

การเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย กับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

วีระ ขอนค้างพลู*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย (อายุครรภ์ 34-37 สัปดาห์) กับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติ (อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์) และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย

วัสดุและวิธีการ: งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ case control study โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายกับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2559

ผลการศึกษา: อุบัติการณ์ของภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายที่โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา เท่ากับร้อยละ 9.89 อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ปัจจัยในระหว่างตั้งครรภ์พบอุบัติการณ์ของกลุ่มอายุมารดา <20 ปี ($p<0.001$) และ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ < 6 ครั้ง ($p=0.02$) สูงขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยในระหว่างการคลอดพบอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) สูงขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ปัจจัยการคลอดในทารกแรกเกิดพบอุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย (Low Birth Weight) สูงขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ได้แก่ กลุ่มอายุมารดา <20 ปี (adjusted OR=2.69, 95%CI= 1.12, 6.46) และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ < 6 ครั้ง (adjusted OR =3.47, 95%CI= 1.57, 7.63)

สรุป: ภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายทำให้เพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ กลุ่มอายุมารดา <20 ปี และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ < 6 ครั้ง

คำสำคัญ ภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย, ผลการตั้งครรภ์และการคลอดในมารดา, ผลการคลอดในทารก ปัจจัยเสี่ยง

* นายแพทย์ชำนาญการ

กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

Comparison of Maternal and Neonatal Outcomes of Late Preterm Delivery versus Term Delivery at Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital

Weera Khonkangploo*

Abstract

Objectives: To compare outcomes of late preterm delivery (GA 34-<37 week) with term delivery (GA 37-42 week) and identify the significant risk factors of late preterm delivery.

Materials and Methods: A case control study was performed to compared and identifies risk on deliveries at Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital from January to December 2016

Main Outcome Measurement: Maternal outcomes were Ante natal care (ANC), anemia, hypertensive disorder, gestational diabetes mellitus, Infection, premature rupture of membrane, mode of delivery, and postpartum hemorrhage. Neonatal outcomes included low birth weight, birth asphyxia and hypoglycemia.

Results: The incidence of late preterm delivery was 9.89%. Late preterm delivery mothers were significantly less mean of age ($p=0.01$). Incidence of maternal age group < 20 years ($p=0.002$) and ANC < 6 time ($p<0.001$) was significantly higher in late preterm delivery. Intrapartum period the incidence of caesarian section ($p=0.01$) were significantly higher in term delivery. Neonatal outcome the incidence of low birth weight ($p<0.001$) were significantly higher in late preterm delivery. In multivariate analysis only 2 significant risk factors of late preterm delivery were maternal age group < 20 years (adjusted OR=2.69, 95%CI= 1.12, 6.46) and ANC < 6 time (adjusted OR =3.47, 95%CI= 1.57, 7.63).

Conclusion: Late preterm delivery had preferable neonatal adverse events for the incidence of low birth weight but not increased the obstetric adverse events. The significant risk factors of Late preterm delivery were maternal age group < 20 years and ANC < 6 time.

Keywords: Late preterm delivery, maternal outcomes, neonatal outcomes, Risk factors.

* Doctor, Professional Level

Department of obstetrics and gynecology, Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ของภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายยังคงปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยโดยในประเทศไทยกำลังพัฒนาพบอุบัติการณ์ของภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายประมาณร้อยละ 5-7⁽¹⁾ และอุบัติการณ์ของภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 10⁽²⁾ ซึ่งยังคงสูงกว่าในระดับโลก โดยภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะความพิการและเพิ่มอัตราการป่วยตายในทารก เช่น ภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย (Low Birth Weight)^(3,4) ภาวะ Birth asphyxia^(5,6) และภาวะ Hypoglycemia^(7,8) และในมารดา เช่น ภาวะ Postpartum hemorrhage⁽⁹⁾

โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ได้แก่ อายุ⁽¹⁰⁾ ประวัติการสูบบุหรี่^(11,12,13) ประวัติการแท้งครรภ์ก่อน^(11,14) ประวัติการคลอดก่อนกำหนดครรภ์ก่อน⁽¹⁴⁾ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์^(14,15) น้ำหนักมารดาเพิ่มขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์^(11,14) ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ^(12,14,16) ภาวะ placenta previa^(12,14,17) ภาวะ pregnancy-induced hypertension^(13,16,17,18) และภาวะ premature rupture of membrane⁽¹⁶⁾ โดยในโรงพยาบาลเทรตันนครราชสีมา นั้น ยังคงพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย แนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ทราบข้อมูลของผลจากตั้งครรภ์และการคลอดรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงของภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายที่ชัดเจน การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการคลอดทั้งในมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย

กับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด และหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายในโรงพยาบาลเทรตันนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำมาปรับใช้ประกอบแนวทางในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการคลอดทั้งในมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายกับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด
2. เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (case control study) โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลเทรตันนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลเทรตันนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2559 จำนวน 627 ราย กลุ่มศึกษา (case) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด

ระยะท้ายจำนวน 62 ราย และกลุ่มควบคุม (control) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในอายุครรภ์ปกติ โดยสุ่มจากหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในอายุครรภ์ปกติ โดยวิธี systematic random sampling ได้กลุ่มควบคุมจำนวน 126 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 188 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มศึกษา (case) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ นครราชสีมา โดยมีอายุครรภ์ ≥ 34 สัปดาห์ขึ้นไป แต่ < 37 สัปดาห์ และไม่ได้ยาหรือการรักษาเพื่อยับยั้งการคลอด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มควบคุม (control) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ นครราชสีมา โดยมีอายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ แต่ ≤ 42 สัปดาห์ และไม่ได้ยาหรือการรักษาเพื่อกะตุ้นการคลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2559 โดยข้อมูลปัจจัยที่ศึกษาในมารดา ได้แก่ อายุมารดา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติเคยตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งครรภ์ก่อน จำนวนครั้ง การฝากครรภ์ น้ำหนักมารดาเพิ่มขึ้นระหว่างฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอด ภาวะ GDM ภาวะ Anemia ภาวะ premature rupture of membrane ภาวะ pregnancy induced hypertension ภาวะติดเชื้อ Mode of delivery และภาวะ postpartum hemorrhage ข้อมูลปัจจัยศึกษาในทารก ได้แก่ ภาวะ Low Birth Weight ภาวะ Birth asphyxia และภาวะ Hypoglycemia

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ตัวแปรพหุปัจจัย (multivariate analysis) โดยวิธี multiple logistic regression แสดงผลด้วย adjusted odds ratio และ 95%CI เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p value < 0.05 , 2-tailed

ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2559 ทั้งสิ้นจำนวน 627 ราย พบเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายจำนวน 62 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์เท่ากับร้อยละ 9.89 ปัจจัยในระหว่างตั้งครรภ์พบว่ามีปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายกับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติ 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุเฉลี่ยมารดา ($p=0.01$) กลุ่มอายุมารดา < 20 ปี ($p=0.002$) และจำนวนครั้งการฝากครรภ์ < 6 ครั้ง ($p=<0.001$) ดังตารางที่ 1

ปัจจัยในระหว่างการคลอด (intrapartum) และหลังคลอด (postpartum) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายกับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติ พบอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ส่วนภาวะ

Postpartum hemorrhage ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 2

ปัจจัยจากการคลอดในทารกแรกเกิด (neonatal outcome) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายกับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติ พบอุบัติการณ์ภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย (Low Birth Weight) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) ส่วนภาวะ Birth

asphyxia และ Hypoglycemia ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) โดยใช้วิธี multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัย ได้แก่ กลุ่มอายุมารดา < 20 ปี (adjusted OR=2.69, 95%CI= 1.12, 6.46) และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ < 6 ครั้ง (adjusted OR =3.47, 95%CI= 1.57, 7.63) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยในระหว่างการตั้งครรภ์ (antepartum) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายกับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติ (N=188)

