

ยโสธรเวชสาร

MEDICAL JOURNAL OF YASOTHON HOSPITAL

ยโสธรเวชสาร เป็นวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลยโสธร กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ คือ เดือนมกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟูวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่กิจกรรมและข่าวสารของโรงพยาบาลยโสธร

วารสารนี้ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากบริษัทเวชภัณฑ์ต่างๆ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยโสธร ขอคิดเห็นในบทความใดที่ลงตีพิมพ์ในยโสธรเวชสาร เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น โรงพยาบาลยโสธร และกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะตัดแปลงตัวสะกดและไวยากรณ์ตามความเหมาะสมโดยที่ความหมายเดิมยังคงอยู่

การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ยโสธรเวชสารยินดีรับพิจารณานิพนธ์ต้นฉบับ รายงานการวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความพื้นฐานวิชาการ และงานวิชาการในลักษณะอื่น ๆ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน ส่งต้นฉบับได้ที่ นายแพทย์ ทรงศักดิ์ บัวเบิก ห้องพักแพทย์ โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร (โดยมีรายละเอียดหน้า 2)

การบอกรับเป็นสมาชิก

แพทย์และผู้สนใจบอกรับยโสธรเวชสารได้ที่ นายกิตติภูมิ อุปรา งานสารสนเทศ โรงพยาบาลยโสธร อัตราค่าสมัครปีละ 300 บาท พร้อมค่าส่ง

การลงโฆษณา

ติดต่อได้ที่...

เภสัชกรหญิง มลิวัดย์ จิระวิโรจน์

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลยโสธร

เจ้าของ โรงพยาบาลยโสธร

ผู้อำนวยการ

นพ.ธนิศ สุขผ่องศรี

คณะที่ปรึกษา

พญ.รุ่งฤดี ตั้งวงศ์ไชย

นางประทุมสุข โคตรพันธ์

ภกญ.มลิวัดย์ จิระวิโรจน์

ศ.นพ.สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์

บรรณาธิการ

นพ.ทรงศักดิ์ บัวเบิก

กองบรรณาธิการ

นพ.วสันต์ กริมวิรัตน์กุล

นพ.สุเมธี สาสีมา

พญ.อนิลธิดา พรหมณี

นพ.ณรงเดช เวชกามา

นพ.สันติ ศิริรัตนพันธ์

พญ.ชมพูนุช เนตรหาญ

พญ.กาญจนา นนทรีย์

นพ.อิทธิวัฒน์ อิทธิชัยภัทร

พญ.ธนาพร นิจพานิชย์

ทพ.ญ.กิตติพร สาสีมา

นส.รุจภา ไสมานุตร

นางอรอุมา บัวเบิก

นส.นิภาพร ลครวงษ์

นายสมพร จันทร์แก้ว

นายอิทธิพล สารชาติ

นส.สุรพร อัฒมวิศุต

นางพิมพ์ชิตมา ไตรยพันธ์

ฝ่ายจัดการ

นายสิทธิชัย ทองป่อ

นายกิตติภูมิ อุปรา

คำชี้แจงการส่งบทความลงพิมพ์ในยโสธรเวชสาร

คำชี้แจงการส่งบทความลงพิมพ์ในยโสธรเวชสาร

บทความที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ในยโสธรเวชสาร นิพนธ์ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วย Microsoft Word for Windows ใช้ CordiaUPC ขนาด 16 บนกระดาษ A4 หน้าเดียว

1. บทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ: ประกอบด้วย บทความย่อภาษาไทย บทความย่อภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย/ผลการทดลอง วิจารณ์ผล/อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวทั้งบทความไม่ควรเกิน 7 หน้ากระดาษ A4

2. ชื่อบทความ / ผู้นิพนธ์

มีทั้งภาษาไทยและ อังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษา และสถาบันที่ทำงาน ตัวอย่างเช่น
อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก ในโรงพยาบาลยโสธร
Mortality rate and Risk factor of infant with very low birth weight in Yasothon hospital
Veeranoot Suparajitaporn, M.D. วีระนุช ศุภรจิตพร พ.บ.
Dip., thai Board of Pediatrics วว. กุมารเวชศาสตร์
Yasothon hospital Yasothon province โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

3. รูปแบบบทความย่อ

เพื่อให้อ่านง่าย และเป็นรูปแบบเดียวกัน ให้มีบทความย่อทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ
สรุปเนื้อหากระชับโดยมีหัวข้อดังนี้

บทความย่อ	Abstract
วัตถุประสงค์:	Objective:
วิธีศึกษา:	Methods:
ผลการศึกษา:	Results:
สรุป:	Conclusion:
คำสำคัญ:	Key words:

4. วิธีอ้างอิงในเนื้อเรื่อง

อ้างอิงแบบตัวเลขยกขึ้น ตามลำดับเลขที่เอกสารอ้างอิง (ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์)

5. เอกสารอ้างอิง (References)

5.1 วารสาร เรียงตามลำดับ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. (ถ้ามากกว่า 6 คน หรือน้อยกว่า 6 คน ให้ระบุชื่อทุกคน แต่ถ้าผู้แต่งมีตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป ให้ระบุชื่อ 6 คนแรก ก่อนเติม et al.) ชื่อบทความ(ชื่อเรื่องในวารสาร). ชื่อวารสาร ปี;วารสารพิมพ์เป็นปีที่ volume (ฉบับที่):หน้าอ้างอิงถึง(หน้าแรก – หน้าสุดท้าย ของเรื่องอ้างอิงถึง)

ตัวอย่าง

สุภาวดี หารวาระ. ผลการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเอง ต่อการเผชิญความเจ็บปวดและความวิตกกังวล ในระยะคลอด. ยโสธรเวชสาร 2554;13:5-10.

5.2 หนังสือ เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อบรรณาธิการ/ชื่อผู้เรียบเรียง. ชื่อเรื่อง พิมพ์ครั้งที่. สถานที่หรือเมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

วันดี วราวิทย์. อุจจาระร่วงในเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.

5.3 เว็บไซต์ เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสารอิเล็กทรอนิกส์ [serial online] ปี เดือน (ถ้ามี); volume number(issue number): [จำนวนหน้าของเรื่องที่ปรากฏบนจอ]. สืบค้นจาก URL วัน เดือน ปี ที่ทำการสืบค้น.

ตัวอย่าง

HIV & AIDS in Thailand. AVERTing HIV and AIDS (Serial online): [5 seen]. Available from: <http://www.avert.org/Thailand-aids-hiv.htm>. Accessed August 8, 2010.

