

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ

วิทวัส หาญอาษา พ.บ., ว.ว. (สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา) กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ ทำการศึกษาเวชระเบียนในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดที่โรงพยาบาลบึงกาฬ ทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2564 นำเสนอด้วยข้อมูลเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงโดยใช้ multiple logistic regression กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.05$

ผลการศึกษา: พบสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 850 ราย เป็นการคลอดก่อนกำหนด 79 ราย (9.29%) โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มีภาวะน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์ (AOR=28.26, 95%CI 10.72-74.48, $p<0.001$) การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ (AOR=2.10, 95%CI 1.22-3.60, $p=0.007$) มารดามีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม (AOR=4.34, 95%CI 1.40-13.47, $p=0.011$) การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ (AOR=19.02, 95%CI 2.99-120.91, $p=0.002$) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (AOR=4.76, 95%CI 2.09-10.88, $p<0.001$) ทารกมีภาวะโตช้าในครรภ์ (AOR=13.82, 95%CI 2.16-88.12, $p=0.005$) และภาวะรกเกาะต่ำ ($p=0.009$)

สรุป: จากการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดที่สามารถพัฒนาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬได้ ควรมีการพัฒนาและรณรงค์ในเรื่องการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพและการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ คัดกรองและให้ยาป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ ฝ้าระวังอาการคลอดก่อนกำหนดในมารดาที่มีรกเกาะต่ำและภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม

คำสำคัญ: คลอดก่อนกำหนด, ปัจจัยเสี่ยง

Prevalence and Risk Factors of Preterm Birth in Bungkan Hospital

Wittawat Hanarsa, M.D., Department of obstetrics and gynecology, Bungkan hospital

Abstract

The objectives of this retrospective descriptive study was to study prevalence and risk factors associated with preterm birth in Bungkan hospital. The medical records of pregnant women who delivered at Bungkan hospital during December 1, 2020 to June 30, 2021 were reviewed. Data analysis using descriptive and inferential statistics with multiple logistic regression, with significant level at 0.05.

Results: During the study period, there were 850 pregnant women who delivered at Bungkan hospital, 79 pregnant women (9.29%) were preterm births. Significantly risk factors were premature rupture of membranes (AOR=28.26, 95%CI 10.72-74.48, $p<0.001$), inadequate antenatal care (AOR=2.10, 95%CI 1.22-3.60, $p=0.007$), medical complications (AOR=4.34, 95%CI 1.40-13.47, $p=0.011$), Drugs abuse (AOR=19.02, 95%CI 2.99-120.91, $p=0.002$), Pregnancy induced hypertension (AOR=4.76, 95%CI 2.09-10.88, $p<0.001$), Fetal IUGR (AOR=13.82, 95%CI 2.16-88.12, $p=0.005$) and Placenta previa ($p=0.009$).

Conclusion: The study found risk factors of preterm birth in Bungkan hospital. To prevent preterm birth should focus on antenatal care, drug abuse, screen and prevent preeclampsia and aware on pregnant women who have placenta previa and medical problems.

Keywords: Preterm birth, Risk factors

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) หมายถึง การคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด ทั้งยังมีผลต่อสุขภาพของทารกในระยะยาวด้วย เช่น ภาวะสมองพิการ การทำงานของปอดผิดปกติ การมองเห็น และการได้ยินผิดปกติ โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์¹⁻³

การคลอดก่อนกำหนด ยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก² และในจังหวัดบึงกาฬ อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลก ทวีปเอเชีย และประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 9.66, 11.00 และ 10.83 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าในเอเชียและประเทศไทยยังคงมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าทั่วโลก³⁻⁴ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังเป็นสาเหตุหลักของการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลอื่น เป็นสาเหตุให้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อความวิตกกังวลในครอบครัว และในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลเพิ่มขึ้นอีกด้วย

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดนั้นมีหลายสาเหตุ เช่น การตั้งครรภ์แฝด⁴⁻⁷ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด⁴⁻⁸ ภาวะครรภ์ร่วก่อนกำหนด^{4,5,8} มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน^{4,5,7-8} การคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากการดามิภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมระหว่างตั้งครรภ์^{4,6} มีภาวะรกเกาะต่ำ⁴ การฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ^{4,7} การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์^{6,8} เป็นต้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดบึงกาฬ เพื่อที่จะได้หาแนวทางในการดูแลและป้องกันในสาเหตุที่ป้องกันได้ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ

นิยามศัพท์

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth)⁹ หมายถึง การคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้ายหรือจากการยืนยันจากอัลตราซาวด์

กรณีไม่ได้ฝากครรภ์และไม่ได้ยืนยันอายุครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ ใช้อายุครรภ์ตาม Ballard's score แบ่งย่อยเป็น

Late preterm คลอดเมื่ออายุครรภ์ 34 - 36+6 สัปดาห์

Moderate preterm คลอดเมื่ออายุครรภ์ 32 - 33+6 สัปดาห์

Very preterm คลอดเมื่ออายุครรภ์ 28 - 31+6 สัปดาห์

Extremely preterm คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์

การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ (Adequate ANC)¹⁰ หมายถึง การเข้ารับบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ครบจำนวน 5 ครั้งดังนี้

การนัดครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์

การนัดครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 ± 2 สัปดาห์

การนัดครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 ± 2 สัปดาห์

การนัดครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 ± 2 สัปดาห์

การนัดครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 ± 2 สัปดาห์

ภาวะความดันโลหิตสูง¹¹ หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้ง 4 กลุ่ม คือ Preeclampsia-Eclampsia, Chronic hypertension, superimposed preeclampsia on top chronic hypertension, Gestational hypertension

ภาวะซีด (Anemia)¹² หมายถึง ภาวะที่มีระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตรในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

ทารกโตช้าในครรภ์¹³ หมายถึง ทารกมีน้ำหนักต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ตามอายุครรภ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลบึงกาฬ ตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์คัดเข้า คือ

สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลบึงกาฬ ตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ทุกราย

เกณฑ์คัดออก

1. เวชระเบียนไม่สมบูรณ์หรือสูญหาย
2. เวชระเบียนของสตรีที่ทารกตายในครรภ์ (มายุติการตั้งครรภ์)

ขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับคนกลุ่มเดียว เพื่อหาค่าสัดส่วนประชากร

$$\text{สูตร } N = (Z^2 PQ) / E^2$$

$Z = 1.96$ (Type I error ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

$P = 0.11$ (ความชุกของการคลอดก่อนกำหนดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ = 10.83%)⁴

$$Q = 1 - P$$

$$E = 0.022 \text{ (คิดจากประมาณ 20\% ของค่า } P \text{)}$$

ได้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณอย่างน้อย 778 ราย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลบึงกาฬ ตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ได้ข้อมูล 856 ราย จึงคัดเลือกทั้งหมด และนำเลขที่ผู้ป่วย (Hospital number) ไปค้นและศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD chart) ในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลบึงกาฬ โดยทำการบันทึกอายุมารดา (ปี) อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ น้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) อาชีพ ระดับการศึกษา และประวัติความเสี่ยงของของมารดาต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ประวัติเคยคลอดทารกตายคลอด จำนวนทารกในครรภ์ คุณภาพของการฝากครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ภาวะซีด ความดันโลหิตสูง เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านทารก เช่น ภาวะโตช้าในครรภ์ ภาวะทารกพิการแต่กำเนิด และปัจจัยด้านรก เช่น รกเกาะต่ำ และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ผลลัพธ์หลักแสดงความชุกของการคลอดก่อนกำหนดโดยแสดงในรูปแบบความถี่ ร้อยละ

ผลลัพธ์รองแสดงปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อน

กำหนด โดย

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐานและพิสัย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ข้อมูลชนิดนับ ใช้ Chi-square หรือ Fisher's exact test (กรณีข้อมูลไม่แจกแจงตามปกติ)

2.2 ข้อมูลต่อเนื่อง ใช้ student T-test หรือ Mann Whitney U-test (กรณีข้อมูลไม่แจกแจงตามปกติ)

