

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลนครปฐม

Outcome of Preterm Labour in Nakhonpathom Hospital

ปฐม วงษ์อุบล พ.บ., วว. สูติ - นรีเวชวิทยา

Pathom Wong Ubol M.D.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

Thai Board of OB-GYN

โรงพยาบาลนครปฐม

Division of Obstetrics and Gynecology

Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน การรับไว้ใน NICU, Perinatal & Neonatal death และค่าใช้จ่ายของทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ กับทารกที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาย้อนหลังในการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่าง มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2550 จากเวชระเบียน ทะเบียนของผู้ป่วยและทารก เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูลการคลอด สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนของทารก จำนวนทารกที่รับไว้ใน NICU และค่ารักษาพยาบาลของทารกโดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลทางสถิติ

ผลการศึกษา : ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาพบมารดาคลอดทั้งหมดจำนวน 4,558 ราย คลอดก่อนกำหนดจำนวน 354 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.77 คลอดครรภ์แฝดจำนวน 20 ราย รวมมีทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 374 ราย พบคลอดปกติทางช่องคลอดมากที่สุดร้อยละ 62.00 สาเหตุการคลอดก่อนกำหนด คือ เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 56.50 ภาวะครรภ์แฝดก่อนกำหนดร้อยละ 24.57 ภาวะแทรกซ้อนของมารดาร้อยละ 18.93 พบ RDS, NEC, Sepsis, Admit NICU, Perinatal & Neonatal death ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ มากกว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ พบมีภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ ซึ่งเป็นผลให้เกิดการตายของทารกระยะปริกำเนิด การตายของทารกแรกเกิด และค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น

ABSTRACT

Objectives : To evaluate cause of preterm labour. To compare neonatal complication, NICU admission, Perinatal & Neonatal death and hospital cost between preterm birth at GA < 28 weeks and preterm birth at GA

> 28 weeks.

Material and Method : The retrospective analysis include data on the preterm labour at Nakhonpathom Hospital between January 2007 and October 2007. The data retrieved from the medical record included baseline data, complication of pregnancy, neonatal outcomes and hospital cost of preterm birth

Results : A total of 4,558 women delivery, 354 cases had preterm labour (20 cases had twin pregnancies), a total preterm infants were 374 cases. Incidence preterm labour was 7.77%. Most common route of delivery was vaginal delivery (62%). Most common cause of preterm labour was idiopathic preterm labour (56.50%), other cause were preterm premature rupture of membrane (24.57%), maternal complication (18.93%). RDS, NEC, Sepsis, Admit NICU, Perinatal & Neonatal death in preterm infants at GA < 28 weeks higher than preterm infants at GA $\geq$ 28 weeks significantly.

Conclusion : Preterm birth at GA < 28 weeks had higher neonatal complication and hospital cost than preterm birth at GA > 28 weeks significantly, especially preterm birth that increases risk of significant perinatal & neonatal death.

บทนำ

Preterm labour หมายถึง การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งหมายถึงก่อนที่อายุครรภ์จะครบ 37 สัปดาห์^{1,2} ในสหรัฐอเมริกาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราพหุผลภาวะและอัตราตายของทารกระยะปริกำเนิด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ 8-10% ในแต่ละปี³

ภาวะของทารกที่คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราตายของทารกแรกเกิด⁴ ภาวะแทรกซ้อนพบได้สูงขึ้นถ้าทารกมีขนาดเล็กมากหรือคลอดก่อนกำหนดมาก เช่น ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome, RDS) ภาวะลำไส้อักเสบติดเชื้อ (necrotizing enterocolitis, NEC) ภาวะการอักเสบติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นต้น⁵

ปัจจุบันการคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ เป็นปัญหาของสูติแพทย์อย่างมากในการพิจารณาของทางคลอดเนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมักจะมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่าง ๆ ยังเจริญไม่เต็มที่ และการทำงานยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารกทำให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจำนวน

มาก ถือได้ว่าภาวะนี้เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ

การศึกษานี้จึงเกิดขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการดูข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูลการคลอดของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ดูความสัมพันธ์ของภาวะแทรกซ้อนของทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์กับทารกที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ ดูความสัมพันธ์การรับไว้ใน NICU ของทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์กับทารกที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ และดูความสัมพันธ์ของค่ารักษาพยาบาลของทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์กับทารกที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ เพื่อจะได้ นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและทารกที่คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนครปฐมต่อไป

นิยามศัพท์

อัตราตายของทารกระยะปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) หมายถึง อัตราตายของทารกตายคลอด

