Original articles

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง : โรงพยาบาลนครพนม

วันเมษา บรรจงศิลป์ พบ. สูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง อาการแสดงทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ผลลัพธ์การรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผลลัพธ์ด้านทารก

วัสดุและวิธีการ : รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 -30 กันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 121 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 67.77) ลำดับการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 56.20) อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ (ร้อยละ 38.84) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง > 25-29 kg/m^2 (ร้อยละ 35.53) วิธีการคลอดส่วนใหญ่โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ร้อยละ 71.08) การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีภาวะชัก 2 ราย (ร้อยละ 1.65) pulmonary edema และ HELLP syndrome อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 0.83) ผลการรักษาหาย ร้อยละ 100.00 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อยู่ในช่วง 3-5 วัน (ร้อยละ 95.04) อาการแสดงทางคลินิกทุกรายมีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มิลลิเมตรปรอท และพบโปรตีนในปัสสาวะ (ร้อยละ 93.38) อาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 98.44) อาการตาพร่ามัว (ร้อยละ 59.90) และจุกแน่นลิ้นปี่ (ร้อยละ 48.76) ผลลัพธ์ด้านทารก พบว่า ทารกที่คลอดส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป (ร้อยละ 88.42) มีทารก 1 ราย เกิด Birth Asphyxia (0.83%)

บทสรุป : ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีผลกระทบทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา จะลดความรุนแรงทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เกิดความปลอดภัย

คำสำคัญ *: ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง*

Severe Preeclampsia at Nakhonphanom Hospital

Wanmesa Banjongsilp , M.D.Gynecologist and Obstetrician
Nakhonphanom Hospital, Nakhonphanom Province , Thailand 48000

Abstract

Objective : To describe the demographic data clinical presentation, complication, outcome and length of stay.

Materials and methods : A descriptive retrospective study was conducted by a retrospective review of medical records of patients with severe preeclampsia in Nakhonphanom Hospital during October 2018 to September 2019.

Results : There were 121 severe preeclampsia patients. The age was between 20-34 years (67.77%). Pregnancy sequence was primigravida (56.20%) gestational age 34-36 weeks (38.84%) BMI was > 25-29 kg/m^2 (35.53%). Cesarean section was 71.08%. The complication included eclampsia were 2 cases (1.65%), pulmonary edema was 1 case (0.83%) and HELLP syndrome was 1 case (0.83%).

Outcome, All of patient with severe Preeclampsia had completed recovery (100%) Length of stay was 3-5 day (95.04%). Clinical presentation all of them have high Blood pressure (> 160/110 mmHg) Proteinuria (93.38%), Headache (98.44%), blurred vision (59.90%) and epigastric pain (48.76). infants outcome, weight over 2,500 gram (88.42%). 1 case has Birth Asphyxia (0.83%)

Conclusion : severe preeclampsia was effected to pregnant and fetus. Early diagnosis and prompt treatment were decreased violence, the pregnant and fetus have safety.

Keyword *: Severe preeclampsia*

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีผลกระทบรุนแรงทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 4.71 สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 2.22 ถึงแม้อาจจะพบไม่มาก แต่ก็มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตเป็นอันดับ 3 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ[3]

ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นภาวะการทำงานที่ผิดปกติของเยื่อบุหลอดเลือด (Endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (Vasospasm) ทำให้มีความดันโลหิตสูงใหม่ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะเกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์[4] ภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 75 เป็นชนิดไม่รุนแรง และร้อยละ 25 เป็นชนิดรุนแรง[5]

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการแสดงร่วมดังต่อไปนี้ ความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า 2 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ (epigastric pain) ตาพร่ามัว ค่าการทำงานของตับและไตผิดปกติ เกร็ดเลือดต่ำ[4,6]

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงนอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เสียชีวิตแล้ว ยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด สาเหตุของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามอันตรายและผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 345 เตียง ในปี พ.ศ. 2562 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มารับการรักษา 121 คน และพบอุบัติการณ์การชัก 2 คน ตามลำดับ[7] จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง อาการ ทั้งอาการแสดงทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และผลการรักษา เพื่อนำข้อมูลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง อาการแสดงทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน ผลการรักษาทางด้านทารก และศึกษาเปรียบเทียบรายละเอียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและมีภาวะชัก

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาลนครพนม ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562 จำนวน 121 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP-EC11-No.11/2561 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนแล้วนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 121 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 67.77) ลำดับการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ครรภ์แรก (ร้อยละ 56.20) อายุครรภ์อยู่ในช่วง 34-36 สัปดาห์ (ร้อยละ 38.84) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง > 25-29 kg/m^2 มากที่สุด (ร้อยละ 35.53) การฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ที่มีคุณภาพร้อยละ 51.24 วิธีการคลอดส่วนใหญ่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) (ร้อยละ 71.08) การเกิดภาวะแทรกซ้อน มีภาวะชัก 2 ราย (ร้อยละ 1.65) pulmonary edema 1 ราย (ร้อยละ 0.83) และเกิด HELLP syndrome 1 ราย (ร้อยละ 0.83) ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 81.82) ผลการรักษา หาย (ร้อยละ 100.00) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3-5 วัน (ร้อยละ 95.04) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
<20	8	6.61
20-34	82	67.77
≥ 35	31	25.62
$\bar{X}$=30.66 SD=6.82 min=16 max=43		
ลำดับการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	68	56.20
ครรภ์ที่ 2	39	32.23
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	14	11.57
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
≥ 24-33	30	24.80
≥ 34-36	47	38.84
≥ 37-39	40	33.05
≥ 40	4	3.31
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (kg/m^2)		
< 25	37	30.57
≥ 25-29	43	35.55
≥ 30	41	33.88
การฝากครรภ์		
ไม่ได้ฝากครรภ์	18	14.88
ฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพ	41	33.88
ฝากครรภ์มีคุณภาพ	62	51.24

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง(ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการคลอด		
Vaginal delivery	35	28.92
Cesarean section	86	71.08
การเข้ารับการรักษา		
ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน	99	81.82
มาเอง	22	18.18
ภาวะแทรกซ้อน*		
ชัก	2	1.65
Pulmonary edema	1	0.83
HELLP syndrome	1	0.83
ผลการรักษา		
หาย	121	100.00
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)		
3-5	115	95.04
6-8	5	4.13
> 8	1	0.83

*ผู้ป่วย 1 ราย มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อาการ

2. ลักษณะอาการแสดงทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีลักษณะอาการทางคลินิกเข้าได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (preeclampsia with severe featus) พบว่าทุกคนมีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท โดยบางรายไม่มีอาการแสดงทางคลินิกที่นำมาโรงพยาบาล แต่ตรวจพบจากการมาตรวจครรภ์หรือเจ็บครรภ์คลอดมาคลอด แล้วตรวจพบมีความดันโลหิตสูง โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (ร้อยละ 93.38) และมีอาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 98.44) อาการจุกแน่นลิ้นปี่ (ร้อยละ 48.76) มีอาการตาพร่า (ร้อยละ 59.50) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าการทำงานของตับสูงขึ้นเกิน 2 เท่า จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 2.47) และมีเกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร 2 ราย (ร้อยละ 1.65) การเกิดภาวะแทรกซ้อน มีภาวะชัก 2 ราย (ร้อยละ 1.65) และเกิด HELLP syndrome 1 ราย (ร้อยละ 0.83) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะอาการแสดงทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (n=121)

อาการแสดงทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท	121	100.00
โปรตีนรั่วในปัสสาวะ	113	93.38
ปวดศีรษะ	120	98.44
จุกแน่นลิ้นปี่	59	48.76
ตาพร่ามัว	72	59.90
เกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร	2	1.65
ค่าการทำงานของตับสูงขึ้นเกิน 2 เท่า	2	1.65

*หญิงตั้งครรภ์ 1 ราย มีมากกว่า 1 อาการ

3. ผลลัพธ์ด้านทารก

ผลการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 88.42 และพบน้ำหนักน้อยกว่า 1,800 กรัม ร้อยละ 6.61 ทารก 1 ราย มีภาวะ Birth asphyxia โดยมี Apgar score 4,6,7 และรับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยหนัก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์ด้านทารก (n=121)

ข้อมูลด้านทารก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักทารก (กรัม)		
< 1,800	8	6.61
≥ 1,800-2,499	6	4.95
≥ 2,500 กรัม	107	88.42
Apgar score ที่ 1 นาที		
< 7	1	0.83
≥ 7	120	99.17
Apgar score ที่ 5 นาที		
< 7	1	0.83
≥ 7	120	99.17
Apgar score ที่ 10 นาที		
< 7	0	0.00
≥ 7	121	100.00

4. รายละเอียดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและเกิดภาวะชัก

จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและเกิดภาวะชัก จำนวน 2 ราย รายที่ 1 เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย (18 ปี) รายที่ 2 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก (39 ปี) เป็น elderly primigravidarum และลำดับการตั้งครรภ์ เป็นครรภ์แรก ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดครรภ์เป็นพิษ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการแสดงทางคลินิก คือ ความดันโลหิตมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และเจ็บแน่นใต้ลิ้นปี่ รายที่ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อน HELLP syndrome และ pulmonary edema ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผลการรักษาหายทั้งสองราย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 8, 14 วัน ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 รายละเอียดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีภาวะชัก

รายที่	อายุ (ปี)	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ลำดับการตั้งครรภ์	อาการแสดงทางคลินิก	ภาวะแทรกซ้อน	การรักษา	วิธีการคลอด	น้ำหนักทารก (กรัม)	ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)
1	18	36^{+2}	ครรภ์แรก	- BP=180/110 mmHg - ปวดศีรษะ - ตาพร่ามัว - จุกแน่นลิ้นปี่ - โปรตีนในปัสสาวะ +3 - ปฏิกิริยาระบบประสาทตอบกลับอัตโนมัติ +3	- Hellp syndrom - pulmonary edema	ยากันชัก -$MgSO_4$ ยาลดความดันโลหิต - Adalat - Methyldopa เลือดส่วนประกอบของเลือด - FFP - PRC	Cesarean section	2,434	8
2	39	34^{+4}	ครรภ์ที่ 2	- BP=200/113 mmHg - ปวดศีรษะ - ตาพร่ามัว - จุกแน่นลิ้นปี่ - โปรตีนในปัสสาวะ +4 - ปฏิกิริยาระบบประสาทตอบกลับอัตโนมัติ +3	Elevated Liver Enzyme	ยากันชัก -$MgSO_4$ ยาลดความดันโลหิต - Adalat - Hydralazine - Nicardipine - Amlodipine	Cesarean section	2,235	14

วิจารณ์

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเป็นปัญหาสำคัญของทีมนำทางคลินิกสูติกรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง 121 คน คิดเป็นร้อยละ 4.06 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงประมาณร้อยละ 2-10 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด[1] กลุ่มอายุที่เกิดส่วนใหญ่มีอายุ 20-34 ปี และเป็นครรภ์แรก ซึ่งอาจจะแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีครรภ์เป็นพิษรุนแรงส่วนใหญ่จะกลุ่มวัยรุ่นอายุน้อย และเป็นครรภ์แรก อายุครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ขึ้นไป ถึงร้อยละ 75.0 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ถือว่าอายุครรภ์ครบกำหนด ดังนั้นเมื่อได้รับการรักษาด้วย $MgSO_4$ และยาลดความดันโลหิต และสามารถพิจารณาให้คลอดได้ทันทีหลังอาการคงที่แล้ว

ด้านการฝากครรภ์ พบหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ร้อยละ 14.88 และฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพร้อยละ 33.88 เมื่อรวมทั้งสองกลุ่มสูงถึงร้อยละ 48.76 ซึ่งเป็นสัดส่วน 1: 1.08 การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพที่ผ่านมาสถานบริการสุขภาพได้มีการรณรงค์เกี่ยวกับการฝากครรภ์มาโดยตลอด แต่อัตราการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพก็ยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนด (ร้อยละ 60)[8] การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่จะเกิดกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งมีการศึกษาหลายที่ที่สนับสนุนว่าการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดความเสี่ยงต่าง ๆ ในทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อย และลดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ[9]

ดัชนีมวลกาย พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินมาตรฐาน (BMI > 25) ร้อยละ 69.43 โดยมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0-29.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 35.5 และดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 33.88 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aksomphusitaphong และ phutong[10] ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 25-29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 3.5 เท่า (95% CI 1.3-8.9) และถ้าหญิงตั้งครรภ์มีดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 16.2 เท่า (95% CI 45-58.8)[11] ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในระยะตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นถึง 4.2 เท่า[12] ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วนจะมีระดับของไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) และกรดไขมันอิสระ (Free Fatty acid) อยู่ในระดับสูง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของเซลล์เยื่อบุผิวหลอดเลือดทำงานผิดปกติ และเกิดความดันโลหิตสูงตามมา

วิธีการคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นการคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (casarean section) ร้อยละ 71.08 การคลอดเป็นการรักษาที่เหมาะสมที่สุดในภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามถ้าเป็นไปได้ควรเลือกการคลอดทางช่องคลอด และทำการผ่าตัดคลอดเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรมเท่านั้น หรือกรณีที่มี Nonreassuring fetal status[13]

ภาวะแทรกซ้อน พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.65) หรือคิดเป็นอุบัติการณ์ 5.18 ต่อหญิงคลอดบุตร 10,000 ราย ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาที่พบอุบัติการณ์ 5.9-8.6 รายต่อหญิงคลอดบุตร 10,000 ราย และในประเทศไทยที่ศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถี พบอุบัติการณ์ 5.3 รายต่อหญิงคลอดบุตร 10,000 ราย และแตกต่างกับการศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่พบอุบัติการณ์สูงถึง 15.4 ต่อหญิงมาคลอดบุตร 10,000 ราย ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาล

มหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ทำการรับส่งต่อผู้ป่วยจากทั้งจังหวัดนครราชสีมา จึงทำให้พบอุบัติการณ์สูง สำหรับโรงพยาบาลนครพนมในการศึกษาครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชักทั้ง 2 รายเป็นการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

ลักษณะอาการแสดงทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ The American Colleage of obstetricians and Gynecologists (ACOG) ที่ใช้การวินิจฉัย Severe preeclampsia โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงทุกคนมีความดันโลหิตสูง Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญ โปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ 8 ราย (ร้อยละ 6.62) ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของการวินิจฉัยครรภ์เป็นพิษ ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษอาจเริ่มมีความผิดปกติในอวัยวะใดก่อนก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเริ่มจากไต อาทิ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีเกร็ดเลือดต่ำ หรือการทำงานของตับผิดปกติ โดยในการศึกษานี้พบภาวะเกล็ดเลือดต่ำน้อยกว่า 100,000 /cumm^3 2 ราย (ร้อยละ 1.65) และอาการทางคลินิกที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คืออาการปวดศีรษะ ซึ่งพบถึงร้อยละ 98.44 อาการตาพร่ามัว พบร้อยละ 59.90 และอาการจุกแน่นลิ้นปี่ พบร้อยละ 48.76 ซึ่งอาการดังกล่าวหญิงตั้งครรภ์สามารถใช้เพื่อสังเกตอาการของตนเองได้ สำหรับอาการ pulmonary edema ซึ่งพบ 1 ราย โดยพบหลังการคลอด ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเกิด Left Venticular failure ภาวะนี้อาจจะเกิดขึ้นได้แม้ว่า pulmonary wedge pressure จะไม่สูงมากนัก ทั้งนี้เพราะมีการเปลี่ยนแปลงของ pulmonary capillary permeability

หลักการสำคัญของการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe preeclampsia คือ การป้องกันชัก การควบคุมความดันโลหิต การยุติการตั้งครรภ์ ในส่วนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะชัก เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น pregnancy with severe pre-eclampsia จะมีการให้ $MgSO_4$ ทางหลอดเลือดดำ และเป็นการให้ผ่าน infusion pump โดยไม่มีการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และมีการติดตามระดับของ Magnesium ในเลือดทุก 4 ชั่วโมง ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา $MgSO_4$ ทุกราย และมีการเฝ้าระวังติดตามอาการทางคลินิก เช่น deep tenden reflex อัตราการหายใจ ปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง โดยทำเป็นใบตารางบันทึกในแต่ละชั่วโมง จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษมีอาการชัก หรือชักซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Eclampsia และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา $MgSO_4$

การเปรียบเทียบรายละเอียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและมีอาการชัก

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและมีภาวะชัก 2 ราย จัดอยู่ในกลุ่ม Preeclampsia คือ มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีไข่ขาวในปัสสาวะและบวมตามร่างกาย หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และมีอาการแสดงของ Severe preeclampsia คือ มีความดันโลหิตสูงมาก (BP > 160/110 mmHg) อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมี Elevated Liver enzyme

ผู้ป่วยรายที่ 1 พบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ คือ อายุน้อย (อายุ 18 ปี) และเป็นครรภ์แรก ให้ประวัติว่ามีอาการเจ็บครรภ์คลอด ปวดศีรษะไปโรงพยาบาลชุมชน มีความดันโลหิตสูง 180/100 มิลลิเมตรปรอท จึงรับไว้ในโรงพยาบาล ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลมารดามีอาการชัก จึงส่งต่อมาโรงพยาบาลนครพนม ได้ให้การรักษาด้วยยากันชัก ยาลดความดันโลหิต ตรวจพบเสียงหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ จึงต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดเพื่อการช่วยชีวิตทารกในครรภ์ ผู้ป่วยรายนี้ยังพบว่าเกิด HELLP syndrome ซึ่งมี