3. วิเคราะห์แบบ univariate logistic regression เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงเบื้องต้น แสดงผลโดย odds ratio และตัวแปรทั้งหมดที่มีค่า p value < 0.05 จะนำมาวิเคราะห์ multiple logistic regression หาค่า adjusted odds ratio เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงอิสระและปัจจัยกวน

4. ใช้โปรแกรม STATA version 13

5. กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และ $p < 0.05$ ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

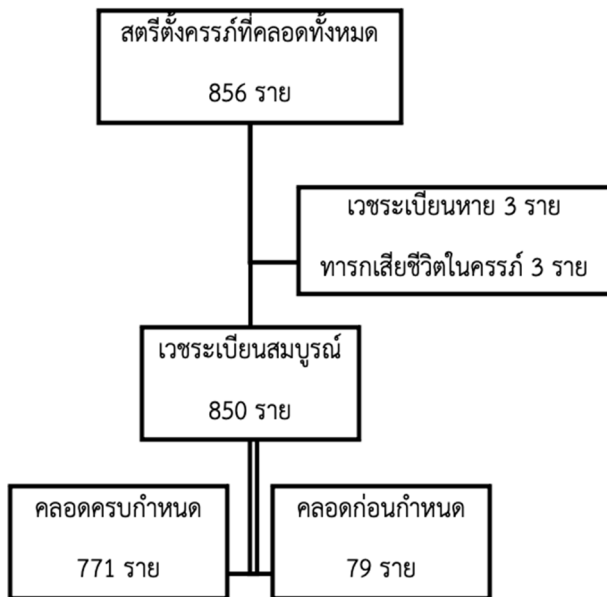
ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ เลขที่ BKHEC2021-12

ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาลบึงกาฬ ทั้งหมด 856 ราย ถูกคัดออกจากการศึกษา 6 ราย เนื่องจากเวชระเบียนหาย 3 ราย และเป็นเวชระเบียนของทารกเสียชีวิตในครรภ์ 3 ราย

เวชระเบียนสมบูรณ์ 850 ราย พบสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.29 โดยแบ่งเป็น late preterm 65 ราย (ร้อยละ 7.64) moderate preterm 9 ราย (ร้อยละ 1.06) very preterm 5 ราย (ร้อยละ 0.59) และไม่พบ extremely preterm ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1

จากการศึกษาด้านข้อมูลพื้นฐานของมารดา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ อายุมารดา ดัชนีมวลกาย อาชีพ และระดับการศึกษา ดังตารางที่ 1

ด้านปัจจัยเสี่ยงเบื้องต้นของการคลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความชุกของการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีปัจจัยเสี่ยงดังนี้ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ($p < 0.001$ Crude OR=2.62) มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ($p < 0.001$ Crude OR=25.00) มีภาวะซีด ($p = 0.016$ Crude OR=1.93) มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ($p < 0.001$ Crude OR=4.45) มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรม ($p = 0.009$ Crude OR=4.14) มีการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ ($p = 0.007$ Crude OR=15.17) ทารกมีภาวะโตช้าในครรภ์ ($p = 0.001$ Crude OR=20.50) และมีภาวะรกเกาะต่ำ ($p = 0.009$) ดังตารางที่ 1 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมที่พบจากการศึกษานี้ ได้แก่ โรคแพนิก (panic disorder) ปอดอักเสบ ซิฟิลิส ภาวะลำไส้อักเสบ และมารดามีโรคหัวใจแต่กำเนิด สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ในการศึกษาพบจำนวน 13 รายแต่ไม่พบว่ามีการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มดังกล่าว

