

ปัจจัยที่บ่งบอกความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

จิตรากานต์ เจริญบุญ พ.บ.*, ณัฐพร สภาพรธีระ พ.บ.*, จรณิก อินสอน**,
ณภัทร ศรีศุภกิจ**, พญณพ เถษมนต์**, พิษณุภูมิ ภิราธร**, ไบตรี แซ่ลี**, จักรภัทร จันทะสิงห์**

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านพัฒนาการของทารก

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่บ่งบอกความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา : เก็บข้อมูลแบบ Retrospective cohort study จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและเวชระเบียนของผู้ป่วยในช่วงตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงกันยายน พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จและกลุ่มที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา univariable และ multivariable logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง 149 คน ประกอบด้วยกลุ่มยับยั้งสำเร็จ 77 คน (ร้อยละ 51.67) และกลุ่มยับยั้งไม่สำเร็จ 72 คน (ร้อยละ 48.32) ปัจจัยที่บ่งบอกความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมารดาน้อยกว่า 35 ปี (adjusted OR 5.02, 95% CI 1.75 - 14.39, p-value=0.003) ความบางของปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์น้อยกว่าร้อยละ 50 (adjusted OR 4.09, 95% CI 1.36-12.27, p-value=0.012) และการเปิดของปากมดลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร (adjusted OR 3.14, 95% CI 1.21-8.18, p-value=0.019) ในขณะที่อายุครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่ 33 สัปดาห์ เป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR 2.20, 95% CI 1.00-4.84, p-value=0.050)

สรุปและข้อเสนอแนะ : อายุมารดาน้อยกว่า 35 ปี ความบางของปากมดลูกน้อยกว่าร้อยละ 50 และการเปิดของปากมดลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร เป็นปัจจัยที่บ่งบอกความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงควรมีการให้ความรู้เรื่องอาการเจ็บครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และให้ได้รับการตรวจรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์

คำสำคัญ : การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด

*กลุ่มงานสูติ นรีเวช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

**นักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Corresponding Author: Chitrakan Chareonboon E-mail: chitrakan@hotmail.com

Received: 31 January 2024

Revised: 28 August 2024

Accepted: 30 August 2024

FACTORS TO INDICATE SUCCESSFUL STOP LABOR IN PREGNANT WOMEN WITH PRETERM LABOR

Chitrakan Chareonboon M.D.*, Nuttaporn Sathaporntheera M.D.*,
Joranin Insorn**, Naphat Srisujikul**, Pruettapon Deatmon**,
Pichayut Pirasorn**, Mitree Saelee**, Chakkapat Chantasing**

ABSTRACT

BACKGROUND: Preterm birth significantly impacts infant development.

OBJECTIVE: This study aims to investigate factors associated with the success of inhibiting preterm birth in pregnant women at Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiangrai province.

METHODS: A retrospective cohort study was conducted on a sample group of pregnant women who received interventions to prevent preterm birth. The data were collected from hospital records and patient registries from October 2022 to September 2023. The sample consists of a study group that successfully inhibited and a group that unsuccessfully inhibited. The data were analyzed using univariable and multivariable logistic regression statistics, with a significance level set at less than 0.05.

RESULTS: The sample group comprised 149 individuals, divided into a successful intervention group (77 individuals [51.67%]) and an unsuccessful intervention group (72 individuals [48.32%]). Statistically significant factors were identified, including maternal age under 35 years (adjusted OR 5.02, 95% CI 1.75 - 14.39, p-value=0.003), cervical effacement during preterm labor less than 50% (adjusted OR 4.09, 95% CI 1.36-12.27, p-value=0.012) and cervical dilation less than or equal to 1 centimeter (adjusted OR 3.14, 95% CI 1.21-8.18, p-value=0.019). Additionally, a statistically significant trend was observed for gestational age at the first episode of preterm labor greater than or equal to 33 weeks (adjusted OR 2.20, 95% CI 1.00-4.84, p-value=0.050).

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: Maternal age less than 35 years, cervical thinning less than 50%, and cervical dilation less than or equal to 1 centimeter are significant factors indicating success in inhibiting preterm birth in pregnant women with preterm labor. Therefore, all pregnant women, especially older than 35 years, should be educated about labor pains and should intensive care since early labor pain.