5.4 วิทยานิพนธ์ เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อผู้ทำวิทยานิพนธ์. ชื่อวิทยานิพนธ์. ระดับปริญญา. สถาบันการศึกษา; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

อารีย์ ฟองเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนจากครอบครัวกับแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.

ข้อ 6. ต้องไม่ส่งเผยแพร่หลายแห่ง

ข้อ 7. เนื้อหาในบทความทุกบทความอยู่ในความรับผิดชอบหลักของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการ มีหน้าที่เพียงส่วนหนึ่งของกระบวนการตีพิมพ์และเผยแพร่

ข้อ 8. วิธีส่งบทความ เลือกส่งได้ 2 ช่องทางคือ

8.1 ส่งทางไปรษณีย์ ส่งบทความที่พิมพ์ตามแบบที่กำหนดพร้อมเลขหน้ากำกับพร้อมสำเนา (รวมเป็น 2 ชุด) และแผ่น CD บันทึกไฟล์บทความ วงเล็บมุมซองว่า “บทความวารสาร” ถึง บรรณาธิการยโสธรเวชสาร นพ.ทรงศักดิ์ บัวเบิก ห้องพักแพทย์ โรงพยาบาลยโสธร อ.เมืองยโสธร จ.ยโสธร 35000

8.2 ส่งทาง E-mail ส่งต้นฉบับในรูปแบบ E-mail มาที่ drsongsak@hotmail.com

ข้อ 9. ที่ติดต่อและเบอร์โทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ควรระบุให้ชัดเจนพร้อมทั้งอีเมล

บทบรรณาธิการ

เรียนท่านผู้อ่านและสมาชิก ยโสธรเวชสารทุกท่าน นี่ก็เป็นฉบับที่ 2 แล้วที่กระผมในฐานะบรรณาธิการได้เข้ามาดูแลวารสารของเราฉบับนี้ กระผมรู้สึกภูมิใจเป็นอย่างยิ่งที่คุณหมอบจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้เกียรติส่งผลงานเข้ามาตีพิมพ์ในยโสธรเวชสารถึง 4 เรื่อง ซึ่งผมได้อ่านแล้วล้วนแต่เป็นผลงานคุณภาพสมควรเผยแพร่ให้สาธารณชนได้รับทราบ เป็นอย่างยิ่ง กองบรรณาธิการของเราก็หวังว่าฉบับต่อไปก็คงจะได้รับเกียรติจากท่าน เช่นเคยนะครับ

สุดท้ายนี้ในวาระดีถีขึ้นปีใหม่ 2559 นี้กระผมขอให้ทุกท่านมีแต่ความสุข ความเจริญ คิดสิ่งใดก็ขอให้สมปรารถนา สุขภาพแข็งแรง ร่ำรวย เงินทอง ตลอดปี และตลอดไป เทอญ

ขอแสดงความนับถือ

นายทรงศักดิ์ บัวเบิก

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านโสต ศอ นาสิก

โรงพยาบาลยโสธร

บรรณาธิการ

สารบัญ

MEDICAL JOURNAL OF YASOTHON HOSPITAL

- | | |
|--|----|
| <p>การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมผ่านทางกล้องกับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมแบบเปิด</p> <p>Comparative study of endoscopic hemithyroidectomy by transaxillary approach versus Conventional open hemithyroidectomy</p> <p>เฉลิมพล บุญมี</p> | 60 |
| <p>การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลฝาง</p> <p>Factors associated with Prenatal Care before 12 Weeks Gestation among Pregnant Women Attending Antenatal Care for the First Time at Fang Hospital</p> <p>ไอลรา วงศ์เปี้ย</p> | 70 |
| <p>อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิกและการรักษาในทารกที่คลอดในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ</p> <p>Incidence of neonatal sepsis Clinical features and Treatment in newborn infants born at Suwannaphum hospital</p> <p>กิงกาญจน์ บุญพิมล</p> | 79 |
| <p>ผลของการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคครรภ์เป็นพิษรุนแรงที่คลอดในโรงพยาบาลยโสธร</p> <p>Pregnancy Outcome in Severe Preeclampsia Pregnant Women in Yasothon Hospital</p> <p>กาญจนา นนทรีย์</p> | 88 |

การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมผ่านทางกล้อง กับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมแบบเปิด

Comparative study of endoscopic hemithyroidectomy by transaxillary approach versus Conventional open hemithyroidectomy

Chaloemphon Boonmee, M.D.

Dip. Thai Board of Surgery

Thabo Crown Prince Hospital

Nong Khai province

เฉลิมพล บุญมี พ.บ.

ว.ศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

จังหวัดหนองคาย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมผ่านทางกล้องกับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมแบบเปิด

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบ retrospective cohort study ครั้งนี้ทำการศึกษาในช่วง เดือนมีนาคม 2554 ถึง มีนาคม 2556 โดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมผ่านทางกล้อง (กลุ่มศึกษา) กลุ่มที่สองได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมแบบเปิด (กลุ่มเปรียบเทียบ) วิเคราะห์ตัวแปรด้านผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างสองวิธีด้วยสถิติ Independent t test รายงานขนาดผลลัพธ์ด้วยค่าผลต่างของค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่น (95%CI)

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยผลต่างระยะเวลาการผ่าตัดในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = -79.75 ± 8.78; 95% CI = -104.45 to -55.04) แต่ไม่พบความแตกต่างของปริมาณเลือดออกและภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดระหว่างสองวิธี

สรุป: ถึงแม้ว่าการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมผ่านทางกล้องจะใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดแบบเดิม แต่ถ้าแพทย์และทีมผ่าตัดมีประสบการณ์มากขึ้นเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม ผลการผ่าตัดโดยภาพรวมน่าจะดีขึ้นและเป็นทางเลือกของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมผ่านทางกล้อง, การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครึ่งต่อมแบบเปิด

Abstract

Objective: To compare the surgical outcomes and post operative complications between endoscopic and conventional open hemithyroidectomies.

Methods: Retrospective cohort study was performed from March 2011 to March 2013 at Roi-et Hospital, 40 hemithyroidectomy patients were enrolled. Twenty patients underwent endoscopic hemithyroidectomy via the axillary approach (study group), and 20 patients underwent conventional

open hemithyroidectomy (referent group). We analyzed surgical outcomes and post operative complications between the two groups. Data were analyzed using independent t test and reported magnitude of effect in term of mean differences and its 95%CI.

Results: The mean difference of the operative time in the study group was significantly longer than the referent group (mean difference = -79.75 ± 8.78; 95% CI = -104.45 to -55.04). There was no statistical difference in intra operative blood loss and post operative complications between 2 groups.

Conclusion: Although operative time were significant higher than conventional technique, the development of surgical skills of surgeons and surgical team may decrease gap of these factors and lead to properly use in appropriated cases.

