ประสิทธิผลของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่จัน

สุดานี บูรณเบญจเสถียร พ.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา

โรงพยาบาลแม่จันมีอุบัติการณ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2558 ร้อยละ 3.67 แต่เมื่อพิจารณาแนวทางในการรักษาของแพทย์พบว่า มีความหลากหลายและขาดความครอบคลุมในการดูแลเนื่องจากอัตราการหมุนเวียนแพทย์ที่สูง ในปี 2559 ได้กำหนดมาตรการการดูแลใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาจึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลหลังการดำเนินการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้อง / ครอบคลุมในกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการและผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาและทารกภายหลังการใช้มาตรการเปรียบเทียบระหว่างปี 2558 และ ปี 2559

วิธีการศึกษา

เป็นการเชิงประสิทธิภาพ รูปแบบ Correlational Study โดยรวบรวมข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในปี 2558 และ 2559 ของโรงพยาบาลแม่จัน เปรียบเทียบลักษณะทั่วไป ความชุกของปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้อง/ครอบคลุมในกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการและผลลัพธ์ทางคลินิกการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบดัชนีชี้วัดของ 2 ปี ด้วย T-test และ Exact probability test

ผลการศึกษา

ในปี 2558 และ 2559 มีสตรีคลอดทั้งหมด 736 และ 700 ราย มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 15.76 และ 14.57 ความชุกของปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะดังกล่าว สามอันดับแรกมีความคล้ายคลึงกันคือ การฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 58.62 และ 59.96 การตั้งครรภ์ครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 43.1 และ 44.12 และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ / ช่องทางคลอด คิดเป็นร้อยละ 36.21 และ 35.29 มาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดที่นำมาใช้สามารถเพิ่มอัตราความครอบคลุม / ถูกต้องแผนการจำหน่ายของแผนกฝากครรภ์ อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องการคัดกรองแผนกรอคลอด (P=0.001) อัตราความครอบคลุมถูกต้องของการวินิจฉัยและการจำหน่ายของแผนกหลังคลอด (P=0.049) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถเพิ่มอัตราการระงับการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จได้ อัตราการระงับการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จลดลงจากร้อยละ 77.63 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 68.59 ในปี 2559 เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มาเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและมีข้อห้ามการระงับคลอด

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ควรนำมาตรการฯไปใช้และมีการประเมินผลระหว่างดำเนินการเพื่อพัฒนาให้ตรงบริบทอย่างรวดเร็วอย่างต่อเนื่อง และควรประชาสัมพันธ์ให้สตรีในพื้นที่มาฝากครรภ์เร็วขึ้นเพื่อรับบริการตามมาตรฐาน

คำสำคัญ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การรักษา ปัจจัยเสี่ยง

*กลุ่มงานแพทย์ โรงพยาบาลแม่จัน

EFFECTIVE OF PRETERM LABOUR CARE PROCESS IN MAECHAN HOSPITAL

SUDANEE BURANABENJASATHIAN M.D.*

ABSTRACTS

BACKGROUND

In Maechan hospital, the number of cases involving preterm labour is increasing. In 2015, there was 3.67 percent of preterm labor. Afterwards, the researcher found that the treatments were done in various ways and lacked comprehensive or specialized care. According to the high rate of doctors circulating, the system was set in new ways to develop treatments in 2016, so there was new data to be analyzed in the results of the research.

OBJECTIVE

To study the prevalence of the risk factors for preterm births, establish new SOP, promote proper and comprehensive attention in processing pregnant women services with the new SOP and clinical outcomes

METHODS

A correlational study was done to compare premature labor pregnant data in Maechan hospital from treatment records of 2015 and 2016, collect general data, determine factors causing premature labor and analyze pregnant women services and clinical outcomes for accuracy, and analyze statistics descriptive by t-test and exact probability test

RESULTS

In 2015 and 2016, there were 736 and 700 births respectively. There was a 15.76 percent reported premature births in 2015 followed by 14.57 in 2016. The three factors that caused the condition were late Antenatal Care, First Pregnancy, and Vaginitis or urinary infection. The respective rates of occurrence of these conditions were 58.6%, 43.1% and 36.2% in 2015 and 51.0%, 44.1% and 35.3% in 2016.