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) (n=850)	คลอดก่อนกำหนด จำนวน (ร้อยละ) (n=79)	คลอดครบกำหนด จำนวน (ร้อยละ) (n=771)	Crude OR (95%CI)	p-value
I. ข้อมูลพื้นฐานมารดา					
อายุมารดา (ปี)					
มัธยม (พิสัย)	27 (22-33)	26 (22-31)	27 (22-33)	1.01 (0.98-1.05)	0.349
อายุมารดาตามกลุ่ม (ปี)					0.709
< 20	102(12.00)	11(10.78)	91(89.22)	1.25(0.13-2.48)	
20-34	625 (73.53)	55 (8.80)	570 (91.20)	Ref.	
> 35	123 (14.47)	13 (10.57)	110 (89.43)	1.22 (0.64-2.31)	
BMI (Kg/m²)					0.576
<18.5	102 (12.00)	12 (11.76)	90 (88.24)	1.28 (0.64-2.53)	
18.5-24.9	424 (49.88)	40 (9.43)	384 (90.57)	Ref.	
>25	324 (38.12)	27 (8.33)	297 (91.67)	0.87 (0.52-1.45)	
อาชีพ					0.885
แม่บ้าน	320 (37.65)	27 (8.44)	293 (91.56)	Ref.	
เกษตรกร	254 (29.88)	27 (10.63)	227 (89.37)	1.29 (0.73-2.26)	
ค้าขาย	85 (10.00)	7 (8.24)	78 (91.76)	0.97 (0.40-2.31)	
ข้าราชการ	96 (11.29)	10 (10.42)	86 (89.58)	1.26 (0.58-2.70)	
อื่นๆ	95 (11.18)	8 (8.42)	87 (91.58)	0.99 (0.43-2.27)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) (n=850)	คลอดก่อนกำหนด จำนวน (ร้อยละ) (n=79)	คลอดครบกำหนด จำนวน (ร้อยละ) (n=771)	Crude OR (95%CI)	p-value
I. ข้อมูลพื้นฐานมารดา (ต่อ)					
ระดับการศึกษา					0.664
≥ปวส หรือ ปริญญาตรี	254 (29.88)	26 (10.24)	228 (89.76)	Ref.	
มัธยมศึกษา	450 (52.94)	38 (8.44)	412 (91.56)	0.80 (0.47-1.36)	
≤ประถมศึกษา	146 (17.18)	15 (10.27)	131 (89.73)	1.01 (0.51-1.96)	
II. ข้อมูลตั้งครรภ์					
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์					0.917
ครรภ์แรก	295 (34.71)	27 (9.15)	268 (90.85)	Ref.	
ครรภ์หลัง	555 (65.29)	52 (9.37)	503 (90.63)	3.00 (0.80-11.15)	
ประวัติการคลอดก่อนกำหนด					0.350
ไม่มี	827 (98.45)	77 (9.31)	750 (90.69)	Ref.	
มี	13 (1.55)	2 (15.38)	11 (84.62)	1.77 (0.38-8.13)	
ประวัติภาวะตายคลอด					0.201
ไม่มี	841 (98.94)	77 (9.16)	764 (90.84)	Ref.	
มี	9 (1.06)	2 (22.22)	7 (77.78)	2.83 (0.57-13.88)	
การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ					<0.001
ไม่ครบ	334 (33.29)	48 (14.37)	286 (85.63)	2.62 (1.63-4.22)	
ครบ	516 (60.71)	31 (6.01)	485 (93.99)	Ref.	
จำนวนทารกในครรภ์					0.112
ครรภ์เดียว	837 (98.48)	76 (9.08)	761 (90.92)	Ref.	
ครรภ์แฝด	13 (1.53)	3 (23.08)	10 (76.92)	3.00 (0.80-11.15)	
ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด					<0.001
ไม่มี	828 (94.41)	64 (7.73)	764 (92.27)	Ref.	
มี	22 (2.59)	15 (68.18)	7 (31.82)	25.00 (10.06-65.00)	
ภาวะซีด					0.016
ไม่มี	715 (84.12)	59 (8.25)	656 (91.75)	Ref.	
มี	135 (15.88)	20 (14.81)	115 (85.19)	1.93 (1.12-3.33)	
ภาวะเบาหวาน					1.000
ไม่มี	800 (94.12)	75 (9.38)	725 (90.62)	Ref.	
มี	50 (5.88)	4 (8.00)	46 (92.00)	0.84 (0.29-2.39)	
ภาวะความดันโลหิตสูง					<0.001
ไม่มี	812 (95.53)	68 (6.37)	744 (91.63)	Ref.	
มี	38 (4.47)	11 (28.95)	27 (71.05)	4.45 (1.09-40.40)	
โรคไทรอยด์					0.166
ไม่มี	842 (99.06)	77 (9.14)	765 (90.86)	Ref.	
มี	8 (0.94)	2 (25.00)	6 (75.00)	3.31 (0.65-16.69)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) (n=850)	คลอดก่อนกำหนด จำนวน (ร้อยละ) (n=79)	คลอดครบกำหนด จำนวน (ร้อยละ) (n=771)	Crude OR (95%CI)	p-value
II. ข้อมูลตั้งครรภ์ (ต่อ)					
ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ					0.071
ไม่มี	845 (99.41)	77 (9.11)	768 (90.86)	Ref.	
มี	5 (0.59)	2 (40.00)	3 (60.00)	6.64 (1.09-40.40)	
ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม					0.009
ไม่มี	829 (97.53)	73 (8.81)	756 (91.99)	Ref.	
มี	21 (2.47)	6 (28.57)	15 (71.43)	4.14 (1.55-11.00)	
การใช้สารเสพติด					0.007
ไม่มี	845 (99.14)	76 (8.99)	769 (91.01)	Ref.	
มี	5 (0.59)	3 (60.00)	2 (40.00)	15.17 (2.49-92.24)	
ภาวะทารกโตช้าในครรภ์					0.001
ไม่มี	844 (99.29)	75 (8.89)	769 (91.11)	Ref.	
มี	6 (0.71)	4 (66.67)	2 (33.33)	20.50 (3.69-113.81)	
ภาวะทารกพิการแต่กำเนิด					0.093
ไม่มี	849 (99.88)	78 (9.19)	771 (90.81)	-	
มี	1 (0.12)	1 (100.00)	0 (0)		
ภาวะรกเกาะต่ำ					0.009
ไม่มี	848 (99.76)	77 (9.08)	771 (90.92)	-	
มี	2 (0.24)	2 (100.00)	0 (0)		