Keywords: Endoscopic hemithyroidectomy conventional open hemithyroidectomy

บทนำ

โรคต่อมไทรอยด์ (Thyroid disease) เป็นโรคที่พบได้บ่อยโดยพบได้มากถึงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนที่คอ อาจแบ่งความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ได้เป็นกลุ่มหลัก ๆ สองด้าน คือ ความผิดปกติจากการทำงาน (Dysfunction) ของต่อมไทรอยด์ในลักษณะที่มีการทำงานมากเกินไปหรือไม่เพียงพอ (Hyperthyroidism and Hypothyroidism) และชนิดความผิดปกติจากการเจริญของเนื้อเยื่อในลักษณะที่เป็นก้อน (Mass) ซึ่งอาจเกิดจาก คอพอก เนื้อเยื่อ หรือมะเร็ง¹ ซึ่งวิธีการรักษาจาก Revision American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodule and Differentiated Thyroid Cancer 2009² สามารถสังเกตอาการได้โดยการตรวจ ultrasound 6-18 เดือนหลังจากทำ FNA ถ้ามีขนาดคงที่สามารถตรวจติดตามได้อีก 3-5 ปี แต่ถ้าก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้นแนะนำให้ทำ FNA ซ้ำ

การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ (Thyroidectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดด้วยวิธีเปิดแผลผ่าตัดที่ลำคอเพื่อผ่าตัดเอาก้อนออก ถือว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างปลอดภัยอย่างไรก็ตามการผ่าตัดโดยวิธีนี้จะทำให้เกิดแผลเป็นในแนวขวางบริเวณลำคอซึ่งสังเกตเห็นได้

และผลข้างเคียงที่พบคือผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเรื่องกลืนลำบากบ่อยๆ³ นอกจากนี้การมีแผลผ่าตัดที่ด้านหน้าของคอดูไม่สวยงามและเป็นปมด้อยตลอดชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคนี้อาจจะพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ปัญหาเรื่องแผลผ่าตัดถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง⁴ ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดไทรอยด์ผ่านกล้อง ซึ่งมีความนิยมมากขึ้น เนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ซ่อนแผลไว้ได้ เจ็บน้อย ฟื้นตัวเร็ว แต่ข้อเสียคือ ต้องอาศัยศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญในเรื่องการผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดผ่านกล้องทำเพื่อหลีกเลี่ยงแผลเป็นที่คอ โดยจะเปิดแผลเล็กๆ ที่บริเวณอื่นแทน เช่น รักแร้ หน้าอก ลานห้วนม หลัง หลังจากผ่าตัดคนไข้จะไม่มีเป็นแผลเป็นที่คอ แต่จะเป็นแผลเป็นที่อื่นแทน เช่น รักแร้ หน้าอก เป็นต้น โดยขนาดแผลก็มีตั้งแต่ 5mm - 3cm แล้วแต่ชนิดการผ่าตัด ในประเทศไทยเทคนิคที่แพร่หลาย ก็คือการผ่าตัดผ่านกล้องผ่านทางรักแร้ และรักแร้ หน้าอก การผ่าตัดต่อมไทรอยด์แบบผ่านทางกล้องมีวัตถุประสงค์เพื่อหลีกเลี่ยงแผลเป็นไม่พึงประสงค์บริเวณคอที่เกิดจากการผ่าตัดแบบเปิดได้รับการปฏิบัติและพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะเวลา 20 ปี Gagner และ Huscher⁵ ได้ริเริ่มการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์และต่อมไทรอยด์ผ่านทางกล้องมาตั้งแต่ปี

พ.ศ.2539 และปี พ.ศ.2540 ตามลำดับ นับตั้งแต่นั้น เป็นต้นมาการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านทางกล้องก็ได้รับการพัฒนาและปรับปรุงเทคนิคการทำโดยแพทย์หลาย ๆ ท่าน⁶ในประเทศไทย การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านทางกล้องได้รับการริเริ่มโดย นายแพทย์สุชาติ จันทรวิบูลย์และคณะตั้งแต่ปี พ.ศ.2544⁷ ได้เป็นที่แพร่หลายมากขึ้นในหลายสถาบันโดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ^{8,9}

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการผ่าตัดไทรอยด์แบบ endoscopic thyroid lobectomy จะมีข้อดีคือผู้ป่วยไม่ต้องแผลเป็นหลังผ่าตัดแนวขวางบริเวณหน้าลำคอ เนื่องจากแผลผ่าตัดถูกซ่อนอยู่บริเวณรักแร้และหน้าอก มองไม่เห็นเวลาแต่งตัวปกติ แต่การผ่าตัดด้วยวิธีนี้ค่อนข้างยุ่งยาก ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ต้องใช้ทักษะในการผ่าตัดผ่านทางกล้องวีดีทัศน์ และมีการศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดแบบเปิดอย่างชัดเจน ส่วนในประเทศไทยยังมีการศึกษาผลผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนไม่มาก¹

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้เริ่มมีการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านทางกล้องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมผ่านทางกล้องกับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมแบบเปิด โดยวัดผลการศึกษาด้านข้อมูลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมผ่านทางกล้องกับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมแบบเปิด ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทั้งในด้านข้อมูลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเฉลี่ยปีละ 150 -200 คน โดยมี Inclusion criteria ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกต่อมไทรอยด์ข้างเดียวและต้องได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แบบข้างเดียว 2) เนื้องอกต่อมไทรอยด์มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 8 เซนติเมตร จากการตรวจร่างกาย Exclusion criteria คือ 1) ผลตรวจ FNA thyroid เป็นมะเร็งหรือสงสัยว่าเป็นมะเร็ง 2) เนื้องอกต่อมไทรอยด์ลงไปถึงช่องอก (sub sternal goiter) 3) มีประวัติเคยเป็นไทรอยด์อักเสบมาก่อน (thyroiditis) 4) เคยผ่าตัดบริเวณคอหรือฉายแสงบริเวณคอก่อน และ 5) ผู้ป่วยที่โรคประจำตัว ดังต่อไปนี้ เช่นโรคเลือดได้แก่ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โลหิตจาง โรคปอดโรคเกี่ยวกับหัวใจและกระดูกสันหลังระดับคอ ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบ retrospective cohort study โดยมีรูปแบบการเก็บข้อมูลย้อนจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2554 ถึง 31 มีนาคม 2556 โดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มศึกษา (study group) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมผ่านทางกล้อง
2. กลุ่มเปรียบเทียบ (referent group) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมแบบเปิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคั้งนี้คือ