Preterm labor care processes increase accuracy/extensive rates of discharge plan processes in the Antenatal Care department (P=0.001) and increased accuracy/ extensive rates of the screening process (P=0.001), diagnoses process (P=0.049), discharge plan process (P=0.049) at Delivery department. Even accuracy and extensive pregnant women services still can't decrease the premature labor rate.

CONCLUSIONS AND DISSCUSTIONS

Increase the public awareness for pregnant women to take advantage of screening services, have accuracy treatments, and to address possible treatments needed for vaginal or urethral infection

KEYWORDS Premature labor Treatment Risk factor

*Department of medicine, Maechan Hospital

ความเป็นมา

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกอยู่ช่วงร้อยละ 5 - 18.01[1] ในปี 2558 ประเทศไทยมีอัตราคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.9[2] เป็นที่ทราบกันดีว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกคลอดภาวะทุพพลภาพที่พบได้บ่อยหลังคลอด ได้แก่ Respiratory Distress Syndrome, Intraventricular Haemorrhage, Pulmonary Dysplasia, Necrotizing Enterocolitis และทำให้เกิดทุพพลภาพในระยะยาว เช่น Cerebral Palsy และ Visual Impairment จากทารกได้รับออกซิเจนเพื่อช่วยในการหายใจเป็นเวลานานยิ่งทารกที่คลอดก่อนกำหนดมากเท่าไรจะยิ่งมีอัตราเสียชีวิตมากเท่านั้น [3-4] ในปี 2554 ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของทารกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (Neonatal Mortality Rate) สูงถึง 8 ต่อ 1000 ทารกเกิด หรือ คิดเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในเด็ก (Infant Mortality Rate) ในประเทศสูงขึ้น คือ

พบร้อยละ 60 IMR โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตเกิดจากการเกิดทารกก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย [5] ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้แก่ การมีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การตั้งครรภ์ในสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปี หรืออายุมากกว่า 35 ปี , การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรือช่องทางคลอด เป็นต้น

จากข้อมูลของโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ในปีงบประมาณ 2558 พบอุบัติการณ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.67 จากการทบทวนปัญหาพบว่า เนื่องจากโรงพยาบาลแม่จันไม่มีสูติแพทย์จึงต้องจัดแพทย์หมุนเวียนเพื่อตรวจรักษาทั้งแผนกฝากครรภ์ห้องคลอดและแผนกหลังคลอดทำให้มีความหลากหลายของแผนการรักษา, ขาดความไม่ตระหนักในการสืบค้นปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะดังกล่าวรวมถึงความไม่ต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วย ในปีงบประมาณในปี 2559 คณะทำงานแม่และเด็กโรงพยาบาลแม่จันจึงได้นำมาตรการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาพัฒนาในหน่วยงานเพื่อเพิ่มความถูกต้อง,ครอบคลุมและมีความต่อเนื่องในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่ขั้นตอนการฝากครรภ์การเตรียมตัวก่อนคลอดระหว่างการคลอด และการดูแลหลังคลอด

เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นจึงมีความจำเป็นต้องประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการทั้งในด้านความถูกต้อง / ครอบคลุมของมาตรการในการดูแลสตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการนำมาตรการดังกล่าวมาสู่ภาคปฏิบัติตลอดถึงผลลัพธ์ทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์และทารกโดยวิธีการเปรียบเทียบความแตกต่างของมาตรการ ปัจจัยต่าง ๆ และผลลัพธ์ทางคลินิกของปี 2558 ซึ่งเป็นช่วงเวลาก่อนดำเนินมาตรการกับช่วงดำเนินมาตรการในปี 2559

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน

- ความถูกต้อง / ครอบคลุมในกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด
- ผลลัพธ์ทางคลินิก
- ความชุกของภาวะที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Correlational Study โดยมี

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่จัน รวมถึงสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ข้อบ่งชี้ต้องส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ ประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกรายในปีงบประมาณ 2558 และ 2559