จากปัจจัยเสี่ยงเบื้องต้นที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด นำมาหาค่าปัจจัยอิสระและปัจจัยกวนพบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ (AOR=2.10 (95%CI 1.22-3.60) p=0.007) มีภาวะน้ำตาลรั่วก่อนกำหนด (AOR=28.26 (95%CI 10.72-74.48) p<0.001) มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (AOR=4.76 (95%CI 2.09-10.88) p<0.001)

มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม (AOR=4.34 (95%CI 1.40-13.47) p=0.011) มีการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ (AOR=19.02 (95%CI 2.99-120.91) p=0.002) ทารกมีภาวะโตช้าในครรภ์ (AOR=13.82 (95%CI 2.16-88.12) p=0.005) และมีภาวะรกเกาะต่ำ (p=0.009) และพบว่าภาวะซีดคือปัจจัยกวน (AOR=1.17 (95%CI 0.60-2.27) p=0.640) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้ multiple logistic regression

ปัจจัย	Adjusted Odds ratio (95%CI)	p-value
การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ	2.10 (1.22-3.60)	0.007
ภาวะน้ำตาลรั่วก่อนกำหนด	28.26 (10.72-74.48)	<0.001
ภาวะซีด	1.17 (0.60-2.27)	0.640
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	4.76 (2.09-10.88)	<0.001
ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม	4.34 (1.40-13.47)	0.011
การใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์	19.02 (2.99-120.91)	0.002
ภาวะทารกโตช้าในครรภ์	13.82 (2.16-88.12)	0.005

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษานี้พบความชุกของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬร้อยละ 9.29 ซึ่งใกล้เคียงทั่วโลกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยพบร้อยละ 9.66 และ 10.83 ตามลำดับ³⁻⁴ ซึ่งกรมอนามัยมุ่งเน้นให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10 ต่อปี และพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬในการศึกษานี้ ได้แก่ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ คุณภาพ มีภาวะน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์ มารดามีภาวะความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ ทารกมีภาวะโตช้าในครรภ์ และภาวะรกเกาะต่ำ

การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง การเข้ารับบริการฝากครรภ์ไม่ต่ำกว่า 5 ครั้งตามเกณฑ์ของกรมอนามัยประเทศไทย จากการศึกษานี้พบว่า การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ โดยเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด 2.10 เท่า (95% CI=1.22-3.60, p=0.007) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Kinpoorn and Chaiyarach⁴ และ Leal et al⁷ ซึ่งพบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2.51 และ 1.29 เท่าตามลำดับ การฝากครรภ์มีจุดประสงค์เพื่อดูแลสตรีขณะตั้งครรภ์ ค้นหาความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขณะตั้งครรภ์ เพื่อที่จะได้ป้องกันและให้การรักษาได้อย่างทันที่ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ จึงทำให้ไม่มีการค้นหาปัจจัยเสี่ยงหรือพบปัจจัยเสี่ยงล่าช้าทำให้การรักษาและป้องกันไม่ประสบผลสำเร็จตามมา¹⁴

ภาวะน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์ จากการศึกษานี้พบว่าภาวะนี้เป็นปัจจัยหนึ่งของการคลอดก่อนกำหนด โดยเพิ่มความเสี่ยง 28.26 เท่า (95%CI=10.72-74.48, p<0.001) ซึ่งการมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วมักจะตามมาด้วยการเจ็บครรภ์และการคลอด และมีความสำคัญคือเพิ่มโอกาสการติดเชื้อของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีแนวโน้มให้คลอดโดยเฉพาะกรณีที่ปอดของทารกพัฒนาเต็มที่แล้ว ซึ่งจัดเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งในการให้คลอดก่อนกำหนด กรณีที่ทารกอายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์^{9,15}

มารดามีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม จากการศึกษานี้พบว่าการคลอดก่อนกำหนดในมารดาที่มีโรคแพนิค ปอดอักเสบ ซิฟิลิส ลำไส้อักเสบ และมารดามีโรคหัวใจแต่กำเนิด ซึ่งพบว่าการมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 4.34 เท่า (95%CI= 1.40-13.47, p = 0.011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al⁶ โดยพบว่าการมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2.27 เท่า⁶ ซึ่งสาเหตุของน่าจะมาจากการมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมระหว่างตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะเครียดในมารดาและทารกในครรภ์ (Maternal-Fetal stress)¹⁶

การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ จากการศึกษานี้พบว่าการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีน เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งพบว่าการเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 19.02 เท่า (95% CI= 2.99-120.91, p=0.002) มากกว่าการศึกษาของ Chang et al⁶ ที่พบว่าการใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด 2.43 เท่า⁶ อธิบายว่าสารกลุ่มแอมเฟตามีน เป็นสารกระตุ้นระบบประสาท มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว กระตุ้นให้มีการคลอดก่อนกำหนดและทำให้เกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยได้¹⁷

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุให้เกิดผลเสียขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น เช่น เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ภาวะทารกโตช้าในครรภ์จากการไหลเวียนเลือดไปสู่รกไม่ดี และนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดตามมาได้ จากการศึกษานี้พบว่าการมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 4.76 เท่า (95%CI= 2.09-10.88, p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kinpoorn and Chaiyarach⁴ และ Alijahan et al⁸ ที่พบว่าการมีภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด 10.29 และ 7 เท่าตามลำดับ และนอกจากนี้ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงก็เป็นข้อบ่งชี้หนึ่งในการให้คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะอายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์^{11,18}

ภาวะทารกโตช้าในครรภ์ จากการศึกษานี้พบว่าภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าการมีภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 13.82 เท่า (95%CI=2.16-88.12,

$p=0.005$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leal et al⁷ และ Alijahan et al⁸ ที่พบว่าภาวะทารกโตช้าในครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 5 และ 2.2 เท่า ตามลำดับ ซึ่งภาวะนี้เป็นข้อบ่งชี้หนึ่งในการให้คลอดก่อนกำหนด กรณีที่ประเมินสุขภาพของทารกแล้วพบความผิดปกติ¹³

จากการศึกษานี้พบว่าภาวะรกเกาะต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ($p = 0.009$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kinpoon and Chaiyarach⁴ และ Leal et al⁷ ที่พบว่าภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด 7.74 และ 6.44 เท่า ตามลำดับ เนื่องจากภาวะรกเกาะต่ำเป็นสาเหตุทำให้มีเลือดออกจากช่องคลอดปริมาณมากได้ ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจให้คลอดแม้ว่าอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด⁴

จากแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ประเทศไทย¹⁵ แนะนำให้ยา กลุ่มโปรเจสโตโรนในมารดาที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน จากการศึกษานี้ พบว่ามีมารดาที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดแต่ยังไม่ได้รับยากลุ่มโปรเจสโตโรนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยบางประการ เช่น ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ประวัติเคยมีการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน การตั้งครรภ์แฝด ไม่มีความแตกต่างทางสถิติต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าของ Kinpoon and Chaiyarach⁴, Chang et al⁶ และ Leal et al⁷ คาดว่าน่าจะเกิดจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนน้อยกว่า

ข้อมูลจากการศึกษานี้ สามารถนำไปช่วยในการพัฒนาและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาล บึงกาฬให้ดีขึ้น โดยควรมุ่งเน้นที่คุณภาพการฝากครรภ์ การตรวจครรภ์และการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพและการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ คัดกรองและให้ยาป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ และเฝ้าระวังอาการคลอดก่อนกำหนดในมารดาที่มีรกเกาะต่ำและภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม

อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังและยังไม่ได้รวบรวมผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงควรมีการรวบรวมข้อมูลดังกล่าวเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

จากการศึกษาพบความชุกของการคลอดก่อนกำหนดที่โรงพยาบาลบึงกาฬ ร้อยละ 9.29 และพบปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดที่สามารถนำไปพัฒนาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลบึงกาฬ ควรมีการพัฒนาและรณรงค์ในเรื่องการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพและการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ คัดกรองและให้ยาป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ เฝ้าระวังอาการคลอดก่อนกำหนดในมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำและภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preterm birth [internet]. WHO; 2018 [cited 2021 June 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for doi selected countries: a systematic analysis\ and implications. Lancet 2012; 379(9832): 2162-72.
3. Beck S, Wojdyla D, Say L, Bertran AP, Meraldi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull World Health Organ 2010; 88(1): 31-8.
4. Kinpoon K, Chaiyarach S. The incidence and risk factors for preterm delivery in northeast Thailand. Thai J Obstet Gynaecol 2021; 29(2): 100-111.
5. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD and Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008; 371(9606): 75-84.
6. Chang YK., Tseng YT, Chen KT. The epidemiologic characteristics and associated risk factors of preterm birth from doi 2004 to 2013 in Taiwan. BMC pregnancy and childbirth 2020; 20(1): 201.

7. Maria do Carmo Leal, Ana Paula Esteves -Pereira, Marcos Nakamura-Pereira, Jacqueline Alves Torres, Mariza theme-Filha, Rosa Maria Soares Madeira Domingues, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive health* 2016; 13(suppl3): 127.

8. Alijahan R., Hazrati S., Mirzarahimi M., Pourfarzi F, Ahmadi Hadi P.. Prevalence and risk factors associated with preterm birth in Ardabil, Iran. *Iran J Reprod Med* 2014; 12(1): 47-56.

9. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, อีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. *สูติศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 6*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564. หน้า 244-259.

10. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย. ฝากครรภ์ดี มีคุณภาพ ควรฝากก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ [Internet]. กระทรวงสาธารณสุข. [cited 2022 February 21]. Available from: https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hpc9/n938_df1afe68b9df03814be919b973140495_article_20170110121603.pdf

11. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, อีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. *สูติศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 6*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564. หน้า 325-344.

12. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, อีระ ทองสง. โรคโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. *สูติศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 6*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564. หน้า 427-444.

13. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, อีระ ทองสง. ทารกโตช้าในครรภ์. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. *สูติศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 6*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564. หน้า 364-374.

14. World Health Organization. WHO recommendation on antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO Library cataloguing-in-publication data 2016:1-3.

15. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษากภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. ใน: แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2558. หน้า 15-41.

16. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: Mcgraw-hill; 2018.

17. Robert R., Michael FG, Charles JL, Joshua AC, Thomas RM, Robert MS. Substance abuse in pregnancy. In Creasy and Resnik's *Maternal- fetal medicine*. 8th ed, Philadelphia: Elsevier; 2019. p 1254-5.

18. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ ใน: แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2558. หน้า 89-112.