แบบคัดลอกข้อมูลโดยคัดลอกข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบไปด้วย ผลลัพธ์ด้านต่างๆ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย 7 ตัวแปร คือ เพศ อายุโรคประจำตัว การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด ผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา น้ำหนักของชิ้นเนื้อ และขนาดของชิ้นเนื้อ 2) ด้านผลลัพธ์ด้านการผ่าตัด ประกอบด้วย 6 ตัวแปร คือ ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด จำนวนวันที่ใส่สายระบาย ปริมาณส่วนประกอบในสายระบายทั้งหมด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3) ด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ bleeding, burning sensation, skin burn, hoarseness and seroma

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2554 ถึง 31 มีนาคม 2556 จะได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลัง โดยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีศัลยแพทย์ทั้งหมด 8 คนที่ทำกรผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมแบบเปิด และศัลยแพทย์หนึ่งคนที่ทำกรผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมผ่านทางกล้อง กลุ่มตัวอย่างที่รวมอยู่ในงานวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมผ่านทางกล้อง (20 ราย) และผู้ป่วยจำนวน 164 รายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แบบเปิด ได้รับการสุ่มอย่างง่ายมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 20 ราย เทคนิคการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านทางกล้องได้พัฒนามาจากเทคนิคการผ่าตัดที่ได้รับการรายงานไว้ในการศึกษาของนายแพทย์สุชาติ และคณะ⁷ หัตถการทั้งหมดได้รับการทำภายใต้การดมสลบโดยการดูแลของวิสัญญีแพทย์

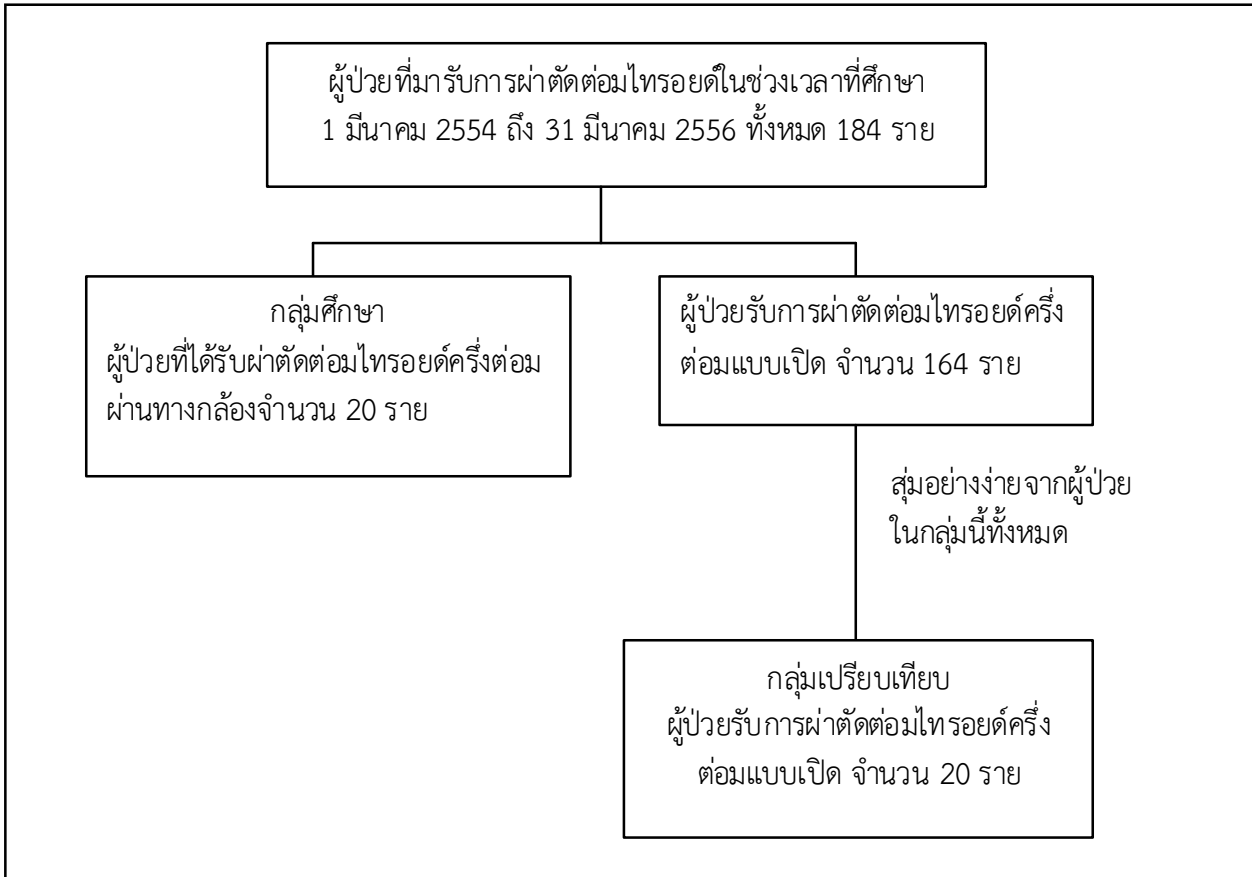
ผู้ป่วยทุกรายในทั้งสองกลุ่มตัวอย่างได้รับการใส่สายระบาย หลังการผ่าตัด

2) ข้อมูลของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มที่ได้รับการรวบรวมโดยใช้แบบคัดลอกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ, อายุ, การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด, โรคประจำตัว, ผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา น้ำหนัก และเส้นผ่าศูนย์กลางของชิ้นเนื้อ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่ออก, จำนวนวันที่ใส่สายระบาย, ปริมาณส่วนประกอบในสายระบาย โดยรวม, ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนากรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อตรวจสอบแล้วว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าสถิติในรูปค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่เป็นปกติ นำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนกรณีเป็นข้อมูลแจกแจง นำเสนอในรูปการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ 2) ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความต่างของค่าเฉลี่ย (mean differences) ผลลัพธ์ด้านการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ independent t test รายงานเป็นค่าผลต่างของค่าเฉลี่ย (mean differences) และ 95%CI of mean difference โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา



แผนภาพที่ 1 แสดง CONSORT การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ รายละเอียดดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	19	95.0	18	90.0
หญิง	1	5.0	2	10.0
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า เท่ากับ 17	6	30.0	5	25.0
18 – 44	6	30.0	5	25.0
45 – 54	6	30.0	7	35.0
55 ปี ขึ้นไป	2	10.0	3	15.0
(Mean \pm SD)	38.91	\pm 2.65	37.62	\pm 2.66
โรคประจำตัว				
ไม่มี	19	95.0	19	95.0
มี	1	5.0	1	5.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด				
Single thyroid nodule	18	90.0	18	90.0
Multi nodular goiter	2	10.0	2	10.0
ผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา				
Benign	19	95.0	18	90.0
Malignant	1	5.0	2	10.0
น้ำหนักของชิ้นเนื้อ (กรัม)				
(Mean \pm SD)	27.20	\pm 2.5	44.80	\pm 7.3
ขนาดของชิ้นเนื้อ (เซนติเมตร)				
(Mean \pm SD)	4.7 3	\pm 0.1	5.83	\pm 0.2