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมทำตามมาตรการ หรือไม่ประสงค์คลอดที่โรงพยาบาลแม่จัน / โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เช่น มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนแต่ไม่ต้องการรับการรักษาโดยยา Progesterone เพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ประวัติการรักษาจากทะเบียนผู้ป่วยนอกที่แผนกฝากครรภ์ ทะเบียนผู้ป่วยใน และทะเบียนการส่งต่อ โดยการประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะยึดตามหลักกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาพรวม (Care Process) จากคู่มือการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA สถานพยาบาล [6] โดยแบ่งออกเป็นความถูกต้อง/ครอบคลุมของกระบวนการดูแลที่แผนกฝากครรภ์และแผนกรอคลอด ห้องคลอด และแผนกหลังคลอด ซึ่งในสามแผนกหลังจะพิจารณาความถูกต้อง / ครบถ้วนรวมกันเนื่องจากเป็นกระบวนการ รักษาที่ต่อเนื่อง

ในแผนกฝากครรภ์ได้จำแนกเป็น 4 กระบวนการ คือ

1. กระบวนการคัดกรอง พิจารณาจากการซักประวัติการเจ็บป่วยหรือประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต การตรวจร่างกาย การยืนยันอายุครรภ์ การตรวจความผิดปกติของมารดาและทารกไปจนถึงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงตามมาตรฐาน

2. กระบวนการรักษาพิจารณาจากการบันทึกการให้คำแนะนำไปจนถึงสั่งการรักษาถูกต้องครบถ้วนตามข้อบ่งชี้

3. การวินิจฉัยพิจารณาจากความครบถ้วน / ถูกต้องในการบันทึกตามหลักสากล

4. การวางแผนการจำหน่ายพิจารณาจากการส่งตัวไปรักษายังแผนกอื่นตามข้อบ่งชี้การแนะนำเรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่การวางแผนการคลอดที่เหมาะสม และการแนะนำ

การวางแผนครอบครัวตามข้อบ่งชี้ เช่น กลุ่มมารดาตั้งครรภ์อายุน้อยหรืออายุมากมารดาที่ตั้งครรภ์หลายครั้งมารดาที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพหากตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

ในแผนกรอคลอด ห้องคลอด และแผนกหลังคลอด ได้จำแนกเป็น 4 กระบวนการ

1. การคัดกรองจากความถูกต้อง/ครบถ้วนจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย

เพื่อพิสูจน์ว่าเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจริงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัย การยืนยันอายุครรภ์ การตรวจร่างกาย การตรวจดูภาวะมารดาและทารกในครรภ์และการหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว

2. กระบวนการรักษาจะพิจารณาจากความถูกต้อง/ครอบคลุมของ 8 ประเด็นหลัก คือ

2.1 การให้ยาระงับการหดตัวของมดลูกตามข้อบ่งชี้

2.2 การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เพื่อกระตุ้นการเจริญของปอดในทารกที่อายุครรภ์ 28 - 34 สัปดาห์

2.3 การให้ยาปฏิชีวนะตามข้อบ่งชี้

2.4 ความถูกต้อง / ครอบคลุมในการรักษาโรคร่วม

2.5 การตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ

2.6 การตรวจและบันทึกการหดรัดตัวของมดลูก

2.7 การวัดและบันทึกการเต้นของหัวใจทารก

2.8 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา

3. กระบวนการวินิจฉัยพิจารณาจากความถูกต้องวินิจฉัยครบถ้วนทั้งโรคหลัก / โรคร่วมและการวินิจฉัยต้องเป็นไปตามหลักสากล

4. การวางแผนการจำหน่ายพิจารณาจาก

4.1 การแนะนำเรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในรายที่ไม่มีข้อห้ามเช่น มารดามีผลเลือดบวก HIV

4.2 การแนะนำการวางแผนครอบครัวในสตรีที่มีข้อบ่งชี้

4.3 การส่งไปรักษายังแผนกอื่นหลังคลอดบุตรตามข้อบ่งชี้

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์จำแนกตามวิธีการคลอด และภาวะแทรกซ้อน

ผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกพิจาณาจากน้ำหนักของทารกแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อน

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดของ 2 ปีด้วย t-test และ exact probability test

