

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

อุบัติการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแนวทางการดูแลรักษาในโรงพยาบาลโพธาราม

Evidence for Preterm Labour and Guideline for Treatment in Photharam Hospital

พงษ์พจน์ ธีรานันตชัย พ.บ.

Pongpot Theeranantachai

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว

Department of Obstetrics Gynecology and Family Planning.

โรงพยาบาลโพธาราม อ. โพธาราม จ. ราชบุรี

Photharam Hospital, Ratchaburi, Thailand.

บทคัดย่อ

การศึกษาอุบัติการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง จากทะเบียนการคลอด โรงพยาบาลโพธารามในช่วงปี พ.ศ. 2539 - 2544 พบอุบัติการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉลี่ยแต่ละปีร้อยละ 11.1 ของการคลอดทั้งหมด กลุ่มมารดาส่วนใหญ่มีอายุช่วง 18 - 35 ปีร้อยละ 82.7 เป็นการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งแรกร้อยละ 40 ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัว 2,500 กรัมขึ้นไปร้อยละ 67.3 อัตรารอดชีวิตของทารกร้อยละ 96.8 การศึกษาอัตราการรอดชีวิตของทารกในอายุครรภ์ และน้ำหนักตัวในกลุ่มต่าง ๆ พบว่า กลุ่มอายุครรภ์ต่ำกว่า 24 สัปดาห์มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 50.0 กลุ่มอายุครรภ์ช่วง 24 - 27 สัปดาห์มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 44.4 และมากขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับน้ำหนักตัวทารกกลุ่มน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 25.0 และเพิ่มขึ้นตามน้ำหนักตัวที่มากขึ้น ในส่วนของการดูแลรักษา มีการวางหลักเกณฑ์ปฏิบัติตามลำดับ เป็นขั้นตอนที่เหมือน ๆ กัน แต่มีความแตกต่างกันบ้างในรายละเอียดของการปฏิบัติ ผลการศึกษานี้ จะเป็นข้อมูลสำคัญในการประชุมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายลดอุบัติการณ์ และจัดทำคู่มือปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการป้องกัน และดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ มารดา และทารกหลังคลอด ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ABSTRACT

A retrospective study of preterm labour evidence and guideline for treatment between the years 1996 - 2001 was done at Photharam Hospital. The result was found that ; evidence for preterm labour was about 11.1% of total labour cases, most of the mother were 18 - 35 years old and about 40% of them were primigravid, birth weigh of newborn were 2,500 gm. or more for 67.3%. Survival rate of newborn was 96.8% and only 50.0% survival rate in newborn from group of less than 24 weeks of gestation. As for birth weight group, there was only 25.0% survival rate in newborn from under 1,000 gm. group and survival

rate increase with more birth weight. There were guidelines for treatment and caring for preterm labour, but details for implementation on treatment and caring differ. Thus, the results from this study may be useful for developing further strategies for effective prevention, treatment, caring and reduce the evidence for preterm labour.

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) หมายถึง การเจ็บครรภ์ขณะอายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ส่วนการคลอดก่อนกำหนด (preterm delivery) หมายถึง การคลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์² ซึ่งผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดนี้ เป็นสาเหตุการตายในสัปดาห์แรกหลังคลอดของทารก (early neonatal death) ถึงร้อยละ 85³ เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่าง ๆ ยังเจริญไม่เต็มที่ ทำงานได้ไม่ดี เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากและรุนแรง เช่น Respiratory distress syndrome (RDS), Necrotizing enterocolitis (NEC), Intraventricular hemorrhage (IVH) ภาวะติดเชื้อรุนแรง (Sepsis), การหยุดหายใจ (Apnea) และเกิดผลตามมาระยะยาว เช่น Cerebral palsy, Visual impairment และ Hearing loss⁴ นอกจากนี้ ผลกระทบที่สำคัญที่ปัจจุบันควรคำนึงถึง ได้แก่ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก ที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงมาก เช่น ในสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาของ Lewit และคณะ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมากในสัปดาห์แรก มีสัดส่วนที่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป ในช่วงเวลาเท่ากัน⁵ อุบัติการณ์ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประมาณร้อยละ 5 - 10 ของการคลอดทั้งหมด⁶ ที่โรงพยาบาลศิริราช พบร้อยละ 9.95 ในปี 2541⁴ จากผลกระทบที่เกิดขึ้น และอุบัติการณ์ที่ยังพบอยู่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอุบัติการณ์การเจ็บ

ครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลโพธาราม รวมทั้ง ทบทวนแนวทางการรักษาที่มีอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ที่จะทำให้ทราบสถานการณ์ และเป็นส่วนหนึ่งที่จะประเมินผลแนวทางการดูแลรักษา ซึ่งเป็นการหาโอกาสพัฒนาการบริการในงานอนามัยแม่และเด็ก ให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) เก็บรวบรวมข้อมูลจากสมุดทะเบียนบันทึกการคลอดของห้องคลอดโรงพยาบาลโพธาราม ที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2544 ยกเว้นข้อมูล พ.ศ. 2543 ซึ่งมีข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน จึงตัดออกจากการการศึกษากลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้คลอดที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดทุกราย และมีการบันทึกประวัติการคลอดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 957 ราย จากจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 8,624 ราย นำข้อมูลที่ได้ลงผลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติพรรณนาตัวแปรที่ศึกษาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของการศึกษาข้อมูลแนวทางการดูแลรักษา ใช้การสรุปบรรยายจากการปฏิบัติจริงของสูติแพทย์ผู้ให้การรักษา

ผลการศึกษา

การศึกษาผลจากทะเบียนการคลอดของผู้คลอดโรงพยาบาลโพธาราม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 2544 พบว่ามีจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 8,624 ราย เป็นการคลอดก่อนกำหนด 957 ราย โดยมีอุบัติการณ์ การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดใกล้เคียงกันในแต่ละปี ซึ่งโดยเฉลี่ย

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การเจ็บครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนด ของผู้คลอดโรงพยาบาลโพธาราม ช่วงปี พ.ศ. 2539 - 2544

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้คลอด (ราย)	จำนวนผู้คลอดก่อนกำหนด (ราย)	อุบัติการณ์ (ร้อยละของการคลอดทั้งหมด)
2539	1,853	214	11.6
2540	1,789	184	10.3
2541	1,755	194	11.1
2542	1,567	180	11.5
2544	1,660	185	11.1

*หมายเหตุ ปี พ.ศ. 2543 ข้อมูลบันทึกไว้ไม่ครบถ้วน จึงไม่นำมาศึกษา

ตารางที่ 2 สาเหตุการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดของผู้คลอดโรงพยาบาลโพธาราม

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ / ไม่ระบุ	684	71.5
อายุมารดาในกลุ่มเสี่ยง	91	9.5
ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด	69	7.2
ครรภ์แฝด และทำกัน	40	4.2
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	27	2.8
น้ำเดินก่อนกำหนด	23	2.4
รกเกาะต่ำ/รกลอกตัวก่อนกำหนด	18	1.9
การติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ	5	0.5

คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของการคลอดทั้งหมด (ตารางที่ 1) สาเหตุส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุไว้ ในส่วนที่มีข้อมูลระบุไว้ในทะเบียนการคลอดจากผู้คลอด จำนวน 273 ราย พบว่าเป็นภาวะเสี่ยงและแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น มารดามีอายุน้อยกว่า 17 ปี และมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 17.4 มารดามีประวัติคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 7.2 ทารกครรภ์แฝด/ทำกัน ร้อยละ 4.2 มารดามีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.8 เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ในส่วนข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก พบว่าอายุมารดาอยู่ในช่วง 18 - 35 ปี มากที่สุดร้อยละ 82.7 การตั้งครรภ์ครั้งแรกมากที่สุดร้อยละ 40.2 รองลงมา คือ ครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 34.6 เช่นเดียวกับเป็นการคลอดครั้งที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 45.4 รองลงมา คือ ครั้งที่ 2 ร้อยละ 36.5 ส่วนอายุครรภ์มารดา พบว่า เป็นช่วง 36 - 37 สัปดาห์ มากที่สุดร้อยละ 81.6 รองลงมา คือ ช่วง 33 - 35 สัปดาห์ ร้อยละ 10.8 วิธีการคลอด เป็นการคลอด