2. ผลลัพธ์ด้านการผ่าตัดที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการผ่าตัดระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าระยะเวลาในการผ่าตัด, จำนวนวันที่ใส่สายระบาย และปริมาณส่วนประกอบในสายระบาย มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติในระหว่างสองกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยความต่างระยะเวลาในการผ่าตัดของกลุ่มเปรียบเทียบสั้นกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$, (mean difference = -79.75 ± 8.78 ; 95% CI = -104.45 to -55.04) ไม่พบความแตกต่างของปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด $p = 0.156$ (mean difference = 8.39 ± 53.12 ; 95% CI = -9.52 to 51.52) นอกจากนี้ยังพบว่า

ในกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนวันที่ใส่ท่อระบายสั้นกว่าในกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ (mean difference = -0.70 ± 0.20 ; 95% CI = -1.10 to -0.30) รวมถึงปริมาณส่วนประกอบในสายระบายกลุ่มเปรียบเทียบน้อยกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (mean difference = -79.25 ± 15.57 ; 95% CI = -110.78 to -47.71) ส่วนการเปรียบเทียบระยะเวลานอนโรงพยาบาลไม่พบความแตกต่างทางสถิติในระหว่างสองกลุ่มตัวอย่าง $p = 0.227$ (mean difference = -0.45 ± 0.36 ; 95% CI = -1.19 to 0.29) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมแบบเปิดและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมผ่านทางกล้อง

ผลลัพธ์จากการผ่าตัด	กลุ่มศึกษา Mean (\pm sd)	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean (\pm sd)	Mean diff (\pm sd)	95% CI	p-value
ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที)	167 \pm 11.6	87.3 \pm 3.7	-79.75 \pm 8.78	-104.45 to -55.04	<0.001
ปริมาณการเสียเลือด (มิลลิลิตร)	38 \pm 6.3	62 \pm 15.3	8.39 \pm 53.12	-9.52 to 51.52	0.156
จำนวนวันที่ใส่สาย ระบาย(วัน)	2.9 \pm 0.2	2.3 \pm 0.1	-0.70 \pm 0.20	-1.10 to -0.30	0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมแบบเปิด และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมผ่านทางกล้อง (ต่อ)

ผลลัพธ์จากการผ่าตัด	กลุ่มศึกษา Mean (\pm sd)	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean (\pm sd)	Mean diff (\pm sd)	95% CI	p-value
ปริมาณส่วนประกอบ ในสายระบายทั้งหมด (มิลลิลิตร)	124.5 \pm 13.9	45.3 \pm 10.8	-79.25 \pm 15.57	-110.78 to -47.71	<0.001
จำนวนวันนอนใน โรงพยาบาล	4.2 \pm 0.2	3.8 \pm 0.4	-0.45 \pm 0.36	-1.19 to 0.29	0.227

3. ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยในทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยหนึ่งรายที่มีอาการเสียงแหบชั่วคราวหลังการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 5 และสามารถกลับมาเป็นปกติได้เอง ในระยะเวลาสองเดือน รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มศึกษา (n=20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Postoperative bleeding	0	0.0	0	0.0
Burning sensation	0	0.0	0	0.0
Skin burn	0	0.0	0	0.0
Hoarseness	1	5.0	1	5.0
Seroma	0	0.0	0	0.0

วิจารณ์

ในด้านผลลัพธ์ด้านการผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยความต่างระยะเวลาในการผ่าตัดของกลุ่มเปรียบเทียบสั้นกว่ากลุ่มกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ครั้งต่อมผ่านทางกล้องเป็นเทคนิคใหม่ที่มีการนำมาใช้ในโรงพยาบาล ร้อยเอ็ดเป็นระยะเวลาไม่นานนัก จึงทำให้มีข้อจำกัดในด้านประสบการณ์ของแพทย์ผ่าตัดและทีมงาน และอาจพบปัญหาเรื่องความชำนาญในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือการผ่าตัด เช่น แก๊สหมดต้องมีการเติมแก๊สระหว่างผ่าตัด เครื่องมือ Harmonic scalpel หรือจี้หากใช้การไม่ได้ร่วมด้วย สาเหตุเหล่านี้ทำให้ระยะเวลาในการผ่าตัดยาวนานขึ้น แต่ผลการศึกษาดังกล่าวไม่แตกต่างกับการศึกษาอื่น ๆ ทั้งในประเทศ

ไทยและต่างประเทศ^{1,3-4,10-23} มีเพียงการศึกษาของ Lee S. et al., 2011²⁰ ที่รายงานว่าระยะเวลาในการผ่าตัดทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการศึกษาด้านจำนวนวันที่ใส่สายระบายและปริมาณส่วนประกอบในสายระบาย และปริมาณส่วนประกอบในสายระบาย ไม่พบการรายงานการเปรียบเทียบผลศึกษา และยังพบอีกว่า ระยะเวลาอนโรงพยาบาลในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ความต่างนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{1,3,22-23} อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่รายงานว่ากลุ่มศึกษามีระยะเวลาอนโรงพยาบาล มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ^{16,22} ซึ่งอธิบายได้ว่า ในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเป็นเวลานานและมีปริมาณการสูญเสียเลือดใน

สาย ระบายมากกว่าจึงต้องได้รับการสังเกตอาการ นานกว่ากลุ่มที่มีเลือดออกทางสายระบายน้อยกว่า