(Stillbirth) รวมกับทารกที่ตายภายใน 7 วันแรก ต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน ในระยะเวลาที่กำหนดอัตราตายของทารกแรกเกิด (neonatal mortality rate) หมายถึงอัตราตายของทารกอายุภายใน 28 วัน ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังจากการพบทวนประวัติ มารดาและทารกที่คลอดก่อนกำหนด (ก่อน 37 สัปดาห์) ในโรงพยาบาลนครปฐม จากแบบบันทึกเวชระเบียนมารดาและทารกและสมุดทะเบียนที่ห้องคลอด หลังคลอด หอทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยหนักกุมาร ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2550

ดำเนินการวิจัยโดยการบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ออกแบบไว้ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ข้อมูลการคลอด สาเหตุการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับไว้ใน NICU ค่ารักษาพยาบาลของทารก การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้โปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้เชิงพรรณนา, Pearson Chi-Square, Independent t test

ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรระหว่าง มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 4,558 ราย พบว่ามีการคลอดทารกก่อนกำหนด จำนวน 354 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.77 คลอดครรภ์แฝดจำนวน 20 ราย รวมมีทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 374 ราย

จากตารางที่ 1 พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนด อายุที่พบมากที่สุดคือ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.49 อาชีพที่พบมากที่สุดคือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 51.13 จบการศึกษาที่พบมากที่สุดคือประถม คิดเป็นร้อยละ 37.85

จากตารางที่ 2 พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนด พบเป็นครรภ์แรกร้อยละ 51.13 ครรภ์หลังร้อยละ 48.87 ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ ≥ 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.92 พบว่า

คลอดปกติทางช่องคลอดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.00

จากตารางที่ 3 พบว่า สาเหตุการคลอดก่อนกำหนดเกิดจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดพบร้อยละ 24.57 เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของมารดา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ฯลฯ พบร้อยละ 18.93 เกิดจากภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด พบร้อยละ 56.50

จากตารางที่ 4 พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ เกิด RDS NEC Sepsis มากกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 5 พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ รับไว้ใน NICU มากกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 6 พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ เกิด perinatal และ neonatal death มากกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 7 พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$

วิจารณ์

Preterm labour หมายถึง การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งหมายถึงก่อนที่อายุครรภ์จะครบ 37 สัปดาห์^{1,2} ในสหรัฐอเมริกาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ป็นสาเหตุสำคัญของอัตราทุพพลภาพและอัตราตายของทารกระยะปริกำเนิด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ 8-10% ในแต่ละปี³ จากการศึกษาครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรระหว่าง มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2550 พบว่ามีการคลอดทารกก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 7.77 จะเห็นได้ว่าร้อยละของการคลอดทารกก่อนกำหนดในการศึกษานี้น้อย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
อายุ	< 20 ปี	74	20.90
	20-35 ปี	246	69.49
	> 35 ปี	34	9.61
อาชีพ	ไม่ทราบ	3	0.85
	เกษตรกร	17	4.80
	รับจ้างทั่วไป	181	51.13
การศึกษา	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	1.41
	ธุรกิจส่วนตัว	26	7.35
	แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	118	33.33
	นักเรียน/นักศึกษา	4	1.13
	ไม่ได้เรียน	8	2.26
	ประถม	134	37.85
	มัธยมต้น	100	28.25
ข้อมูล	มัธยมปลาย/ปวช	75	21.19
	ปวส/อนุปริญญา	15	4.24
	ปริญญาตรี	22	6.21

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
การตั้งครรภ์	ครรภ์แรก	181	51.13
	ครรภ์หลัง	173	48.87
การฝากครรภ์	ฝากครรภ์ ≥ 4 ครั้ง	290	81.92
	ฝากครรภ์ < 4 ครั้ง	64	18.08
วิธีการคลอด	คลอดปกติทางช่องคลอด	235	62.00
	คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	3	0.79
	คลอดทำกัน	11	2.90
	ผ่าตัดคลอด	126	33.25
	คลอดก่อน Admit	4	1.06

ตารางที่ 3 สาเหตุการคลอดก่อนกำหนด

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	87	24.57
ภาวะแทรกซ้อนของมารดา	67	18.93
เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด	200	56.50

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของอายุครรภ์ กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก

ปัจจัยที่ศึกษา		GA < 28 สัปดาห์	GA ≥ 28 สัปดาห์ ถึง < 37 สัปดาห์	X ²	P value	Odds Ratio
RDS	เป็น	10	52	28.350	.000	.085
	ไม่เป็น	5	307			
NEC	เป็น	3	18	6.102	.014	.211
	ไม่เป็น	12	341			
Sepsis	เป็น	9	40	30.189	.000	.084
	ไม่เป็น	6	319			