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านมารดาผู้คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธาราม

ปัจจัยด้านมารดา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุมารดา (ปี)		
13 - 17	75	7.8
18 - 35	791	82.7
36 ขึ้นไป	91	9.5
ค่าเฉลี่ย 26.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.2		
ครั้งที่ของการตั้งครรภ์ (gravidity)		
1	385	40.2
2	331	34.6
3	162	17.0
4 ขึ้นไป	79	8.2
ครั้งที่ของการคลอด (parity)		
1	434	45.4
2	349	36.5
3	128	13.3
4	38	4.0
5 ขึ้นไป	8	0.8
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
21 - 24	4	0.4
25 - 28	20	2.1
29 - 32	49	5.1
33 - 35	103	10.8
36 - 37	781	81.6
ค่าเฉลี่ย 36.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.4		
วิธีการคลอด		
คลอดปกติ	663	69.3
ผ่าตัดทางหน้าท้อง	267	27.9
ใช้คีม/เครื่องดูดสุญญากาศ	27	2.8
สภาพชีวิตมารดาหลังคลอด		
มีชีวิต	956	99.9
เสียชีวิต (จากภาวะ DIC)	1	0.1

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านทารกแรกเกิดในกลุ่มมารดาคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธาราม

ปัจจัยด้านทารก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
น้ำหนัก (กรัม)		
650 - 1,000	15	1.6
1,001 - 1,499	29	3.0
1,500 - 1,999	70	7.3
2,000 - 2,499	199	20.8
2,500 - 2,999	362	37.8
3,000 ขึ้นไป	282	29.5
ค่าเฉลี่ย 2,666.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 651.8		
สภาพชีวิต		
มีชีวิตอยู่	926	96.8
ตายคลอด	25	2.6
ตายภายใน 7 วัน	6	0.6

ตารางที่ 5 อัตราการรอดชีวิตของทารกแรกเกิด ในอายุครรภ์และน้ำหนักทารกกลุ่มต่าง ๆ

	สภาพการมีชีวิต (ราย)				
	มีชีวิตอยู่	ตาย คลอด	ตายภายใน 7 วัน	รวม	อัตราการรอดชีวิต (%)
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					
ต่ำกว่า 24	1	-	1	2	50.0
24 - 27	4	3	2	9	44.4
28 - 32	50	8	2	60	83.3
33 - 36	291	12	-	303	96.0
37	582	-	1	583	99.8
น้ำหนักทารก (กรัม)					
ต่ำกว่า 1,000	3	6	3	12	25.0
1,000 - 1,499	25	6	2	33	75.8
1,500 - 1,999	62	8	-	70	88.6
2,000 - 2,499	187	2	-	189	98.9
2,500 - 2,999	362	-	-	362	100.0
3,000 ขึ้นไป	287	3	1	291	98.6

ปกติ ร้อยละ 69.3 ผ่าตัดทางหน้าท้อง ร้อยละ 27.9 และมารดาหลังคลอดมีชีวิตอยู่ร้อยละ 99.9 ในส่วนข้อมูลทารกพบว่า น้ำหนักอยู่ในช่วง 2,500 - 2,999 กรัม ร้อยละ 37.8 รองลงมา คือ 3,000 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 29.5 ส่วนช่วง 650 - 1,000 กรัม พบน้อยที่สุดร้อยละ 1.6 สภาพการมีชีวิตของทารก พบว่า มีชีวิตอยู่ร้อยละ 96.8 ตายคลอดร้อยละ 2.6 และตายภายใน 7 วัน ร้อยละ 0.6 (ตารางที่ 3, 4)