KEYWORDS: Preterm birth, Preterm labor, Inhibiting preterm birth

* Obstetrics and Gynecology Department, Chiang Rai Prachanukroh Hospital

**Medical student, Faculty of medicine

Corresponding Author: Chitrakan Chareonboon E-mail: chitrakan@hotmail.com

Received: 31 January 2024

Revised: 28 August 2024

Accepted: 30 August 2024

ความเป็นมา

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) คือ ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการมดลูกหดตัวสม่ำเสมอ ร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูก โดยเกิดในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์แต่น้อยกว่า 37 สัปดาห์ โดยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดของทารกได้ จากข้อมูลทางสถิติทั่วโลกมีเด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคนต่อปี เป็นเหตุให้ทารกเสียชีวิตประมาณ 1 ล้านคนต่อปี¹⁻² ซึ่งในประเทศไทยพบว่ามีอัตราการคลอดก่อนกำหนดประมาณ ร้อยละ 12.00 (30,000 - 40,000 คนต่อปี) โดยการคลอดก่อนกำหนดจะส่งผลให้ทารกมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์และยังเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดรองจากภาวะพิการแต่กำเนิด³ ส่วนทารกที่รอดชีวิตอาจมีภาวะที่ระบบอวัยวะเจริญได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) ภาวะติดเชื้อที่รุนแรงและปัญหาทางด้านการพัฒนาทางด้านสติปัญญาและอารมณ์ (IQ/EQ) นอกจากนี้ การคลอดก่อนกำหนดยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ โดยพบว่า ต้องใช้ทั้งงบประมาณและทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลรักษาทารกที่คลอดก่อนกำหนด

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดจากหลายปัจจัย มีทั้งปัจจัยที่สามารถป้องกันได้และป้องกันไม่ได้ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะได้รับยาเพื่อลดการหดตัวของมดลูกเพื่อยับยั้งการคลอดตามมาตรฐาน⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการชะลอการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่ได้รับการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ กลุ่มโรคทาง Autoimmune และ โรคไทรอยด์⁵⁻⁶ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ การมีประวัติเคยเข้ารับการรักษากับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง⁷ ปัจจัยด้านการคลอด ได้แก่ ปากมดลูกเปิดขยายเมื่อแรกเริ่ม ความบางของปากมดลูก ภาวะถุงน้ำคร่ำ

แตกก่อนกำหนด ระยะเวลาที่มีน้ำเดิน ความถี่ของการเจ็บครรภ์ อายุครรภ์เมื่อเจ็บครรภ์ครั้งแรก ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ การตั้งครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำและทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวลของมารดา⁸⁻⁹

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดครบกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดและได้รับการยับยั้งคลอด โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจได้แก่ อายุมารดา(ปี) BMI ของมารดาก่อนตั้งครรภ์ (kg/m^2) อายุครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์) ประวัติการคลอดบุตรก่อนกำหนด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรค Autoimmune เช่น SLE, RA และ Hashimoto thyroiditis ภาวะซีด ความบางของปากมดลูก(%) ปากมดลูกเปิด (เซนติเมตร) และระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล (ชั่วโมง) ซึ่งการทราบถึงปัจจัยเหล่านี้ จะสามารถนำไปพัฒนาและวางแผนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย การป้องกันและลดการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลเชิงรายๆ รวมถึงอาจเป็นแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั้งจังหวัด เชียงราย ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่บ่งบอกความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) เก็บข้อมูลและศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการรักษายับยั้งการคลอดในโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์การกีดเข้า (Inclusion criteria)

คือ สตรีตั้งครรภ์เดียวที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการยับยั้งการคลอด โดยการได้รับการรักษาและยาตามมาตรฐานการรักษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำแตก และ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้อายุครรภ์ครั้งแรกที่เจ็บครรภ์เป็นตัวคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

$$\text{Alpha} = 0.05$$

$$\text{Power} = 0.8$$

ได้ประชากรกลุ่มตัวอย่าง 216 คน (กลุ่มละ 108 คน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ก่อนกำหนดในตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงกันยายน พ.ศ. 2566 แล้วจึงคัดเลือกประชากรตาม Inclusion และ Exclusion criteria ได้กลุ่มประชากรสตรีที่มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) ทั้งสิ้น 149 คน ประกอบด้วยกลุ่มที่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ 77 คน และยับยั้งไม่สำเร็จ 72 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยนำเสนอเป็นสัดส่วนร้อยละ (%) เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มด้วย chi-square test วิเคราะห์และสรุปผลโดยใช้สถิติ univariable และ multivariable logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.05

การพิจารณากำหนดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วันที่รับรอง 20 มีนาคม 2566 เลขที่รับรอง ชร 0033.102/วิจัย/EC.66-261

นิยามศัพท์

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) คือ ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการมดลูกหดตัวสม่ำเสมอร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกโดยเกิดในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไปแต่น้อยกว่า 37 สัปดาห์

การยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จ คือ การคลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป

การมีภาวะซีดขณะเข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรก โดยจะถือว่า มีภาวะซีดถ้ามีค่า $\text{Hb} < 11.0 \text{ g/dL}$ ในช่วงไตรมาสที่ 1 และ 3 หรือ $\text{Hb} < 10.5 \text{ g/dL}$ ในช่วงไตรมาสที่ 2

การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ในช่วงที่มีการเจ็บครรภ์ครั้งแรก ถ้ามีการตรวจพบเซลล์เม็ดเลือดขาวมากกว่า $5-10 \text{ cells/mm}^3$ หรือ Leukocyte esterase positive หรือ Nitrite positive

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 149 คน โดยแบ่งเป็นผู้ที่ยับยั้งไม่สำเร็จ (คลอดก่อนกำหนด) 72 คน และยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ (คลอดครบกำหนด) 77 คน โดยในกลุ่มตัวอย่างที่คลอดครบกำหนดมีมารดาที่อายุน้อยกว่า 35 ปี 70 คน (ร้อยละ 90.91) และมารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป 7 คน (ร้อยละ 9.09) ในขณะที่กลุ่มคลอดก่อนกำหนดมีมารดาที่อายุน้อยกว่า 35 ปี 53 คน (ร้อยละ 73.61) และมารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป 19 คน (ร้อยละ 26.39) ความบางปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก ในกลุ่มที่คลอดครบกำหนดมีค่าน้อยกว่า ร้อยละ 50.00 จำนวน 68 คน (ร้อยละ 88.31) มีค่าร้อยละ 50.00 ขึ้นไป จำนวน 9 คน (ร้อยละ 11.69) ในขณะที่ความบางปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรกในกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดมีค่าน้อยกว่า ร้อยละ 50.00 จำนวน 37 คน (ร้อยละ 51.39) มีค่า ร้อยละ 50.00 ขึ้นไป จำนวน 35 คน (ร้อยละ 48.61) และในกลุ่มตัวอย่างที่คลอดครบกำหนดมีปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร จำนวน 55 คน (ร้อยละ 71.43) ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร 22 คน (ร้อยละ 28.57)

ในขณะที่ในกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนด มีปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร จำนวน 22 คน (ร้อยละ 30.56) ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร จำนวน 50 คน (ร้อยละ 69.44) ซึ่งอายุ มารดา ความบางปากมดลูก และ การเปิดของปากมดลูกเป็นตัวแปรที่มีความแตกต่างกัน อย่างนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก การได้ฝากครรภ์ ประวัติการคลอดบุตรก่อนกำหนด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง Hashimoto thyroiditis ภาวะซีด Urinary tract infection (UTI) และระยะเวลา ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Univariable logistic regression ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดในสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมารดาน้อยกว่า 35 ปี (Crude OR 3.58, 95% CI 1.40-9.15, p-value 0.008) เมื่อเทียบกับมารดาที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ความบางของปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า ร้อยละ 50.00 (Crude OR 7.15, 95% CI 3.10-16.47, p-value <0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความบางปากมดลูก ร้อยละ 50.00 ขึ้นไป และการเปิดของปากมดลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร (Crude OR 5.68, 95% CI 2.81-11.49, p-value <0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตรขึ้นไป (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 149 คน