อาการแสดงครบทั้ง 3 อาการ ได้แก่ 1) microangiopathic hemolytic anemia (MAHA) โดยสังเกตได้จากค่าของระดับ LDH = 2,659 U/L (ค่าปกติ 240-480 U/L) และตรวจพบปริมาณอัดแน่นของเม็ดเลือดแดงลดลง 40% เป็น 33% ภายหลังการคลอด 16 ชั่วโมง 2) ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (<100,000/mm^3) โดยพบปริมาณเกร็ดเลือด 59,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และ 3) Elevated Liver Enzyme โดยพบว่า Enzyme เพิ่มมากกว่า 2 เท่าของค่าปกติ AST 794 U/L (ค่าปกติ 0-32 U/L) ALT=402 U/L (ค่าปกติ 0-41 U/L) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Fresh Frozen plasma (FFP) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในรายที่มีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือด และ Pack Red cell เพื่อแก้ไขภาวะซีดหลังคลอด 6 วัน เอ็นไซม์ตับและเกร็ดเลือดกลับคืนเข้าสู่ภาวะปกติ และผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดหลังคลอด โดยพบในวันที่ 2 หลังการคลอด ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด morbidity/mortality ของมารดา ภาวะน้ำท่วมปอดมักพบระหว่าง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้งนี้เนื่องจากการเคลื่อนที่กลับของของเหลวนอกหลอดเลือด (Extravascular fluid) หรือการได้รับสารน้ำที่มากเกินไป และเนื่องจากมีการให้ Volume expansion ไม่มีหลักฐานถึงผลดี ดังนั้นจึงควรมีการจำกัดปริมาณน้ำเท่าที่เป็นไปได้อย่างน้อยก็จนกระทั่งช่วงปัสสาวะออกมากหลังคลอด (postpartum diuresis)

สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 พบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษคือ อายุมาก (อายุ 39 ปี) ลำดับการตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงคือ ความดันโลหิตสูงมาก 200/113 mmHg และมีภาวะ Elevated Liver enzyme (AST=225 U/L, ALT=151 U/L) โดยไม่มี HELLP syndrome ร่วมด้วย ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง ทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานถึง 14 วัน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นจะต้องได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง เพราะอาจจะเกิดภาวะชักซ้ำได้

สรุป

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยปัจจุบันยังไม่ทราบพยาธิกำเนิดของโรคแน่นอน จึงยังไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้โดยทั้งหมด ดังนั้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่แรก ๆ ก็จะทำให้มีการเฝ้าระวังหรือให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ทำให้ลดความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงลงได้ หรือถ้ามีอาการแล้วถ้าได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา ก็จะทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KM, Bloom SL, et al. Pregnancy Hypertension. In: Cunningham FG, Williams JW, editors. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2014.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
3. Cunningham FG, Leveno KJ % Blom, et al. Pregnancy Hypertension. In: Cunningham FG, Williams JW, editors. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2010.
4. WHO Maternal mortality, [Internet] [cited 2015 April 6]. Available from URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/
5. Sibai BM. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Lessons learned from recent trials. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 61: 1520-6.

6. Diagnosis and management of preeclampsia and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 33. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2002; 99: 159-67.
7. งานสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลนครพนม. สถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ปี พ.ศ. 262. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม (เอกสารอัดสำเนา).
8. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. โครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พุทธศาสนาแห่งชาติ, 2557.
9. Liu CM, Chang SD, Cheng PJ. Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: implications for continuity and discontinuity of prenatal care. Taiwan J Obstet Gynecol 2012; 51: 4: 576-82.
10. Aksomphusitaphong A. Phupong V. Risk factors of early and late onset pre-eclampsia. J Obstet Gynaecol Res. 2013; 39(3): 627-31. (in Thai)
11. Luealon P, Phupong V. Risk factors of preeclampsia in Thai women. J Med Assoc Thai. 2010; 93(6): 661-6. (in Thai)
12. Fortner RT, Pekow P, Solomon CG, Markenson G. Chasan-Taber L Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and risk of hypertensive pregnancy among Latina women. Am J Obstet Gynecol. 2009; 200(2): 167. e1-7.
13. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลครรภ์เป็นพิษ. สืบค้นวันที่ 12 กันยายน 2561 Available from http://www.inspection.anamai.moph.go.th
14. Liu S, Joseph KS, Liston RM, Bartholomew S, Walker M, Leon JA, et al. Incidence, risk factors, and associated complications of eclampsia. Obstet Gynecol 2011; 118: 5: 987-94.
15. Thornton C, Dahlen H, Korda A, Hennessy A. The incidence of preeclampsia and eclampsia and associated maternal mortality in Australia from populationlinked datasets: 2000-2008. Am J Obstet Gynecol 2013; 208: 6: 476.
16. Chinayon P. Clnical management and outcome of eclampsia at Rajavithi Hospital. J Med Assoc Thai 1998; 81: 8: 579-85.
17. สิรยา กิติโยดม. การศึกษาภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง. วารสารการแพทย์โรงพาบาลศีรษะเกศ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 2557 29(3): 129-138.