เมื่อศึกษาอัตราการรอดชีวิตของทารกแรกเกิดในช่วงอายุครรภ์ต่าง ๆ พบว่า ในช่วงอายุครรภ์ ต่ำกว่า 24 สัปดาห์ ทารกมีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 50.0 ช่วง 33 - 36 สัปดาห์ มีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 96.0 และ

ช่วง 37 สัปดาห์ มีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 99.8 ส่วนอัตราการรอดชีวิตของทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวที่ต่ำกว่า 1,000 กรัม พบมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 25.0 และจะมากขึ้นตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5)

การดูแลรักษาผู้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ โรงพยาบาลโพธาราม

ในการดูแลรักษาผู้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสูติแพทย์ โรงพยาบาลโพธาราม มีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนที่เหมือนกัน (ตารางที่ 6) แต่อาจจะแตกต่างกันบ้างในรายละเอียดของการปฏิบัติ และยังไม่ได้จัดทำเป็นคู่มือที่ใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติที่เหมือนกัน

ตารางที่ 6 ขั้นตอนและการปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ขั้นตอน	การปฏิบัติ
1. การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 20 - 37 สัปดาห์ ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้	1.1 มีการหดตัวของมดลูกด้วยความถี่มากกว่า 6 ครั้งใน 60 นาที 1.2 ปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร 1.3 ปากมดลูกมีการบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือมากกว่า
2. การเลือกผู้ป่วย พิจารณาดำเนินการโดย	2.1 ความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด > 1,200 กรัม 2.2 Respirator ที่เพียงพอ 2.3 ภาวะแทรกซ้อนในสตรีมีครรภ์ เช่น Preeclampsia Congestive Heart Failure 2.4 มีอายุครรภ์ > 20 สัปดาห์
3. การดูแลขณะตั้งครรภ์ 3.1 กรณีถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก	3.1.1 ให้อยู่ห่างจากการหดตัวของมดลูก โดยหวังให้อายุครรภ์ถึง 36 สัปดาห์ 3.1.2 ให้อาหาร Steroid กระตุ้นสมรรถภาพปอดทารกในครรภ์ ในกรณีที่คาดว่าจะไม่สามารถจะจับอาการเจ็บครรภ์ได้

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ขั้นตอน	การปฏิบัติ
3.2 กรณีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	<p>3.1.3 ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ในมารดาหรือทารก และยังไม่เจ็บครรภ์คลอด ให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์</p> <p>3.2.1 เฝ้ารอวัง ไม่ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก โดยหวังให้อายุครรภ์ถึง 36 สัปดาห์</p> <p>3.2.2 ให้ยา Steroid เพื่อการกระตุ้นสมรรถภาพปอด ทารกในครรภ์ ในกรณีที่คาดว่าจะไม่สามารถระงับ การเจ็บครรภ์ได้</p> <p>3.2.3 ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนในมารดาหรือทารก หรืออายุ ครรภ์ถึง 36 สัปดาห์แล้วให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์</p> <p>3.2.4 ถ้ามีไข้ หรือมีอาการ อากาแสดงว่ามีการติดเชื้อ ในมดลูก ให้ยาปฏิชีวนะ</p>
4. การหยุดอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด	<p>4.1 ให้ยา terbutarine หรือ Salbutamol เพื่อยับยั้งการหด ตัวของมดลูก โดยให้ยารับประทานต่อจากการให้ยาทาง หลอดเลือดดำ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ภายหลังจากยับยั้ง การหดตัวของมดลูกได้ผลดีแล้ว</p> <p>4.2 การเย็บผูกปากมดลูก ทำในรายที่มีประวัติคลอดก่อน กำหนดและตรวจภายในเป็นระยะ ๆ ถ้าพบปากมดลูกมี แนวโน้มยืดขยายตัวก่อนกำหนด</p> <p>4.3 ให้นอนพัก ให้ยากล่อมประสาท (Phenobarb) ให้ยา แก่ปวด ในรายที่ปวดมาก (Pethidine หรือ Morphine)</p> <p>4.4 การให้ยาปฏิชีวนะ ในรายที่พบว่ามี การติดเชื้อระบบทาง เคนปัสสาวะ (UTI) และเชื้อโรคในช่องคลอด เช่น เชื้อรา พยาธิช่องคลอด</p> <p>4.5 การให้ Steroid เพื่อกระตุ้นสมรรถภาพปอดทารกในครรภ์ ให้ทำงานเร็วขึ้น โดยให้ Dexamethasone 12 mg (M) ทุก 24 ชั่วโมง x 2 ครั้ง</p>
5. การดูแลขณะเจ็บครรภ์ และคลอด	<p>5.1 ขณะเจ็บครรภ์ดูแลใกล้ชิด โดยตรวจการเต้นของหัวใจทารก และการหดตัวของมดลูก ใช้ NST ช่วยตรวจ</p> <p>5.2 จำกัดการให้ยาแก้ปวด และยานอนหลับให้น้อยที่สุด เนื่องจากยากดการหายใจทารก</p> <p>5.3 ทางเลือกลำดับแรก คือ การคลอดเอง จะผ่าตัดเมื่อมีข้อ ปังชี้ทางสูติกรรม</p>