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมจากโรงพยาบาลแม่จันและโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในปี 2558 จำนวน 116 คน และปี 2559 จำนวน 102 คน เป็นครรภ์แฝด 3 คู่ ทำให้มีจำนวนทารกที่ศึกษาในปี 2559 จำนวน 105 คน ข้อมูลลักษณะทั่วไปของสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือ อายุเฉลี่ยของสตรีสองกลุ่ม คือ 24±7.31 และ 24±7.86 ปี ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยพื้นราบและตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์เฉลี่ยที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก คือ 18±6.32 และ 17±6.85 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ยที่เกิดมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคือ 34±2.28 และ 33±3.31 สัปดาห์ มีประวัติภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์หรือคลอดผิดปกติร้อยละ 29.31 และ 35.31 (ตารางที่1)

ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด สามอันดับแรกของทั้งสองปีมีความคล้ายคลึงกัน คือ ภาวะเสี่ยงจากการฝากครรภ์ล่าช้า การตั้งครรภ์ครั้งแรก การติดเชื้อในระหว่างการตั้งครรภ์โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและช่องทางคลอด โดยคิดเป็นร้อยละ 58.62, 43.1, 36.21 และร้อยละ 51.96, 44.12, 35.29 ส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอดคิดเป็นร้อยละ 75 ใน ปี 2558 และ 79.41 ในปี 2559 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำเนิด

ลักษณะที่ศึกษา	ปีงบประมาณ 2559 (N =102) จำนวน (%)	งบประมาณ 2558 (N =116) จำนวน (%)	P-value
อายุเฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์ (สัปดาห์)	24±7.31	24±7.86	1.000
พื้นราบ	56 (54.90)	61 (52.58)	0.708
ชาติพันธุ์	41 (40.20)	49 (42.24)	0.669
ต่างด้าว	5 (4.90)	6 (5.17)	0.831
G1	45 (44.12)	50 (43.10)	0.786
G2	30 (29.41)	36 (31.03)	0.817
G3	15 (14.71)	17 (14.66)	0.991
>G4	12 (11.76)	13 (11.21)	0.997
GAเฉลี่ยที่มาฝากครรภ์(สัปดาห์)	17±6.85	18±6.32	0.880
GAเฉลี่ยที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(สัปดาห์)	33±3.31	34±2.28	0.885

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	ปีงบประมาณ 2559 (N =102) จำนวน (%)	งบประมาณ 2558 (N =116) จำนวน (%)	P-value
GA เฉลี่ยที่คลอด (สัปดาห์)	37±3.31	37±3.51	1.000
คลอดแฝด (Twins)	3 (2.94)	0	0.056
วิธีการคลอด			
- NL	81 (79.41)	87 (75.0)	0.862
- VE	0	6 (5.2)	0.001
- Breech assisting	3 (2.94)	4 (3.45)	0.841
- CS	18 (17.65)	19 (16.37)	0.991

ตารางที่ 2 ความชุกของความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด

ลักษณะที่ศึกษา	ปีงบประมาณ 2559 (N=102) จำนวน (%)	ปีงบประมาณ 2558 (N=116) จำนวน (%)	P-value
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	28 (27.45)	33 (28.45)	0.867
ตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก	8 (7.84)	9 (7.76)	0.991
ตั้งครรภ์แรก	45 (44.12)	50 (43.10)	0.855
ตั้งครรภ์หลายครั้ง	12 (11.76)	13 (11.21)	0.997
มีประวัติการตั้งครรภ์/การคลอดที่เสี่ยง	33 (32.35)	34 (29.31)	0.893
ฝากครรภ์ล่าช้า	53 (51.96)	68 (58.62)	0.721
รกเกาะต่ำ	9 (8.82)	4 (3.45)	0.089
ครรภ์แฝด	3 (2.94)	0	0.001
มารดามีโรคประจำตัว	7 (6.87)	13 (11.21)	0.003
ภาวะซีดระหว่างการตั้งครรภ์	7 (6.86)	19 (16.37)	0.001
ติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์	36 (35.29)	42 (36.21)	0.851
ถุงน้ำคล่ำแตกก่อนกำหนด	13 (12.75)	15 (12.93)	0.913
อื่น ๆ เช่นน้ำหนักมารดาตั้งครรภ์มากหรือน้อยกว่ามาตรฐาน	14 (13.73)	20 (17.24)	0.049
ไม่พบภาวะเสี่ยง/หาภาวะเสี่ยงไม่พบ	28 (27.45)	29 (25.0)	0.557

