของการได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์	118 (81.38)
ความถูกต้องครอบคลุมของการได้รับยาปฏิชีวนะในกรณี Preterm labor (GBS prophylaxis, Preterm PROM)	145 (100)
ความถูกต้องครอบคลุมของการตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูก	145 (100)
ความถูกต้องครอบคลุมของการวัดและบันทึกการเต้นของหัวใจทารก	145 (100)
ความถูกต้องครอบคลุมของการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา	143 (98.62)
ความถูกต้องครอบคลุมของการรักษากรณีที่มีโรคร่วม (n =94)	94 (100)

ผลการศึกษาผลของการคลอดพบว่า อัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ ร้อยละ 64.14 จากการจำแนกอายุครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด พบว่า ช่วงอายุครรภ์ที่มีการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คือ ช่วงอายุครรภ์ 35^{0/7}-36^{6/7} สัปดาห์ (ร้อยละ 75.00) รองลงมาคือ ช่วงอายุครรภ์ 34^{0/7}-34^{6/7} สัปดาห์ (ร้อยละ 11.54) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดสำเร็จและกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ พบว่า กลุ่มที่ยับยั้งการคลอดสำเร็จซึ่งมีการคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ส่วนใหญ่มีน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-4,000 กรัม (ร้อยละ 87.09) รองลงมาคือ อยู่ในช่วง 1,500-2,499 (ร้อยละ 10.75) ส่วนกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จซึ่งมีการคลอดช่วงอายุครรภ์ 26^{0/7} ถึง 36^{6/7} ส่วนใหญ่มีน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 1,500-2,499 กรัม (ร้อยละ 57.69) รองลงมาคือ อยู่ในช่วง 2,500-4,000 (ร้อยละ 36.54) สำหรับคะแนน APGAR score พบว่า ทั้งกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดสำเร็จและกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วง 8-10 คะแนน (ร้อยละ 96.77 และร้อยละ 98.08 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของการคลอด (n=145)

คุณลักษณะที่ศึกษา	ยับยั้งการคลอด สำเร็จ (n=93) จำนวน (ร้อยละ)	ยับยั้งการคลอด ไม่สำเร็จ (n=52) จำนวน (ร้อยละ)
ความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	93 (64.14)	52 (35.86)
การจำแนกอายุครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด (สัปดาห์)		
26-27 ⁺⁶		1 (1.92)
28-31 ⁺⁶		1 (1.92)
32-33 ⁺⁶		5 (9.62)
34-34 ⁺⁶		6 (11.54)

คุณลักษณะที่ศึกษา	ยับยั้งการคลอด สำเร็จ (n=93) จำนวน (ร้อยละ)	ยับยั้งการคลอด ไม่สำเร็จ (n=52) จำนวน (ร้อยละ)
35-36 ⁺⁶ น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)		39 (75.00)
<1,000	0 (0.00)	1 (1.92)
1,000-1,499	1 (1.08)	1 (1.92)
1,500-2,499	10 (10.75)	30 (57.69)
2,500-4,000	81 (87.09)	19 (36.54)
>4,000	1 (1.08)	1 (1.92)
APGAR score ทารกแรกเกิด (คะแนน)		
8-10	90 (96.77)	51 (98.08)
4-7	2 (2.15)	1 (1.92)
0-3	1 (1.08)	0 (0.00)

ผลการเปรียบเทียบกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดสำเร็จกับกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 ได้แก่ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์, เคยเข้ารับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง, ได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน, ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกรับ และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โดยภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์เมื่อวิเคราะห์แยกทีละตัวแปร พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด คือ ตั้งครรภ์แฝดและถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดสำเร็จกับกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ (n=145)

คุณลักษณะที่ศึกษา	ยับยั้งการคลอด สำเร็จ (n=93) จำนวน (ร้อยละ)	ยับยั้งการคลอด ไม่สำเร็จ (n=52) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	P - value
อายุน้อยกว่า 20 ปี	9 (9.68)	3 (5.77)	.707	0.538 (Fisher Exact test)
อายุ 35 ปีขึ้นไป	19 (20.43)	14 (26.92)	0.800	0.371
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์	21 (22.58)	21 (40.38)	5.138	0.023
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์	36 (38.71)	13 (25.00)	2.802	0.094
ฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	23 (24.73)	15 (28.85)	0.292	0.589
ประวัติการแท้ง (สัปดาห์)	19 (20.43)	13 (25.00)	0.405	0.525
แท้งในไตรมาสแรก (<14)	13 (13.98)	8 (15.38)	.053	0.818
แท้งในไตรมาสสอง (14-27)	6 (6.45)	5 (9.62)	.476	0.490