วิจารณ์

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) ในโรงพยาบาลโพธาราม ใช้นิยามตามองค์การอนามัยโลก คือ การเจ็บครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ซึ่งอุบัติการณ์ที่พบค่อนข้างสูง คือร้อยละ 11.1 ของการคลอดทั้งหมดเมื่อเทียบกับอุบัติการณ์ทั่วไปที่พบประมาณร้อยละ 5 - 10 ของการคลอดทั้งหมด และที่โรงพยาบาลศิริราช พบร้อยละ 9.95 ในการคลอดปี พ.ศ. 2541⁴ ซึ่งการพบอุบัติการณ์ค่อนข้างสูงดังกล่าวนี้ เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจในการดูแลรักษา และการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยสาเหตุมักไม่ได้มีการบันทึกไว้ในทะเบียนประวัติการคลอดของห้องคลอด ในส่วนที่มีการบันทึกไว้ มีเพียงร้อยละ 28.5 ทำให้กลุ่มที่ไม่สามารถระบุสาเหตุรวมกับกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุสูงที่สุด ซึ่งตรงตามทฤษฎีทั่วไป ที่กล่าวถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด มีหลายประการ โดยกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดคือ ไม่ทราบสาเหตุ¹ นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญในเรื่องการยืนยันอายุครรภ์ที่แท้จริงในกลุ่มมารดาที่ให้ประวัติด้านอายุครรภ์ไม่แน่นอน เช่นการตรวจโดยวิธีอัลตราซาวด์เพื่อประเมินอายุครรภ์ซ้ำ ซึ่งจากการดูแลที่ผ่านมายังให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวน้อย เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านมารดาจากข้อมูลที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุช่วงที่เป็นกลุ่มไม่เสี่ยง คือ อายุ 18 - 35 ปี ซึ่งพบถึง ร้อยละ 82.7 ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 1 และการคลอดครั้งที่ 1 จึงเป็นข้อมูลที่ควรนำมาพิจารณาว่า ในกลุ่มดังกล่าว ส่วนใหญ่ก็เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ แม้ว่าจะไม่ใช่กลุ่มที่เป็นช่วงอายุเสี่ยงก็ตาม ในส่วนข้อมูลด้านทารก พบว่า ส่วนที่มีน้ำหนักตัวเกิน 2,500 กรัม มีมากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 67.3 โดยถ้าพิจารณาตามเกณฑ์ นิยามเกี่ยวกับน้ำหนักทารกแรกเกิด⁷ เป็น 3 กลุ่ม พบว่า เป็นกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (low birth weight infant) คือ น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 32.7 เป็นกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก (very low birth weight infant) คือ น้ำหนักน้อยกว่า