ลักษณะผู้ป่วย	กลุ่มที่ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จ 77 คน		กลุ่มที่ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดไม่สำเร็จ 72 คน		p-value
	n	%	n	%	
อายุมารดา (ปี)					0.009
< 35	70	90.91	53	73.61	
≥ 35	7	9.09	19	26.39	
BMI ก่อนการตั้งครรภ์ (kg/m ²)					0.444
< 30	72	93.51	70	97.22	
≥ 30	5	6.49	2	2.78	
อายุครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)					0.180
< 33	26	33.77	33	45.83	
≥ 33	51	66.23	39	54.17	
มีประวัติได้ฝากครรภ์	77	100.00	71	98.61	0.483
มีประวัติการคลอดบุตรก่อนกำหนด	7	9.09	12	16.67	0.220
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	9	11.69	8	11.11	1.000
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	1	1.30	4	5.56	0.198
Hashimoto thyroiditis	1	1.30	2	2.78	0.610
ภาวะซีด (Hct < 33%)	14	19.44	14	19.44	1.000
UTI ขณะเจ็บครรภ์	25	32.47	19	26.39	0.474
ความบางของปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก (%)					<0.001
< 50%	68	88.31	37	51.39	
≥ 50%	9	11.69	35	48.61	
ปากมดลูกเปิดขณะเจ็บครรภ์ (cm)					<0.001
≤ 1	55	71.43	22	30.56	
> 1	22	28.57	50	69.44	
ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล (hr)					0.692
< 8	62	80.52	56	77.78	
≥ 8	15	19.48	16	22.22	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยการวิเคราะห์แบบ Univariable logistic regression

ลักษณะ	Crude OR	95% CI	p-value
อายุมารดา < 35 ปี	3.58	1.40 - 9.15	0.008
BMI ก่อนการตั้งครรภ์ <30 kg/m ²	0.41	0.08 - 2.19	0.298
อายุครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก ≥ 33 สัปดาห์	1.66	0.86 - 3.22	0.133
มีประวัติการคลอดบุตรก่อนกำหนด	0.50	0.19 - 1.35	0.172
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	1.06	0.38 - 2.91	0.912
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	0.22	0.02 - 2.05	0.185
ภาวะซีด (Hct < 33%)	0.92	0.40 - 2.09	0.844
UTI ขณะเจ็บครรภ์	1.34	0.66 - 2.72	0.417
ความบางของปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก < 50%	7.15	3.10 - 16.47	<0.001
ปากมดลูกเปิด ≤ 1cm	5.68	2.81 - 11.49	<0.001
ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล <8 ชั่วโมง	1.18	0.54 - 2.61	0.681

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Multivariable logistic regression ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดในสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด ได้แก่ อายุมารดาน้อยกว่า 35 ปี (adjusted OR 5.02, 95% CI 1.75 - 14.39, p-value=0.003) เมื่อเทียบกับมารดาที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ความบางของปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า ร้อยละ 50.00 (adjusted OR 4.09, 95% CI 1.36-12.27, p-value=0.012)

เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความบางปากมดลูก ร้อยละ 50.00 ขึ้นไป และการเปิดของปากมดลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร (adjusted OR 3.14, 95% CI 1.21-8.18, p-value=0.019) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตรขึ้นไปตามลำดับในขณะที่ยุติการเจ็บครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่ 33 สัปดาห์ขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะมีความสำคัญทางสถิติ (adjusted OR 2.20, 95% CI 1.00-4.84, p-value=0.050)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยการวิเคราะห์แบบ Multivariable logistic regression

ลักษณะ	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุมารดา < 35 ปี	5.02	1.75 - 14.39	0.003
ความบางของปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก < 50%	4.09	1.36 - 12.27	0.012
ปากมดลูกเปิด ≤ 1 cm	3.14	1.21 - 8.18	0.019
อายุครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก ≥ 33 สัปดาห์	2.20	1.00 - 4.84	0.050

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยนี้พบว่า อายุของมารดาขณะเจ็บครรภ์น้อยกว่า 35 ปี ความบางของปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่าร้อยละ 50 และการเปิดของปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร มีความสอดคล้องกับความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Giovanna Esposito¹⁰ และ Kuntharee Traisrisilp MD¹¹ พบว่า อายุมารดาที่มากเป็นปัจจัยที่

สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากมักจะมีความเสี่ยงสูงในการพบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ที่มากขึ้น เช่น การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และภาวะทารกโตช้าในครรภ์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มมารดาอายุน้อย ซึ่งจากงานวิจัยนี้พบว่า มารดาที่อายุน้อยกว่า 35 ปี มีโอกาสสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่ามารดาที่อายุมากกว่า 35 ปี ถึง 5 เท่า