คุณลักษณะที่ศึกษา	ยับยั้งการคลอด สำเร็จ	ยับยั้งการคลอด ไม่สำเร็จ	χ^2	P - value
	(n=93) จำนวน (ร้อยละ)	(n=52) จำนวน (ร้อยละ)		
มีประวัติเคยถ่ายขยายและชุดมดลูก	8 (8.60)	6 (11.54)	.330	0.566
มีประวัติคลอดก่อนกำหนด	8 (8.60)	9 (17.31)	2.442	0.118
เคยเข้ารับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง	6 (6.45)	29 (55.77)	44.299	0.000
มีภาวะซีด (Hct <33%)	19 (20.43)	10 (19.23)	.030	0.863
มีการติดเชื้อในขณะตั้งครรภ์	15 (16.13)	5 (9.62)	1.190	0.275
มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์	22 (23.66)	26 (50.00)	10.452	0.001
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	12 (12.90)	11 (21.15)	1.701	0.192
ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์	0 (0.00)	3 (5.77)	6.267	0.044
				(Fisher Exact test)
การตั้งครรภ์แฝด	0 (0.00)	4 (7.69)	8.408	0.015
				(Fisher Exact test)
ครรภ์แฝดน้ำ	0 (0.00)	2 (3.85)	4.152	0.127
				(Fisher Exact test)
ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์	7 (7.53)	4 (7.69)	.001	1.000
				(Fisher Exact test)
มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม	28 (30.11)	18 (34.62)	.313	0.576
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	10 (10.75)	11 (21.15)	2.913	0.088
ได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาล ชุมชน	6 (6.45)	11 (21.15)	6.966	0.008
ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกจับ	7 (7.53)	15 (28.85)	11.778	0.001
การไม่ได้รับยาช่วยยับยั้งการคลอด	43 (46.24)	20 (38.46)	.821	0.365

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างหยาบที่ละตัวแปร พบว่า ทุกตัวแปรคาดว่าจะมีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยเรียงลำดับดังนี้ ได้แก่ เคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง (OR 18.28, 95%CI 6.78-49.30) ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกจับ (OR 4.98, 95%CI 1.87-13.23) ได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน (OR 3.89, 95%CI 1.35-11.25)

มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ (OR 3.23, 95%CI 1.57-6.66) และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (OR 2.32, 95%CI 1.11-4.85) แต่เมื่อนำเข้าวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกพบว่า มี 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 ได้แก่ การเคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกรับ และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โดยการมีประวัติเคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้งเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงเป็น 25.77 เท่า (OR_{adj} 25.77, 95%CI 7.81 -84.96) ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกรับเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงเป็น 6.77 เท่า (OR_{adj} 6.77, 95%CI 2.09-21.92) และภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงเป็น 3.83 เท่า (OR_{adj} 3.83, 95%CI 1.50-9.78) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดจากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (n=145)

คุณลักษณะที่ศึกษา	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์		0.025		0.722
ไม่ใช่	Ref		Ref	
ใช่	2.32 (1.11-4.86)		0.82 (0.28-2.40)	
เคยเข้ารับการรักษาด้วยเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนด มากกว่า 1 ครั้ง		<0.001		<0.001
ไม่ใช่	Ref		Ref	
ใช่	18.28 (6.78-49.30)		18.28 (6.78-49.30)	
มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติ ศาสตร์		0.002		0.005
ไม่ใช่	Ref		Ref	
ใช่	3.23 (1.57-6.66)		3.83 (1.50-9.78)	
ได้รับการส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลชุมชน		0.012		0.173
ไม่ใช่	Ref		Ref	
ใช่	3.89 (1.35-11.25)		2.74 (0.64-11.64)	
ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อ แรกรับ		0.001		0.001
ไม่ใช่	Ref		Ref	
ใช่	4.98 (1.88-13.23)		6.78 (2.09-21.92)	

อภิปรายผลการศึกษา

1. จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดหลังจากที่ควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดมีเพียง 3 ตัวแปร ได้แก่ เคยเข้ารับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกจับ และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ อาจเนื่องมาจากสตรีตั้งครรภ์ที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้งและคลอดก่อนกำหนดในการศึกษานี้ พบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 55.17) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ธารทิพย์ อุทัยพัฒน์ (2563)⁽⁷⁾ ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์ในระหว่างตั้งครรภ์ (OR 3.31, 95%CI, 1.20-9.10, P =0.02) มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า น้ำหนักที่ขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด⁽⁸⁾

สตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกจับ มีแนวโน้มที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนดมากกว่า รายที่ปากมดลูกไม่มีการเปิดขยาย มีการศึกษาพบว่า การเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกจับมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด 2.77 เท่า (OR_{adj} 2.77, 95%CI 1.08-7.14, P =0.03) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการเปิดขยายของปากมดลูกที่ ≥ 3 เซนติเมตรเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงถึง 41 เท่า⁽⁷⁾ และมีผลการศึกษาพบว่า การเปิดขยายของปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด โดยการเพิ่มของการเปิดขยายของปากมดลูกทุก ๆ 1 เซนติเมตรจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็น 1.66 และ 2.81 เท่าต่อการคลอดก่อนกำหนดในรายที่ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดและมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ตามลำดับ⁽⁹⁾ และเมื่อวิเคราะห์สตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกจับและคลอดก่อนกำหนดในการศึกษานี้พบว่าตัวแปรที่น่าสนใจคือ เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน (ร้อยละ 60.00) และได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 33.33) ซึ่งจากผลการศึกษาของ ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ดารุณีย์ สวัสดิ์โชติดี และ ตรีนุช คำทะเนตร (2562)⁽¹⁰⁾ พบว่าประวัติการคลอดก่อนกำหนด 1 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 5.08 เท่า คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า การเคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด (OR 12.7, 95%CI 3.9-40.4) มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน หากบุคลากรที่ดูแลประเมินพบว่ามีความก้าวหน้าของการคลอดหลังได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกตามแนวปฏิบัติ สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัดซึ่งมีความพร้อมด้านสถานที่เครื่องมือที่ทันสมัยและทีมสหวิชาชีพมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ อุทัยพัฒน์ (2563)⁽⁷⁾ ที่พบว่าการได้รับการส่งตัวต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (OR 4.93; 95%CI 1.52-15.94, P =0.008)

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบในสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดในการศึกษานี้ ปัจจัยที่พบมากที่สุดคือ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 42.30) รองลงมาคือ ครรภ์แฝด (ร้อยละ 15.38) ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (ร้อยละ 15.38) และภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด (ร้อยละ 11.54) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์ (OR_{adj} 28.26, 95%CI 10.72-74.48, P <0.001) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (OR_{adj} 4.76, 95%CI 2.09- 10.88, P <0.001) และภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (OR_{adj} 13.82, 95% CI 2.16-88.12, P =0.005) มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด⁽¹²⁾ และยังมีผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้มากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ รองลงมาคือ ภาวะความดัน

โลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ การตั้งครรภ์แฝดยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด⁽¹³⁾ เนื่องจากการขยายของมดลูกที่มากกว่าปกติตามอายุครรภ์ที่ควรจะเป็น ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกตามมา ทั้งนี้ มีการศึกษาของ พบว่า การตั้งครรภ์แฝด ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ สามารถทำนายการคลอดก่อนกำหนดได้อีกด้วย⁽¹⁴⁾ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยดังกล่าว⁽¹⁰⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ พบว่า งานวิจัยทั้ง 3 เรื่องมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากว่าการศึกษารั้งนี้ ทำให้เก็บข้อมูลได้หลากหลายและครอบคลุมยิ่งขึ้นจึงสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่แยกย่อยในแต่ละโรคได้ชัดเจนกว่าการศึกษารั้งนี้

2. จากผลการศึกษาพบว่าอัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมหาสารคามในการศึกษารั้งนี้ เท่ากับร้อยละ 50.34 เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านความถูกต้องครอบคลุมของการคัดกรองมีอัตราความถูกต้องครอบคลุมน้อยที่สุด (ร้อยละ 63.45) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุธานี บูรณเบญจเสถียร (2560)⁽¹³⁾ ที่พบว่าด้านความถูกต้องครอบคลุมของการคัดกรองมีอัตราความถูกต้องครอบคลุมมากที่สุด (ร้อยละ 97.06) จากการพิจารณาการศึกษารั้งนี้ประเด็นที่ไม่ครอบคลุมมากที่สุดในด้านการคัดกรอง ได้แก่ การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงเพื่อประเมินความผิดปกติของทารก รก และน้ำคร่ำ รองลงมาคือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจภายใน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความไม่ครอบคลุมของการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้หรืออาจเกิดจากการบันทึกผลการตรวจในแฟ้มประวัติไม่ครอบคลุมตามที่ปฏิบัติจริง