ผลการประเมินร้อยละของความถูกต้อง / ครอบคลุมของกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดในภาพรวมในปี 2559 เพิ่มขึ้นจากปี 2558 จากร้อยละ 82.3 เป็นร้อยละ 89.9 จำแนกเป็นอัตราความครอบคลุม / ถูกต้องของกระบวนการคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษาและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกฝากครรภ์ คิดเป็น ร้อยละ 94.83, 97.33, 36.21, 85.34 ปี 2559 เป็น ร้อยละ 97.06, 98.11, 49.02, 98.04 ผลการประเมินอัตราความครอบคลุม /ถูกต้องของกระบวนการคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของแผนกรอคลอด / ห้องคลอดและหลังคลอดใน ปี 2559 เพิ่มขึ้นจากปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 84.48, 81.90, 75.86, 65.52 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 97.06, 92.16, 81.37, 79.41 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องของกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด

กระบวนการดูแล	ปีงบประมาณ 2559 (%)	ปีงบประมาณ2558 (%)	P-value
อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องของกระบวนในภาพรวม	89.92	82.25	0.211
แผนกฝากครรภ์			
อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องของการคัดกรอง	97.06	94.83	0.151
อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องในการวินิจฉัย	98.11	97.33	0.285
อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องของแผนการรักษา	49.02	36.21	0.117
อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องแผนการจำหน่าย	98.04	85.34	0.001
แผนกรอคลอด/ห้องคลอด/แผนกหลังคลอด			
อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องของการคัดกรอง	97.06	84.48	0.001
อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องในการวินิจฉัย	92.16	81.90	0.049
อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องของแผนการรักษา	81.37	75.86	0.151
อัตราความครอบคลุม/ถูกต้องแผนการจำหน่าย	79.41	65.52	0.049
อัตราการระงับการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จ	68.63	77.59	0.020

ผลการประเมินประเด็นสำคัญของการรักษาในแผนกรอคลอด/ห้องคลอดและหลังคลอดเพิ่มขึ้นในปี 2559 โดยเฉพาะ อัตราความครอบคลุม / ถูกต้องของการบริหารยา Dexamethason Tocolytic drug และการรักษาโรคร่วม จากร้อยละ 79.31, 87.07, 85.34 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 97.56, 95.1, 91.18 ในปี 2559 การวางแผนการจำหน่ายจำแนกโดยเฉพาะการนัดผู้ป่วยเหมาะสม การวางแผนคุมกำเนิดเหมาะสมและการส่งตรวจห้องปฏิบัติการก่อนพบแพทย์เหมาะสมจาก ร้อยละ 63.79, 59.48, 75 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 81.37, 97.06, 91.18 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ประเด็นสำคัญที่ห้องคลอดและแผนกหลังคลอด

ประเด็นสำคัญ	ปีงบประมาณ 2559 (%)	ปีงบประมาณ 2558 (%)	P-value
การรักษาที่ห้องคลอด			
อัตราการให้Dexamethasoneถูกต้อง/ครบถ้วนตามข้อบ่งชี้	99(97.56)	92 (79.31)	0.001
อัตราการให้Tocolyticdrugถูกต้อง/ครบถ้วนตามข้อบ่งชี้	97(95.10)	101 (87.07)	0.035
อัตราการให้Antibioticถูกต้อง/ครบถ้วนตามข้อบ่งชี้ในห้องคลอด	83(81.37)	88 (75.86)	0.151
อัตราการรักษาโรคร่วมได้ถูกต้อง/ครบถ้วน	93(91.18)	99 (85.34)	0.059
การวางแผนการจำหน่ายจากแผนกหลังคลอด			
อัตราการนัดผู้ป่วยเหมาะสม	83(81.37)	74(63.79)	0.043
อัตราการวางแผนการคุมกำเนิดที่เหมาะสม	99(97.06)	69(59.48)	0.001
อัตราการให้ยาปฏิชีวนะได้ถูกต้อง/ครบถ้วนหลังจำหน่าย	81(79.41)	80(70.97)	0.049
อัตราความถูกต้อง/ครบถ้วนของการส่งตรวจผลปฏิบัติการก่อนพบแพทย์	93(91.18)	87(75.0)	0.032