1,500 กรัม ร้อยละ 4.6 และเป็นกลุ่ม น้ำหนักน้อยมากอย่างยิ่ง (extremely low birth weight infant) คือ น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม พบเพียงร้อยละ 1.6 ส่วนข้อมูลด้านสภาพชีวิตทารก พบว่า ส่วนใหญ่จากการติดตามสภาพชีวิตภายใน 1 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า มีชีวิตอยู่ถึงร้อยละ 96.8 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้มีการติดตามสภาพชีวิตในระยะยาว เช่น การติดตามเมื่ออายุ 6 เดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มที่คลอดขณะอายุครรภ์น้อยกว่า 26 สัปดาห์ ดังเช่นการศึกษาของ Stevenson และคณะ ในสหรัฐอเมริกา⁸ ในปี ค.ศ. 1998 ที่ศึกษาพบว่า ทารกแรกเกิดในกลุ่มมารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 26 สัปดาห์ มีโอกาสเสียชีวิต หรือมีความพิการที่รุนแรงถึงร้อยละ 75 ถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ จะเสียชีวิตเกือบทั้งหมด และจากการศึกษาของ Allen และคณะ⁵ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1993 พบว่า ทารกที่คลอดขณะอายุครรภ์ 22 - 25 สัปดาห์ และให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่ พบว่า เมื่อติดตามอายุถึง 6 เดือน ทารกส่วนมากจะเสียชีวิต ส่วนรายที่รอดชีวิตมักมีความพิการทางสมองร่วมด้วย โดยผลจากการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการติดตามในช่วง 1 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าในกลุ่มที่อายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ ซึ่งมีเพียง 2 คน พบว่า รอดชีวิต 1 คน และตายภายใน 7 วัน 1 คน (ร้อยละ 50.0) ส่วนในกลุ่มที่อายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ มีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 44.4

จากการศึกษาอัตราการรอดชีวิตกับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด ที่พบว่า ในกลุ่มทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่า 1,000 กรัม มีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 25.0 ซึ่งในประเด็นดังกล่าว ได้มีผู้เสนอแนะให้มีการพิจารณาทางด้านผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด ในส่วนของปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมาก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงมาก เช่น จากการศึกษาของ Lewit และคณะ⁵ ในปี ค.ศ. 1988 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมาก ในช่วงอายุขวบปีแรกมีสัดส่วนที่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบ

กับค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไปในช่วงเวลาเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวคงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า จะให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมากเพียงใด เนื่องจากต้องพิจารณาด้านจริยธรรมในการดูแลรักษาควบคู่กันไป ข้อมูลด้านน้ำหนักตัวกับสภาพชีวิตที่ศึกษาในครั้ง นี้ จึงอาจใช้เป็นเพียงข้อมูลพื้นฐานด้านอัตราการรอดชีวิตที่พบในสภาพความเป็นจริงเท่านั้น ในส่วนข้อมูลที่มีการศึกษาด้านอัตราการรอดชีวิตกับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดที่มีการศึกษาไว้อื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2541⁵ พบว่า อัตราการรอดชีวิตในกลุ่มน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม มีถึงร้อยละ 84.6 และในช่วง 1,000 - 1,499 กรัม มีอัตราการรอดชีวิตสูงถึง 94.6 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในครั้ง นี้ จะพบว่า อัตราการรอดชีวิตในโรงพยาบาลศิริราช จะอยู่ในระดับที่สูง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจสะท้อนถึงศักยภาพของการดูแลรักษาของโรงพยาบาลระดับต่างกัน และข้อมูลดังกล่าวมีความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาในรายละเอียดเพิ่มเติม โดยเฉพาะสภาพทั่วไปของทารกแรกคลอดสาเหตุการเสียชีวิต รวมทั้งการศึกษา ทบทวน (peer review) ข้อมูลด้านการดูแลรักษาทารกแรกคลอดด้วย