ปัจจัย	Late preterm delivery n=62 (%)	Term delivery n=126 (%)	P-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	Mean=22.85(SD=6.41)	Mean=25.52(SD=6.77)	0.01**
กลุ่มอายุมารดา			
• <20 ปี	26 (41.94)	26 (20.63)	0.002*
• >35 ปี	5 (8.06)	14 (11.12)	0.51
• 20-35 ปี	31 (50.00)	86 (68.25)	0.10
ประวัติการสูบบุหรี่	2 (8.70)	4 (7.40)	0.84
ประวัติเคยตั้งครรภ์มาก่อน	37 (59.68)	80 (63.49)	0.61
ประวัติการแท้งครรภ์ก่อน	14 (22.58)	20 (16.13)	0.28
จำนวนครั้งการฝากครรภ์ < 6 ครั้ง	38 (63.33)	38 (30.65)	<0.001*
น้ำหนักมารดาเพิ่มขึ้นระหว่างฝากครรภ์ < 10 kg	18 (29.03)	36 (28.57)	0.94
Anemia	2 (4.55)	11 (7.86)	0.45
GDM	1 (2.44)	3 (2.38)	0.94
pregnancy induced hypertension	1 (1.61)	4 (3.17)	0.46
HIV	2 (3.23)	3 (2.65)	0.82
UTI	2 (3.23)	4 (3.39)	0.65
premature rupture of membrane	3 (4.84)	6 (4.76)	0.61

* Statistically significant difference by Chi-square test

** Statistically significant difference by Mann Whitney test

ตารางที่ 2 ปัจจัยในระหว่างการคลอด (intrapartum) และหลังคลอด (postpartum) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายและหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติ (N=188)

ปัจจัย	Late preterm delivery n=62 (%)	Term delivery n=126 (%)	P-value
Mode of delivery			
• Cesarean section	10 (16.3)	50 (39.68)	0.01*
• Normal vagina delivery	52 (83.7)	76 (60.32)	
Postpartum hemorrhage	1 (1.61)	1 (0.81)	0.55

* Statistically significant difference by Chi-square test

ตารางที่ 3 ปัจจัยจากการคลอดในทารกแรกเกิด (neonatal outcome) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายและหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติ (N=188)

ปัจจัย	Late preterm delivery n=62 (%)	Term delivery n=126 (%)	P-value
Low Birth Weight	19 (30.65)	14 (11.11)	<0.001*
Birth asphyxia	4 (6.56)	5 (4.03)	0.33
Hypoglycemia	5 (8.06)	7 (5.65)	0.36

* Statistically significant difference by Chi-square test

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายในหญิงตั้งครรภ์ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุปัจจัย (multivariate analysis)

ปัจจัย	adjusted odds ratio	95%CI
กลุ่มอายุมารดา <20 ปี	2.69	1.12-6.46*
ประวัติการสูบบุหรี่	1.19	0.15-9.19
ประวัติการแท้งครรภ์ก่อน	1.51	0.61-3.73
น้ำหนักมารดาเพิ่มขึ้นระหว่างฝากครรภ์ < 10 kg	1.62	0.53-2.46
จำนวนครั้งการฝากครรภ์ < 6 ครั้ง	3.47	1.57-7.63*
Anemia	1.50	0.49-3.93
GDM	1.01	0.19-5.24
Pregnancy induced hypertension	1.23	0.04-5.66
UTI	1.04	0.13-7.45

* ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

วิจารณ์ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) อาจเนื่องมาจากบริบทของทีมงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมานั้น ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเร่งด่วนในระยะคลอดจากโรงพยาบาลชุมชนในเขตรับผิดชอบ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่รับส่งต่อมานั้นมักมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เช่น ภาวะการผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา (Cephalo-pelvic disproportion) หรือ ภาวะการคลอดล่าช้า (Prolong labor) จึงอาจเป็นสาเหตุให้อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติสูงขึ้น

อุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย (Low Birth Weight) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดอายุครรภ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rebecca B และคณะ ปี ค.ศ. 2007⁽³⁾ และ Frank H และคณะ ปี ค.ศ. 2003⁽⁴⁾ อาจเนื่องมาจากการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์นั้นยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด จึงทำให้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ มักจะมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

ปัจจัยทางด้านกลุ่มอายุ พบว่า มารดาที่กลุ่มอายุ <20 ปี เสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lu L และคณะ ปี ค.ศ. 2015⁽¹⁰⁾ เนื่องจากหลายสาเหตุ

แต่ส่วนหนึ่งเชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุ < 20 ปี มีการเจริญเติบโตของร่างกายที่ยังไม่เต็มที่ ยังไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์⁽¹⁹⁾ อีกทั้งปัจจัยด้านอื่นๆ อีก เช่น การศึกษา การดำรงชีวิตและสภาพแวดล้อม การใช้ยาหรือสารเสพติด หรือแม้กระทั่งขาดการดูแลในระยะก่อนคลอดที่เหมาะสม ที่ยังไม่ดีพอ⁽²⁰⁾

ปัจจัยเรื่องจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ < 6 ครั้ง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลูติกันตัน ปิ่น ปี พ.ศ. 2555⁽¹⁴⁾ และ Sabiri N และคณะ ปี ค.ศ. 2015⁽¹⁵⁾ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมานั้น โดยส่วนมากอาศัยอยู่ในสังคมเมือง หญิงตั้งครรภ์มีภาระทำงานนอกบ้าน ทำให้การมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จนนำไปสู่การไม่สามารถมาฝากครรภ์ได้จำนวนตามเกณฑ์ขั้นต่ำ⁽²¹⁾

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อการให้บริการดังนี้

1. ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายนั้นมักทำให้ทารกที่คลอดมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย และอาจนำไปสู่ภาวะ Birth asphyxia ในระยะการคลอด ดังนั้นในมารดาที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ($GA < 37$ สัปดาห์) ควรเตรียมพร้อมสำหรับภาวะวิกฤติในทารก โดยอาจต้องมีกุมารแพทย์เตรียมพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดทุกราย

2. ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อายุ < 20 ปี ควรเน้นเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นหลัก โดยอาจให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การสร้างความตระหนักต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และการเข้าถึงบริการของคลินิกวัยรุ่น แต่หากมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้วควรเน้นเรื่องการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด และภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย

3. ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ (ANC) จำเป็นต้องให้คำแนะนำให้เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์อย่างน้อย 6 ครั้งขึ้นไป ตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อจะได้ตรวจหาความผิดปกติของมารดา และทารกระหว่างตั้งครรภ์ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย

สรุปผล

ภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายทำให้เพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย (Low Birth Weight) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนภาวะอื่นๆ เช่น ภาวะ Postpartum hemorrhage ภาวะ Birth asphyxia และ ภาวะ Hypoglycemia ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัย ได้แก่ กลุ่มอายุมารดา < 20 ปี (adjusted OR=2.69, 95%CI= 1.12, 6.46) และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ < 6 ครั้ง (adjusted OR =3.47, 95%CI= 1.57, 7.63)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล เทพรัตนนครราชสีมา หัวหน้ากลุ่มงานสูติเวชกรรม เจ้าหน้าที่งานห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010 Jan; 88(1):31-8.
2. Butchon R, Liabsuetrakul T, McNeil E, Suchonwanich Y. Birth rates and pregnancy complications in adolescent pregnant women giving birth in the hospitals of Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. 2014 Aug; 97(8):785-90.
3. Rebecca B. Russell, Nancy S. Green, Claudia A. Steiner, Susan Meikle, Jennifer L. Howse, Karalee Poschman, et al. Cost of Hospitalization for Preterm and Low Birth Weight Infants in the United States. *Journal of Pediatrics*. 2007 Dec; 54(6):647-53.
4. Frank H, Gloria B, Deborah M, Richard B. A Three-Center, Randomized, Controlled Trial of Individualized Developmental Care for Very Low Birth Weight Preterm Infants: Medical, Neurodevelopmental, Parenting, and Caregiving Effects. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2003 Dec; 24(6):399-408.
5. Michael S, Kitaw Demissie, Hong Yang, Robert W. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA*. 2000; Jan; 284(7): 843-49.
6. Anne CC. Lee, Luke C. Mullany, James M. Tielsch, Joanne Katz. Risk Factors for Neonatal Mortality Due to Birth Asphyxia in Southern Nepal: A Prospective, Community-Based Cohort Study. *Pediatrics*. 2008; May; 121(5):121-27.
7. Cécile Besson Duvanel, Claire-Lise Fawer, Jacques Cotting, Patrick Hohlfeld, Jean-Marie Matthieu. Long-term effects of neonatal hypoglycemia on brain growth and psychomotor development in small-for-gestational-age preterm infants. *The journal of pediatrics*. 1999; April; 134(4):492-98.
8. Abbot Laptook, Gregory L. Jackson. Cold Stress and Hypoglycemia in the Late Preterm (“Near-Term”) Infant: Impact on Nursery of Admission. *Seminars in Perinatology*. 2006 Feb; 30(1):24-27.
9. Everett F. Magann, Sharon Evans, Maureen Hutchinson, Robyn Collins. Postpartum hemorrhage after cesarean delivery: an analysis of risk factors. *Southern Medical Journal*. 2005 July; 42(3):37-40.

10. Lu L, Qu Y, Tang J, Chen D, Mu D. Risk factors associated with late preterm births in the underdeveloped region of China: A cohort study and systematic review. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*. 2015 Dec; 54(6):647-53.
11. Zhong XQ, Cui QL. [Comparative analysis of risk factors for preterm and small-for-gestational-age births]. *Zhongguo dang dai er ke za zhi = Chinese journal of contemporary pediatrics*. 2014 Dec; 16(12):1202-5.
12. Raba G, Kotarski J. Evaluation of risk factors can help to predict preterm delivery within 7 days in women hospitalized for threatened preterm labour. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2015 Nov 30:1-5.
13. Wong LF, Wilkes J, Korgenski K, Varner MW, Manuck TA. Risk factors associated with preterm birth after a prior term delivery. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2015 Sep 28. PubMed PMID: 26412012.
14. ฐิติกานต์ ณ ปั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลอมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*. 2555; 10(2): 142-150.
15. Sabiri N, Kabiri M, Razine R, Barkat A. Risk factors leading to preterm births in Morocco: a prospective study at the maternity Souissi in Rabat. *The Pan African medical journal*. 2015; 22:21.
16. Thiti Atjimakul, Tippawan Liabsuetrakul. Risk factors for two consecutive preterm births in southern Thailand. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010 July; 18(3): 98-105.
17. Supol Tatiyanantaporn. Maternal risk factors for preterm delivery. *Khon Kaen Medical Journal*. 2011; 12(3): 57-65.
18. Rao CR, de Ruiter LE, Bhat P, Kamath V, Kamath A, Bhat V. A case-control study on risk factors for preterm deliveries in a secondary care hospital, southern India. *ISRN obstetrics and gynecology*. 2014; 2014:935982.
19. Santos NL, Costa MC, Amaral MT, Vieira GO, Bacelar EB, de Almeida AH. [Teenage pregnancy: analysis of risk factors for low birth weight, prematurity and cesarean delivery]. *Ciencia & saude coletiva*. 2014 Mar; 19(3):719-26.

20. Goossens G, Kadji C, Delvenne V. Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies? *Psychiatria Danubina*. 2015 Sep; 27 Suppl 1:5499-503.
21. เตือนเพ็ญ ศิลปอนันต์. ทำไมจึงมาฝากครรภ์
ทักษะของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย
จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์
ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 2557; 4(2):
125-134.