ในส่วนความบางของปากมดลูกที่น้อยกว่า 50% และการเปิดของการมดลูกที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตรขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรกนั้น มีโอกาสยับยั้งการเจ็บครรภ์สำเร็จ 4.09 และ 3.14 เท่าตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Elizabeth S. Langen, MD.¹² ที่พบว่าอัตราการเปิดของปากมดลูกสัมพันธ์กับการความบางของปากมดลูก มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการคลอด เนื่องจากปัจจัยทั้งสองนั้นบ่งบอกถึงการเริ่มเข้าสู่กระบวนการคลอดของมารดา (True labor) ดังนั้นในรายที่มีความบางปากมดลูกที่มากร่วมกับมีการขยายปากมดลูกที่กว้างขึ้นจึงมีโอกาสนในการคลอดมากขึ้นอย่างตรงไปตรงมา ทำให้การยับยั้งการคลอดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสสำเร็จน้อยกว่ากลุ่มที่มีความบางน้อยหรือมีปากมดลูกเปิดน้อยกว่า

นอกจากนั้น การวิจัยนี้พบว่าอายุครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่ 33 สัปดาห์ขึ้นไปมีโอกาสำเร็จมากกว่า 2.20 เท่า โดยมีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.05) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับตามทฤษฎีและความเป็นจริง เนื่องจากในผู้ป่วยที่มีอายุครรภ์ที่มากมักจะมียุทธศาสตร์การคลอดที่สำเร็จและมีโอกาสคลอดมากกว่าในผู้ป่วยที่มีอายุครรภ์น้อย ทั้งนี้อาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอต่อการประเมิน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ถึงปริมาณที่คาดการณ์ไว้ ซึ่งหากมีการศึกษาเพิ่มเติมอาจต้องมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อที่จะเห็นแนวโน้มที่ชัดเจนและพบตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างแท้จริง

โดยสรุปแล้วการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่บ่งบอกความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์ ได้แก่ อายุของมารดาความบางของปากมดลูกและการเปิดของปากมดลูกขณะเจ็บครรภ์ครั้งแรก ซึ่งสามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ของการยับยั้งการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัด

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยน้อยกว่าจำนวนที่คาดการณ์ไว้ ทำให้ค่าความเชื่อมั่นของงานวิจัยอาจไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษานี้ทำให้สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะมารดาที่มีอายุน้อย มีการเปิดของปากมดลูกไม่มากหรือมีความบางของปากมดลูกน้อย เนื่องจากมีโอกาที่จะมีการยับยั้งได้สำเร็จ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องอาการเจ็บครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งมีแนวโน้มยับยั้งไม่สำเร็จ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้เฝ้าระวังอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการตรวจรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ ซึ่งคาดว่าจะสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดการใช้งบประมาณในการดูแลเด็กทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดได้ระดับหนึ่งและอาจนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกันและลดการคลอดก่อนกำหนดในอนาคต

REFERENCES:

1. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):106-15.
2. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2023;402(10409):1261-71.
3. Percentage of Thai women who give birth prematurely in fiscal year 2567 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 March 25]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol. 2016 ;128(4):e155-64.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol. 2016 ;128(4):e155-64.
6. Stagnaro-Green A. Maternal thyroid disease and preterm delivery. J Clin Endocrinol Metab. 2009 ;94(1):21-5.
7. Toontham K, Supathaweewat S. 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. 2023;20(2):75-88.
8. Sopajaree C. Factors predicting delaying in preterm birth among women who received tocolysis. J Thai Nurse midwife Counc. 2018;33(2):47-58.
9. Uatrongjit N. Predicting factors associated with preterm birth after receiving stopping preterm labor treatment. J Nakornping Hosp. 2020;10(1): เลขหน้า?
10. Esposito G, Mauri PA, Cipriani S, Franchi M, Corrao G, Parazzini F. Correction to: The role of maternal age on the risk of preterm birth among singletons and multiples: a retrospective cohort study in Lombardy, Northern Italy. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):366.
11. Traisrisilp K, Tongsong T. Pregnancy outcomes of mothers with very advanced maternal age (40 years or more). J Med Assoc Thai. 2015;98(2):117-22.
12. Langen ES, Weiner SJ, Bloom SL, Rouse DJ, Varner MW, Reddy UM, et al. Association of cervical effacement with the rate of cervical change in labor among nulliparous women. Obstet Gynecol. 2016;127(3):489-95.