ในปี 2559 ผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาพบว่ามีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาคือ ร้อยละ 33.62 และ 38.24 ส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดพบร้อยละ 31.03 และ 37.25 ผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกในปี 2558 มีทารกคลอด 116 ราย น้ำหนักเฉลี่ย 2,833 กรัม อัตราทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 44 ส่วนใหญ่เป็นทารกก่อนกำเนิดทารกน้ำหนักตัวน้อยตัวเหลืองและภาวะขาดออกซิเจน คิดเป็นร้อยละ 31.03, 28.45, 25.86, 12.07 ในปี 2559 พบว่า ทารกมีน้ำหนักเฉลี่ย 2,751 กรัม อัตราทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 48 ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำเนิด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ตัวเหลืองและภาวะขาดออกซิเจน คิดเป็นร้อยละ 40.2, 27.45, 24.51, 8.82 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำเนิด

ลักษณะที่ศึกษา	ปีงบประมาณ 2559 Nมารดา (102) Nทารก(105) จำนวน (%)	ปีงบประมาณ 2558 Nมารดา (116) Nทารก(116) จำนวน (%)	P-value
Clinical out come ของสตรีตั้งครรภ์			
อัตราการคลอดปกติ	63 (61.76)	77 (66.38)	0.735
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวม	39 (38.24)	39 (33.62)	0.558
ภาวะแทรกซ้อนจำแนกตามหัวข้อ			
อัตราการคลอดก่อนกำเนิด	38 (37.25)	36 (31.03)	0.549
Dead	0	0	1.000
PPH	2 (1.96)	2 (1.72)	0.819
PIH	2 (1.96)	5 (4.31)	0.004
อื่น ๆ	4 (3.92)	0	0.001
Clinical out come ของทารก			
น้ำหนักทารกเฉลี่ย (กรัม)	2,751	2,833	0.843
อัตราทารกปกติ	56 (54.90)	65 (56.03)	0.671
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมของทารก	49(48.04)	51 (43.97)	0.075
อัตราทารกคลอดก่อนกำเนิด	41(40.20)	36 (31.03)	0.058
อัตราทารกตายปริกำเนิด	0	0	1.000
อัตราทารกน้ำหนักตัวน้อย	28(27.45)	33 (28.45)	0.945
อัตราทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน	9 (8.82)	14 (12.07)	0.002
ตัวเหลือง	25 (24.51)	30 (25.86)	0.994
ติดเชื้อในกระแสเลือด	4 (3.92)	6 (5.17)	0.781
ภาวะหายใจเร็วในทารกแรกคลอด	1(0.98)	0	0.051

สรุปผล

ความชุกปัจจัยที่ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทั้งสองปีคล้ายคลึงกันสามอันดับแรกเป็นการฝากครรภ์ล่าช้าการตั้งครรภ์ครั้งแรกและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ / ช่องทางคลอดในปี 2558 และ 2559 พบ ร้อยละ 58.62, 43.1, 36.21 และร้อยละ 51.96 , 44.12, 35.29 มาตรการฯสามารถเพิ่มอัตราความครอบคลุม/ถูกต้องของทุกกระบวนการทั้งในแผนกฝากครรภ์และแผนกรอคลอด / ห้องคลอด /หลังคลอดแต่ไม่สามารถเพิ่มอัตราการระงับการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จได้เนื่องจากมารดาที่เข้ามารักษาอยู่ในระยะคลอดหรือมีข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถระงับการคลอดได้ทำให้อัตราการระงับการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จลดลงจาก ร้อยละ 77.63 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 68.59

ในปี 2559 ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มจากร้อยละ 31.03 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 37.25 ในปี 2559 ภาวะแทรกซ้อนจากทารกคลอดกำหนดเพิ่มจากร้อยละ 31.03 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 40.20 ในปี 2559