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ของอายุครรภ์ กับการที่ Admit ใน NICU

ปัจจัยที่ศึกษา		GA < 28 สัปดาห์	GA ≥ 28 สัปดาห์ ถึง < 37 สัปดาห์	X ²	P value	Odds Ratio
NICU	Admit	11	68	25.567	.000	.085
	ไม่ Admit	4	291			

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ของอายุครรภ์ กับการเกิด perinatal และ neonatal death

ปัจจัยที่ศึกษา		GA < 28 สัปดาห์	GA ≥ 28 สัปดาห์ ถึง < 37 สัปดาห์	X ²	P value	Odds Ratio
NICU	พบ	3	10	12.717	.000	.115
	ไม่พบ	12	349			

ตารางที่ 7 ค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด

ตัวแปร	Mean	SD	t	P value
GA < 28 สัปดาห์	141,215.00	163,798.789	6.333	.000
GA ≥ 28 สัปดาห์	30,190.90	53,229.164		

กว่าในสหรัฐอเมริกาอาจเนื่องจากในสหรัฐอเมริกามีการเลี้ยงทารกแรกเกิดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์จำนวนมากกว่าจึงทำให้ร้อยละของทารกคลอดก่อนกำหนดมากกว่าอายุที่พบมากคือ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.49 อาชีพที่พบมากคือรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 51.13 จบการศึกษาก่อนที่พบมากคือประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 37.85 พบเป็นครรภ์แรกร้อยละ 51.13 ครรภ์หลังร้อยละ 48.87 ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ ≥ 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.92 พบว่าคลอดปกติทางช่องคลอดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.00

จากการศึกษานี้พบสาเหตุที่คลอดทารกก่อนกำหนดเกิดจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดพบร้อยละ 24.57 เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของมารดา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ฯลฯ พบร้อยละ 18.93 เกิดจากภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด พบร้อยละ 56.50 ซึ่งแตกต่างจากการรวบรวมศึกษาทารกที่คลอดก่อนกำหนดโดย Arias และ Tomich⁷ 355 รายพบว่า 35% เกิดจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 35% เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก 30% เกิดจากการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

RDS เป็นสาเหตุการตายในทารกแรกเกิด พบประมาณ 30% ของการตายของทารกแรกเกิด อุบัติการณ์พบได้ 60-80% ของทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์⁸ ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ที่พบ RDS ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ร้อยละ 66.67 และพบมากกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่คลอดอายุครรภ์

มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีข้อเสนอแนะจาก National Institute of Health Consensus Conference⁹ ในสหรัฐอเมริกาว่าการให้ corticosteroid ระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อช่วยเร่งสมรรถภาพของปอดทารกในครรภ์ให้สมบูรณ์เร็วขึ้น ในสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีประโยชน์ โดยพบว่าสามารถลดอัตราการเกิด respiratory distress syndrome (RDS) ได้ อย่างมีนัยสำคัญ ทำให้สามารถลดอัตราทุพพลภาพหรืออัตราตายของทารกหลังคลอดได้

เชื่อว่าการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิด NEC¹⁰ จากการศึกษาพบ NEC ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อน 28 สัปดาห์ ร้อยละ 25 และพบมากกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่คลอดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบ Sepsis ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อน 28 สัปดาห์ ร้อยละ 60 และพบมากกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่คลอดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าภาวะแทรกซ้อน การรับไว้ใน NICU, perinatal และ neonatal death ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อน 28 สัปดาห์ พบมากกว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่คลอดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบค่ารักษาพยาบาลในทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อน 28 สัปดาห์ พบมากกว่าทารกคลอดก่อน

กำหนดที่คลอดอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับการศึกษาอื่นที่แสดง ถึงค่ารักษาพยาบาลลดลงตามน้ำหนักทารกและอายุครรภ์ ที่เพิ่มขึ้น ยิ่งทารกตัวเล็กมากและเกิดก่อนกำหนดมากค่า รักษาพยาบาลยิ่งสูงขึ้น^{11,12}

ปัจจุบันมีการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่อายุ ครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์เพิ่มขึ้นแต่ในโรงพยาบาลนคร-ปฐมยังไม่มีการศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทารก คลอดก่อนกำหนดมาก ๆ จึงเป็นปัญหาในการตัดสินใจของ สติแพทย์ผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง การศึกษานี้จึงเป็นแนวทาง ในการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติได้ระดับหนึ่งเช่น เรื่องภาวะแทรกซ้อน การตายระยะประกำเนิด การตายของ ทารกแรกคลอด และค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลของ ทารกคลอดก่อนกำหนด แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องศึกษา ภาวะแทรกซ้อนของทารกที่คลอดก่อนกำหนดระยะยาวต่อไป

ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ควรได้รับการดูแล เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด เช่น การฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ การให้ความรู้ถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อาการที่ ต้องมาพบแพทย์ก่อนถึงกำหนดนัด ให้ความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด สาเหตุ อาการและ ผลเสียของการคลอดก่อนกำหนด ปัจจุบันมีการฟุ้งร้อง สูงขึ้น เมื่อผู้ป่วยเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดสติแพทย์ควรดูแล รักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ พิจารณายับยั้งการเจ็บครรภ์ ก่อนกำหนดในกรณีที่ยาอายุครรภ์น้อยมากและไม่มีข้อห้าม ของการยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การให้ corti- costeroid เพื่อเร่งการเจริญเติบโตของปอดทารก หาสาเหตุ ของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและให้การรักษา ในกรณีที่ ต้องให้คลอดควรพิจารณาเรื่องอายุครรภ์และแนะนำผู้ป่วย ถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับทารก, ความพร้อมของ โรงพยาบาลเรื่อง NICU (ใน The American Academy of Pediatrics แนะนำว่าการคลอดที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ต้องมีห้องดูแลพิเศษ)¹³ การตายของทารกระยะ ประกำเนิด ทารกแรกคลอด และค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะ อายุครรภ์ที่น้อยกว่า 28 สัปดาห์

สรุป

ทารกที่คลอดก่อนกำหนดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ พบมีภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนดอายุ ครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ ซึ่งเป็นผลให้ เกิด การตายของทารกระยะประกำเนิด, การตายของทารกแรก เกิด และค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์พินิจ หิรัญโชติ ผู้อำนวยการ การโรงพยาบาลนครปฐม ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและ นำผลการศึกษานี้ออกเผยแพร่ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้อง คลอด เจ้าหน้าที่ห้องหลังคลอด เจ้าหน้าที่กุมารเวชกรรม ทารกแรกเกิด เจ้าหน้าที่ ICU กุมารเวชกรรม และ เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. American collage of Obstetrics and Gynecologists. Preterm labor. Technical Bulletin No. 206. June 1995.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD, editors. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York : McGraw-Hill ; 2005 : 855-80.
3. Berkowitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. Epidemiol Rev 1993 ; 15 : 414-43.
4. Mathews TJ, Menacker F, MacDorman MF. Infant mortality statistic from 2002 period : linked birth/ infant death data set. Natl Vital Stat Rep 2004 ; 53(10) : 1-29.
5. อนุวัฒน์ สุตตันทวิบูลย์. การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด. ใน : มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, ประเสริฐ ดันสนียวิทยกุล, บรรณาธิการ. สติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : พีเอ ลีฟวิ่ง จำกัด ; 2548.

- หน้า 247-255.
6. ประสงค์ ตูจันดา, ประพุทธ ศิริบุญย. ทารกแรกเกิดและคำจำกัดความ. ใน : ประพุทธ ศิริบุญย, อรุพล บุญประกอบ, บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์ 2525 : หน้า 7-10.
 7. วีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน : วีระ ทองสง, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พี.บี.ฟอเรน บุ๊คส เซนเตอร์ : 2541 : หน้า 197-206.
 8. Richard EB, Robert MK, Ann MA, editors. Nelson textbook of pediatrics. 15th ed. Philadelphia, WB Saunders co, 1996 : 476-89.
 9. National Institutes of Health Consensus Statements. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. NIH Consens Statement 1994 ; 12 : 1-19.
 10. แสงแข ข่านาญวนกิจ, ปรียาพันธ์ แสงอรุณ. Respiratory Distress Syndrome. ใน : ดุสิต สดาวร, ชลิดา เลหาพันธ์, ปรียาพันธ์ แสงอรุณ, สุรีย์พร คุณาไทย, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชวิกฤต. กรุงเทพฯ. บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ 2545 หน้า : ย 107-18.
 11. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight. Obstet Gynecol 2003 ; 102 : 488-92.
 12. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. Pediatrics 2004 ; 114 : 372-6.
 13. Stark AR, American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Levels of neonatal care (published correction appears in Pediatrics. 2005 ; 115 : 1118). Pediatrics 2004 ; 114 : 1341-7.