3. ผลการศึกษาผลของการคลอดพบว่า อัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 64.14 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุธานี บูรณเบญจเสถียร (2560)⁽¹³⁾ ที่พบว่าอัตราความสำเร็จของการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 68.63 ในการศึกษาในช่วงอายุครรภ์ที่มีการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คือ ช่วงอายุครรภ์ 35^{0/7}-36^{6/7} สัปดาห์ (ร้อยละ 75.00) อาจเนื่องมาจากอายุครรภ์ที่เข้ารับการรักษาด้วยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 35^{0/7}-36^{6/7} สัปดาห์ (ร้อยละ 50.35) ซึ่งเป็นช่วงอายุครรภ์ที่จะได้รับการดูแลเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์และไม่ยับยั้งการคลอด หรืออาจพิจารณาที่ยับยั้งคลอดขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ตามแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมหาสารคาม เนื่องจากช่วงอายุครรภ์ดังกล่าวปอดของทารกมีการสร้างสาร surfactant คลุมบริเวณ alveoli ของทารกในครรภ์ได้มาก จึงมีโอกาสเกิดภาวะทารกหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome ;RDS) ในทารกแรกเกิดได้น้อยกว่าช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์⁽¹⁾ ส่งผลให้ผลของการคลอดในกลุ่มทารกที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จมีผลลัพธ์ที่ค่อนข้างดี โดยเมื่อพิจารณาจากคะแนน APGAR score ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8-10 คะแนน (ร้อยละ 98.08) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดสำเร็จ (ร้อยละ 96.77)

สรุปผลการศึกษา

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ เคยเข้ารับการรักษาด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกจับ และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 50.34 และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ ร้อยละ 64.14

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย จึงทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนบางปัจจัย เช่น ผลตรวจวัดความยาวของปากมดลูกด้วยคลื่นความถี่สูงในระยะตั้งครรภ์ ประวัติการได้รับยา Progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นต้น จำนวนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงบางประเด็นมีน้อยทำให้ไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น การตั้งครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และบางปัจจัยไม่พบในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เนื่องจากที่มดลูก การใช้สารเสพติด การมีประวัติการผ่าตัดที่ปากมดลูก

ข้อเสนอแนะ

การศึกษารุ่นต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น หรืออาจปรับรูปแบบการวิจัยเป็นแบบติดตามไปข้างหน้าในประเด็นที่สนใจศึกษาและยังไม่สามารถวิเคราะห์ได้จากครั้งนี้ และควรนำผลการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, อีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564. หน้า 244-259.
2. อุ่นใจ กอนันตกุล. การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันรักษา. สูตินรีแพทย์ สัมพันธ์. 2562;28(1):8-15.
3. กลุ่มรายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564; 2564 [ปรับปรุงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. William obstetrics. 23rd ed. New York: Mc Graw- Hill; 2010.
5. สายฝน ชาวาลไพบูลย์, สุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด(Preterm Labor and Preterm Premature Rupture of Membranes). เวชบัณฑิตศิริราช. 2554;4(2):25-39.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน); 2561.
7. ธารทิพย์ อุทัยพัฒน์. อัตราความสำเร็จของการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2563;24(2):1-10.
8. Huang A, Ji Z, Zhao W, Hu H, Yang Q, Chen, D. Rate of gestational weight gain and preterm birth in relation to prepregnancy body mass indices and trimester: a follow-up study in China. Reproductive health. 2016;13:1-7.
9. Shmuelly A, Aviram A, Bashi T B, Hadar E, Krissi H, Wiznitzer A, et al. Risk factors for spontaneous preterm delivery after arrested episode of preterm labor. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2016;29(5):727-732.

10. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ดารุณีย์ สวัสดิ์โชติดี, ตรีนุช คำทะเนตร. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์จังหวัดนครพนม. วารสารกองการพยาบาล. 2562;46(3):73-86.
11. Soundarajian P, Muthuramu P, Veerapandi M, Mariappan R. Retrospective study factors related to preterm birth in Government Raja Mirasudar hospital and obstetric and perinatal outcome. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2016 Sept;5(9):3006-3010.
12. วิทวัส หาญอาษา. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(1):35-44.
13. สูดานี บุรณเบญจเสถียร. ประสิทธิภาพของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลแม่จัน. เชียงรายเวชสาร. 2560;9(2):41-52.
14. วิไลรัตน์ วิศวะไพศาล, บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์, สาธิษฐ์ นากกระแสนร์. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2559;8(2):83-90.