อภิปราย

เพื่อให้คณะทำงานอนามัยแม่และเด็กสามารถดำเนินการดูแลและป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ตรงกับบริบทของพื้นที่จึงได้วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะดังกล่าวผลการศึกษาความชุกของปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่แผนกฝากครรภ์สรุปได้ว่ามีความหลากหลายของปัจจัยเสี่ยง และสตรีตั้งครรภ์หนึ่งรายอาจมีหลายปัจจัยเสี่ยง เช่น การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะและช่องคลอด[8] ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[7,8] แต่มีความแตกต่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ยมากกว่า และพบปัจจัยเสี่ยงจากภาวะครรภ์แฝดน้อยกว่า[7] หลังจากนำข้อมูลของปัจจัยเสี่ยงมาวิเคราะห์ทำให้ทีมสามารถจำแนกกลุ่มสตรีตั้งครรภ์พร้อมทั้งวางแผนในการดูแลตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ [8,9,10] เช่น ส่งต่อสตรีที่มีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เพื่อรับการรักษาโดยใช้ยา Progesterone [11,12] เป็นต้น

ในประเด็นของความถูกต้อง/ครอบคลุมในกระบวนการดูแลพบว่า มาตรการฯสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของความต่อเนื่องในการดูแลสตรี พิจารณาจากการเพิ่มขึ้นของอัตราความครอบคลุม/ถูกต้องแผนการจำหน่ายของแผนกฝากครรภ์ (P=0.001) อันส่งผลให้ทีมรักษาที่แผนกรอคลอดสามารถคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ครอบคลุมมากขึ้น (P=0.001) และการเพิ่มขึ้นของอัตราความครอบคลุม/ถูกต้องของการจำหน่ายของแผนกรอคลอด / ห้องคลอด / แผนกหลังคลอด (P=0.049) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเมื่อต้องรักษาครั้งส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในภาพรวมของโรงพยาบาลแม่จันลดลงในปี 2559 จาก ร้อยละ 10.60 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 6.26 ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ว่า แนวโน้มของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น[13]ต่อไป แต่ยังต้องปรับปรุงมาตรการฯด้านการสร้างความตระหนักให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงดูแลตนเอง เช่น มาฝากครรภ์เร็วขึ้น ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐานเป็นเหตุให้อัตราความครอบคลุม / ถูกต้องของการรักษาที่แผนกฝากครรภ์เพิ่มขึ้นไม่มากจากร้อยละ 36.21 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 49.02 ในปี 2559 (P=0.117) และเฝ้าระวังอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทำให้ ไม่สามารถรับการรักษาโดย Tocolytic Drug เช่น มารับการรักษาเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดแล้ว

เนื่องจากมาตรการฯที่มีการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน[14] จึงสามารถแก้ปัญหาเรื่องความหลากหลายของแผนการรักษาและการเปลี่ยนแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยได้ พิจารณาจากอัตราการรักษาในประเด็นสำคัญเพิ่มขึ้น เช่น อัตราความถูกต้อง/ครบถ้วนของการให้ยา Dexamethasone เพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารกการให้ Tocolytic Drug เพื่อยับยั้งการคลอด จากร้อยละ 79.31 และ 87.07 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 97.56 และ 95.10

ใน ปี 2559 แต่ควรปรับปรุงในประเด็นการให้ยาปฏิชีวนะเมื่อมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องทางคลอดที่เหมาะสมทั้งขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลและ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยถึงแม้มีการใช้มาตรการฯ ดังกล่าวในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ก็ยังพบปัญหาการระงับการคลอดก่อนกำหนดไม่สำเร็จซึ่งปัญหาเกิดเนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในระยะคลอดแล้ว เช่น มาด้วยภาวะถุงน้ำคล่ำแตกก่อนกำหนด ภาวะเลือดออกก่อนการคลอด เนื่องจากรกเกาะต่ำ สนับสนุนการศึกษาที่ว่าการยับยั้งการหดตัวของมดลูกจะมีประสิทธิภาพน้อยลงเมื่อปากมดลูกเปิดมากกว่า 3-4 เซนติเมตร แล้วหรือภาวะที่มีแนวโน้มการติดเชื้อในโพรงมดลูก [7,15,16] ทำให้อัตราการระงับการคลอดก่อนกำหนดสำเร็จลดลงจากร้อยละ 77.59 ใน ปี 2558 เป็นร้อยละ 68.63 ในปี 2559 (P=0.020) ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาลดลง คือ อัตราคลอดก่อนกำหนดลงลงจากร้อยละ 31.03 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 37.25 ในปี 2559 อัตราการเกิดทารกคลอดก่อนกำเนิดลดลงจากร้อยละ 31.03 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 40.20 ในปี 2559 น้ำหนักทารกที่คลอดลดลงจาก 2,833 กรัมในปี 2558 เป็น 2,751 กรัมในปี 2559 แต่ทารกที่คลอดของทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะแทรกซ้อนที่พบคล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ ทารกน้ำหนักตัวน้อยภาวะตัวเหลืองภาวะขาดออกซิเจนและติดเชื้อในกระแสเลือด [3,17]