ด้านการดูแลรักษาผู้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลโพธาราม ได้มีการดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่การวินิจฉัย การเลือกผู้ป่วย การดูแลขณะตั้งครรภ์ การหยุดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และการดูแลขณะเจ็บครรภ์และคลอด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้สรุป วิธีการปฏิบัติตามขั้นตอนที่สูติแพทย์ดำเนินการ อาจยังขาดในส่วนของรายละเอียดการปฏิบัติแต่ละขั้นตอน รวมทั้งข้อมูลในส่วนของงานเน้นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากในปัจจุบัน มีแนวคิดที่จะหาทางป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือถ้าป้องกันไม่ได้ ก็หาทางที่จะวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้เร็วที่สุด เพื่อจะให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป⁵ ทั้งนี้ ควรมีการทบทวนแนวคิดในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยพิจารณาปัจจัยหรือวิธีการ

วินิจฉัย ที่ได้มีการศึกษาทบทวนไว้จากรายงานผลการศึกษาหลายเรื่อง เพื่อนำมาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น จากการศึกษาของ Leitich และคณะ⁹ ในปี ค.ศ. 1999 พบว่า การตรวจพบสาร fibronectin ในสารคัดหลั่งจากปากมดลูกและช่องคลอด ในขณะที่ปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมพร้อมต่อการคลอดในจำนวนค่อนข้างสูง จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งมีประโยชน์ในการพยากรณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

จากการศึกษาในครั้ง นี้ ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการนำไปปรับปรุงกลยุทธ์ เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและการดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยอาจเป็นรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ในการร่วมกำหนดเป้าหมายลดอุบัติเหตุและการจัดทำคู่มือมาตรฐานปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันในการวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลหญิงตั้งครรภ์และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Clinical Practice Guideline -CPG) การทบทวนข้อมูลด้านการดูแลรักษา (peer review) ทารกแรกคลอดจากกลุ่มมารดาคลอดก่อนกำหนด และผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษาติดตามผลสภาพชีวิต คุณภาพชีวิต มารดาทารกในกลุ่มดังกล่าวในระยะยาว เช่น ช่วง 6 เดือน หลังคลอด รวมทั้ง ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ. สุเพ็ญ อึ้งวิจารณ์-ปัญญา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธารามที่อนุญาตให้ศึกษาวิจัย เผยแพร่ผลงาน หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และบุคลากรจากกลุ่มงานทุกท่านที่เอื้อเพื่อการเก็บข้อมูลและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ขอขอบคุณคุณรุ่งศรี รุ่งตระกูล ที่เอื้อเพื่อการวิเคราะห์ผลข้อมูล ตลอดจนทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21st ed. New York : McGraw Hill, 2001 : 689-727.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Preterm labor. Technical Bulletin No.206, June 1995.
3. Rush RW, Keirse my, Howat P, Baum JD, Anderson AB, Turnbull AC. Contribution of preterm delivery to perinatal mortality. BMJ 1976 ; 2 : 965-8.
4. สิงห์เพชร สุขสมปอง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, สิงห์เพชร สุขสมปอง, มงคล เบ็ญจาภิบาล, บรรณานิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด : 2543. หน้า 345-57.
5. วิทยา ติสุาพันธ์. การดูแลรักษาการเจ็บครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนด : ทบทวนข้อมูลนำเชื่อถือ. สารศิริราช 2544 ; 12 : 922-31.
6. Lumley J. The epidemiology of preterm birth. Baillieres Clin Obstet Gynecol 1993 ; 7 : 477-98.
7. National Center for Health Statistics. Birth, marriages, divorces and deaths : provisional data for June 1999. National Statistics Report, Vol 48, No.8, 2000.
8. Stevenson DK, Wright LL, Lemons JA, Oh W, Korones SB, Papile LA, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, January 1993 through December 1994. Am J Obstet Gynecol 1998 ; 179 : 1632-39.
9. Leitich H, Egarter C, Kaider A, Hohlagschwandtner M, Berghammer P, Husslein P. Cervicovaginal fetal fibronectin as a marker for preterm delivery : a meta analysis. Am J Obstet Gynecol 1999 ; 180 : 1169-76.