ข้อยุติ

เนื่องจากการศึกษามีข้อสรุปว่า มาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดสามารถเพิ่มประสิทธิในการรักษา โดยสามารถลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในภาพรวม และเพิ่มอัตราความครอบคลุม / ถูกต้องในทุกกระบวนการรักษา แต่ควรเพิ่มคุณภาพของการให้คำแนะนำในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงหรือที่มีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ให้มารับการรักษาได้รวดเร็วก่อนเข้าสู่ระยะคลอด พัฒนาระบบการติดตามประสิทธิผลระหว่างดำเนินการเพื่อให้ทีมรักษาสามารถปรับปรุงมาตรการฯ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องความรัดกุมของการรักษาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและช่องทางคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ทำการวิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จันคณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัดเชียงราย คณะกรรมการแม่และเด็กโรงพยาบาลโรงพยาบาลแม่จัน ศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รศ. ชไมพร ทวิชศรี คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวกและความร่วมมือในการดำเนินงานการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

REFERENCES

1. Blencowe H, Cousen S, Oestergarrd MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rate in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet 2012;379(9832): 2162-72.

2. Buposiri P, Hamimdotcom. “Preterm labour”[Internet]. [citeted 2017 Aug.1] Available from: http://medthai.com > family&pregnancy preterm&delivery.

3. London ML, Ladewig PW, Ball JW, Bindler RC. Maternal newborn& child nursing: family- center care. USA. : Prentice Hall; 2003.

4. Haram K, Mortensen JHS, Wollen AL. Preterm delivery: an overview. Acta Obstet Gynnecol Scand. 2003; 82(8):687-704.

5. The committee developed a service system that responds to major health Issue(Neonatal care) :In: Newborn care system development approach Service Plan Ministry of Public Health Printing House: Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2013

6. OBStatisticswww.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_conten 2016 Apr.3 [cited 2017 Aug.8]. Available from: www.med.cmu.ac.th/hospital /ha/ha/Plates/.../conclussion602update130122.pdf

7. Robinson JN, Norwitz ER.Risk factor for preterm labour and delivery. UpToDate version14.3.2006.

8. Caughey AB. Definition, incidence, significance, and demographic characteristics of preterm birth. UpToDate version 14.3.2009

9. Chavapiboon S. Risk factor of preterm labor and spontaneous preterm birth.textbook of Preterm: Bangkok: P.A.Living;2010

10. Cunningham FG LK, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD, ed. Williams obstetrics.22nd. New York: McGraw-Hill; 2005.

11. Nutrition as a prevention strategy against adverse pregnancy out-comes. Proceedings of a consultative meeting. Oxford, United Kingdom. July 18-19,2002. J Nutr.2003 ;133(5 Suppl2):1589S-1764S.

12. Norwitz ER. Prevention of spontaneous preterm birth. UpToDate version 14.3.2009

13. ACOG Committee Opinion.Use of progesterone to reduce preterm birth. ObstetGynecol. 2003;(102):1115-6.

14. Thai childhood and adolescent psychosocial situation committee. The Royal college of Pediatricians of Thailand Child and adolescent health situation: 2009; 34, 61.

15. Songvatana P. Continuous care. Princess of Narathiwas University Jounal. 2012;4(2): 102-14

16. Yoon BH, Park CW, Chaiwarapongsa T. Intrauterine infection and development of cerebral palsy.BJOG. 200 ;100 Suppl20:124-7.

17. Pupong P. Preterm labor and spontaneous preterm birth Maternal-Fetal Medicine of The Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologist; 2011.