ส่วนผลด้านภาวะแทรกซ้อนประกอบไปด้วย bleeding, burning sensation, skin burn, hoarseness และ seroma ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับทุก การศึกษาที่ได้บทวนมา และภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ พบคือภาวะเสียงแหบซึ่งพบได้ไม่แตกต่างกันและ สามารถกลับเป็นปกติได้ในระยะ 1 เดือนสอดคล้อง กับการศึกษาของ Yoo Seung Chung et al., 2007²⁴ ซึ่งพบว่าอาการดังกล่าวจะกลับสู่ภาวะปกติภายใน สามเดือน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1) หัตถการการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านทาง กล้อง เพิ่งเริ่มมีการทำในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็น ระยะเวลาไม่นานนัก จึงทำให้มีข้อจำกัดในด้าน ประสิทธิภาพของแพทย์ ผ่าตัด และทีมงาน และทำให้ระยะเวลาในการผ่าตัดยาวนานขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kangsadan Tunjararuk, Boonsam Roongpuvapath, Wiyakan Katekaew. Comparative study of endoscopic thyroid lobectomy by axillo - breast approach versus conventional opened thyroid lobectomy; 2011.
2. Davis S. Revision American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodule and Differentiated Thyroid Cancer;2009.
3. ขวัญชัย สุระเสียง. การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ด้วยกล้องวีดีทัศน์แบบ 3 รูกับการผ่าตัด ต่อมไทรอยด์แบบมาตรฐานเดิมในผู้ป่วยที่ตรวจพบก้อนไทรอยด์โตก้อนเดียว =: Comparative Study of Three ports Endoscopic Thyroidectomy Versus Conventional open Thyroidectomy in Patients with Clinical Solitary Thyroid Nodule (CSTN). ศรีนครินทร์เวชสาร. 2554;
4. ขวัญชัย สุระเสียง. การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ด้วยกล้องวีดีทัศน์โดยวิธีการผ่าตัดผ่านทางรักแร้ เต้านมและหน้าอกเต้านม =: Total Endoscopic Thyroidectomy: A Comparison of the Trans Axilloareolar and the Trans Thoracoareolar Approaches. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2556;
5. Inabnet WB GM. Endoscopic thyroidectomy for solitary thyroid nodules. Thyroid. 3 พิมพ์ครั้งที่ 3.
6. Lee M, Park H, Lee B-C, Lee G-H, Choi I. A comparison of Quality of life between open and endoscopic thyroidectomy for papillary thyroid cancer. Head Neck. 2015;
7. Chantawibul S, Lokechareonlarp S, Pokawatana C. Total video endoscopic thyroidectomy by an axillary approach. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. ตุลาคม 2003;13(5):295-9.

2) จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีจำนวนน้อย อาจมีผลทำให้อำนาจการทดสอบ ทางสถิติ (power of test) ไม่เพียงพอที่จะพบ ความแตกต่าง และการประมาณค่ายังไม่แม่นยำ (จากการสังเกตค่าช่วงเชื่อมั่น 95% CI ค่อนข้างกว้าง) บอกถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างยังไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในทั้งสอง กลุ่ม เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบเพื่อให้เห็นความต่าง ทางคลินิก (clinical outcomes) และเพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการผ่าตัด ใช้ study design แบบ randomized control trail เพื่อจัดอคติแบบมีระบบ ให้หมดไป

2) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษายืนยันว่า การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านทางกล้องมีผลดีกว่า การผ่าตัดต่อมไทรอยด์แบบเปิด ฉะนั้นก่อนการผ่าตัด ต่อมไทรอยด์ควรมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจในการรับการทำการผ่าตัด

8. Udomsawaengsup S, Navichareern P, Tharavej C, Pungpapong S. Endoscopic transaxillary thyroid lobectomy: flexible vs rigid laparoscope. *J Med Assoc Thai Chotmai Thangphaet*. กันยายน 2004;87 Suppl 2:S10-4.
9. Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg*. 1996 Jun;83(6):875.
10. Miccoli P, Materazzi G, Baggiani A, Miccoli M. Mini invasive video assisted surgery of the thyroid and parathyroid glands: A 2011 update. *J Endocrinol Invest*. 2011 Jun; 34(6):473- 80.
11. Henry JF, Defechereux T, Gramatica L, de Boissezon C. Minimally invasive videoscopic parathyroidectomy by lateral approach. *Langenbecks Arch Surg*.1999; 384: 298-301.
12. Shimizu K, Akira S, Tanaka S. Video-assisted neck surgery: endoscopic resection of Benign thyroid tumor aiming at scarless surgery on the neck. *J Surg Oncol*. 1998; 69: 178-80.
13. Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, Ohmori T, Noga K, Furukawa T, Kitajima M. Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2000 Feb; 10(1):1-4.
14. Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, Kan S, Niimi M. Endoscopic neck surgery by the axillary approach. *J Am Coll Surg*. 2000; 191: 336-40.
15. Choe JH, Kim SW, Chung KW, Park KS, Han W, Noh DY, et al. Endoscopic thyroidectomy using a new bilateral axillo-breast approach. *World J Surg*. 2007; 31: 601-6.
16. Koh YW, Park JH, Kim JW, Lee SW, Choi EC. Endoscopic hemi thyroidectomy with prophylactic ipsilateral central neck dissection via an unilateral axillo-breast approach with out gas insufflation for unilateral micro papillary thyroid carcinoma: preliminary report. *Surg Endosc*. 2010; 24:188-97.
17. Jeong JJ, Kang SW, Yun JS, Sung TY, Lee SC, Lee YS, et al. Comparative study of endoscopic thyroidectomy versus conventional open thyroidectomy in papillary thyroid micro carcinoma (PTMC) patients. *J Surg Oncol*.2009; 100: 477-80.
18. Chung YS, Choe JH, Kang KH, Kim SW, Chung KW, Park KS, et al. Endoscopic thyroidectomy for thyroid malignancies: comparison with conventional open thyroidectomy. *World J Surg*. 2007; 31: 2302-6.
19. Kang SE, Jeong JJ, Nam KH, Chang HS, Chung WY, Park CS. Robot-assisted endoscopic thyroidectomy for thyroid malignancy using a gasless transaxillary approach. *J Am Coll Surg*.2009; 209:1-7
20. Lee S, Ryu HR, Park JH, Kim KH, Kang SW, Jeonh JJ, et al. Excellence in robotic thyroid surgery: a comparative study of robot assiste versus conventional endoscopic thyroidectomy I papillary thyroid microcarcinoma patients. *Ann Surg*. 2011; 253 :1060-6.
21. Lee J, Yun JH, Nam KH, Soh EY, Chung WY. The learning curve for robotic thyroidectomy :a multicenter study. *Ann Surg Oncol*. 2011; 18: 226-32.
22. สัมฤทธิ์ธรรมฤทธิ์. การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ด้วยกล้องวีดีทัศน์ผ่านแผลที่รักแร้เปรียบเทียบกับ การผ่าตัดต่อมไทรอยด์แบบมาตรฐานเดิม. *วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*. 2551; 4(9):10-19.

23. Wang Y, Liu K, Xiong J, Zhu J. Total endoscopic versus conventional open thyroidectomy for papillary thyroid microcarcinoma. J Craniofac Surg. 2015; 26(2):464–8.
24. Chung YS, Choe J-H, Kang K-H, Kim SW, Chung K-W, Park KSและคณะ. Endoscopic thyroidectomy for thyroid malignancies: comparison with conventional open thyroidectomy. World J Surg. 2007;31(12):2302–6; discussion 2307–8.



การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลฝาง

Factors associated with Prenatal Care before 12 Weeks Gestation among Pregnant Women Attending Antenatal Care for the First Time at Fang Hospital

Iyara Wongpia , M.D.

Dip. Thai Board OB GYN

Fang Hospital, Chiang Mai province

ไอยรา วงศ์เปี้ย พ.บ.

ว. สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลฝางจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Case Control Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงฝากครรภ์ครั้งแรกรายใหม่ในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2557 จำนวน 406 โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ภัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยการวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอค่า Odds Ratio 95%CI

ผลการศึกษา : พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ 5 ตัวแปร ได้แก่ การทราบผลกระหนการฝากครรภ์ล่าช้า (OR = 8.47 ,95%CI = 5.84-9.93) การรับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์ (OR = 5.42,95%CI = 2.93- 7.59) สถานภาพครอบครัว (OR = 3.19 ,95%CI = 2.64 - 5.41) แรงจูงใจให้มาฝากครรภ์ (OR = 2.15, 95%CI = 2.18 - 5.48) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (OR = 2.02,95%CI = 1.28 - 3.44)

สรุป : พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ 5 ตัวแปร การทราบผลกระหนการฝากครรภ์ล่าช้า การรับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์ สถานภาพครอบครัว แรงจูงใจให้มาฝากครรภ์ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว จากผลการศึกษาที่พบสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางพัฒนาการปฏิบัติงานเพื่อรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงผลกระหนการต่อการฝากครรภ์ล่าช้าและเพิ่มช่องทางการรณรงค์ผ่านสื่อที่มีความหลากหลายและทันสมัย โดยต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องผลดีของการฝากครรภ์เร็ว

คำสำคัญ : การฝากครรภ์, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

Objective : To study factors associated with prenatal care before 12 weeks' gestation in pregnant women attending antenatal care for the first time at the Fang Hospital, Chiang Mai, Thailand.

Methods : This research is analytical research (Case Control Study) samples. The first new antenatal women at Fang Hospital, Chiang Mai .The study was conducted between January and December 2557

the number 406 by selecting purposive sampling. Data were collected by questionnaire Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, average, standard deviation. And inferential statistics By analyzing the logistic regression model (Multiple logistic regression) presented the Odds Ratio 95% CI.

Results : Factors associated with prenatal care before 12 weeks' gestation five variables to know the effect of delaying prenatal care (OR = 8.47, 95% CI = 5.84-9.93) to get information about prenatal care (OR = 5.42, 95% CI = 2.93 - 7.59) family status (OR = 3.19, 95% CI = 2.64 - 5.41), incentives for antenatal care (OR = 2.15, 95% CI = 2.18 - 5.48) and the average revenue per month of family (OR = 2.02, 95% CI = 1.28 - 3.44).

Conclusion : Factors associated with prenatal care before 12 weeks' gestation five variables to know the effect of late antenatal care. To get information about prenatal care. Family status incentives for antenatal care and the average monthly income of the family. The study found that can be used to guide development practitioners to encourage pregnant women about the impact of late antenatal care. And campaign through media channels. Diversified and modernized constantly and consistently. To target a deeper understanding. The results of early prenatal care

Keywords : Antenatal Care, Factors

บทนำ

การฝากครรภ์มีความสำคัญมากสำหรับมารดาและทารกเพราะจุดมุ่งหมายในการฝากครรภ์นั้นเพื่อให้แน่ใจว่ามารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพดีแข็งแรงตลอดการตั้งครรภ์นอกจากนี้แพทย์เจ้าของไข้ยังจะวินิจฉัยภาวะเสี่ยงและผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและบุตรในครรภ์¹ ระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดเช่นการตายของมารดา การตายของทารกการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น และหากมีปัญหาหรือสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์มารดาจะได้รับปรึกษาแพทย์และเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาที่การฝากครรภ์เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ฝ้าระวังภาวะเสี่ยง และให้การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์สามารถได้รับบริการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ จะช่วยสามารถค้นหาและป้องกันการเกิดโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง รวมถึงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูกได้ โดยก่อนหน้านี้นี้ในปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้กำหนดตัวชี้วัด ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า

หรือครบ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ซึ่งต่อมาได้เพิ่มเป็น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556

สถานการณ์การฝากครรภ์อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553-2556) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือครบ 12 สัปดาห์ มีจำนวนการฝากครรภ์ครั้งแรกรายใหม่ทั้งหมดในแต่ละปี เป็นจำนวน 1,268, 1,140, 1,015 และ 1,052 ราย โดยจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 52, 50, 47.50 และ 53 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นได้ว่า ได้ผลลัพธ์มีแนวโน้มไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งยังไม่มีภาวะวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ หาปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์

ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มา
รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลฝาง จังหวัด
เชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Case
Control Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงฝากครรภ์
ครั้งแรกรายใหม่ในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่
ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม
2557 จำนวน 406 ราย โดยการเลือกตัวอย่างแบบ
เจาะจง (Purposive sampling) อัตราส่วนกลุ่มศึกษา
ต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1:1 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก
(Inclusion criteria) ซึ่งจำแนกกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม
ได้แก่ กลุ่มศึกษา (Case) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับ
บริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์
กลุ่มควบคุม (Control) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ
ฝากครรภ์ครั้งแรกที่มีอายุครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์
การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาด
ตัวอย่างจากสูตรของ (Wayne W. Daniel³) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 P(1-P)}{e^2 (N-1) + Z^2 \alpha/2 P(1-P)}$$

โดย N = หญิงฝากครรภ์ครั้งแรกรายใหม่ใน
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่
จำนวน 1,052 ราย
n = จำนวนขนาดตัวอย่าง 406
 $Z^2_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่
ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96
P = หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์
ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์
ร้อยละ 53 (สถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มารับ
บริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์
โรงพยาบาลฝาง ปี 2556) (P = 0.53)
E = กำหนดให้ความแม่นยำของการศึกษา
เท่ากับ 95%

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเนื้อหาประกอบ
ด้วย 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ
และสังคม 2) ข้อมูลการเดินทาง 3) การได้รับข้อมูล/
ข่าวสาร/คำแนะนำการฝากครรภ์ 4) พฤติกรรมสุขภาพ

5) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ 6) แรง
สนับสนุนจากคนในครอบครัวญาติและเพื่อนร่วมงาน
การวิเคราะห์ข้อมูล อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency)
และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และ
สถิติเชิงอ้างอิงเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ ในหญิง
ตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาล
ฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้สถิติพหุคูณแบบ
ลอจิสติก (Multiple logistic regression) และทำการ
ควบคุมอิทธิพล ของปัจจัยรบกวน (Confounding
factors) ด้วยการนำเสนอค่า Adjusted OR และช่วง
เชื่อมั่นที่ 95%

ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มา
ฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลฝาง ก่อนอายุครรภ์
ครบ 12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี ร้อยละ
45.15 (อายุเฉลี่ย 30 ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
ร้อยละ 37.86 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.76
สถานภาพครอบครัวอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 87.86
สถานภาพการสมรสคู่แต่ไม่จดทะเบียนร้อยละ 74.76
และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ตั้งแต่
10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 67.95 เชื้อชาติไทย ร้อยละ
97.57 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 75.73
โดยมีที่อยู่จริงขณะตั้งครรภ์ อยู่ในอำเภอฝาง ร้อยละ
80.10 มีความสะดวกในการเดินทางมาฝากครรภ์
ร้อยละ 81.07 สิทธิการรักษาพยาบาลชำระเอง
และประกันสังคม ร้อยละ 60.68 ไม่มีโรคประจำตัว
ร้อยละ 85.44 เคยได้รับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ
การฝากครรภ์ ร้อยละ 92.72 โดยได้รับแรงจูงใจให้มา
ฝากครรภ์จากคู่สมรส/มารดา บิดา และญาติ ร้อยละ
91.26 ได้ทราบถึงผลกระทบของการฝากครรภ์ล่าช้า
ร้อยละ 92.72 และไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการ
ฝากครรภ์ ร้อยละ 87.86

กลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ณ
โรงพยาบาลฝาง ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์
ส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 58.74 (อายุเฉลี่ย

27ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.91 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 65.05 สถานภาพครอบครัวอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 68.93 สถานภาพการสมรสคู่แต่ไม่จดทะเบียน ร้อยละ 77.67 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ตั้งแต่ 10,000บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.43 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 95.15 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 77.67 โดยมีที่อยู่จริงขณะตั้งครรภ์อยู่ในอำเภอต่าง ร้อยละ 70.87 มีความสะดวกในการเดินทางมาฝากครรภ์ ร้อยละ 69.42 สิทธิการรักษาพยาบาลชำระเงินเองและประกันสังคม ร้อยละ 53.88 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.64 เคยได้รับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ร้อยละ 70.39 โดยได้รับแรงจูงใจให้มาฝากครรภ์จากคู่สมรส มารดา บิดา และญาติ ร้อยละ 81.07 ได้ทราบถึง

ผลกระทบของการฝากครรภ์ล่าช้า ร้อยละ 57.77 และไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ ร้อยละ 70.87

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบทีละตัวแปร (Univariate analysis) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ทั้งหมด 12 ตัวแปร ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพครอบครัว สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว เชื้อชาติ ที่อยู่จริงขณะตั้งครรภ์ ความสะดวกในการเดินทางมาฝากครรภ์ ได้รับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์ แรงสนับสนุนจากครอบครัวให้มาฝากครรภ์ ทราบผลกระทบการฝากครรภ์ล่าช้า และไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย โดยรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบทีละตัวแปร (Univariate analysis)

ปัจจัยที่ศึกษา	Case n(%)	Control n(%)	OR	95%CI	p-value
อายุ (ปี)					
< 20	80 (38.83)	22 (10.68)	1		
20-30	93 (45.15)	121 (58.74)	4.73	2.67-8.54	<0.001*
>30	33 (16.02)	63 (30.58)	6.94	3.52-13.76	<0.001*
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	67(35.52)	72(34.95)	2.95	0.82-13.26	0.064
มัธยมศึกษา	108(52.42)	109(52.91)	2.77	0.78-12.27	0.077
อนุปริญญา/ปวส.	20(9.71)	21(10.19)	2.89	0.69-14.27	0.102
ปริญญาตรีขึ้นไป	11(2.35)	4(1.95)	1		
อาชีพหลัก					
เกษตรกรรวม	68(33.01)	20(9.71)	1		
รับราชการ /ลูกจ้างรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	43(20.38)	22(10.68)	1.74	0.79-3.78	0.128
รับจ้าง	86(41.76)	134(65.05)	5.29	2.92-9.85	<0.001*
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9(4.85)	30(14.56)	11.33	4.28-31.21	<0.001*
สถานภาพครัว					
อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส	181(87.86)	142(68.93)	1		
อยู่ด้วยกัน/แยกกันอยู่กับคู่สมรส	22(12.14)	61(31.07)	3.53	2.02-6.33	<0.001*
สถานภาพสมรส					
จดทะเบียน	52(25.24)	46(22.33)	1		
ไม่จดทะเบียน	156(74.76)	160(77.67)	3.53	2.02-6.33	<0.001*

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบทีละตัวแปร (Univariate analysis) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	Case n(%)	Control n(%)	OR	95%CI	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท)					
≥ 10,000	140(67.96)	108(52.43)	1		
< 10,000	66 (32.04)	98(47.57)	3.53	2.02-6.33	<0.001*
เชื้อชาติ					
ไทย	201(97.57)	196(95.15)	1		
พม่า	5(2.43)	10(4.85)	3.53	2.02-6.33	<0.001*
ที่อยู่อาศัย					
ในเขตเทศบาล	52(24.27)	46(22.33)	1		
นอกเขตเทศบาล	156(75.73)	16(77.67)	1.16	0.72-1.874	0.523
ที่อยู่จริงขณะตั้งครรภ์					
ในอำเภอต่าง	165(80.10)	146(70.87)	1		
นอกเขตอำเภอต่าง/ต่างจังหวัด	41(19.90)	60(29.13)	1.65	1.02-2.68	0.029*
การเดินทางมาฝากครรภ์					
สะดวก	167(81.07)	143(69.42)	1		
ไม่สะดวก	39(18.93)	63(30.58)	1.89	1.67-3.07	0.006*
สิทธิการรักษาพยาบาล					
เบิกได้/บัตรประกันสุขภาพ/ ชำระเงินเอง/ประกันสังคม	81(39.32)	95(46.12)	1		
ชำระเงินเอง/ประกันสังคม	125(60.68)	111(53.88)	0.76	0.50-1.14	0.163
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	176(85.44)	162(78.64)	1		
มีโรคประจำตัว	30(14.56)	44(21.36)	1.59	0.93-2.75	0.072
การรับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์					
เคยได้รับ	191(92.72)	145(70.39)	1		
ไม่เคยได้รับ	12(7.28)	58(29.61)	6.37	3.22-13.47	<0.001*
แรงสนับสนุนจากครอบครัวให้มาฝากครรภ์					
สามี/บิดา /มารดา /ญาติ	188(91.26)	167(81.07)	1		
บุคคลอื่น	15(8.74)	36(18.93)	2.70	1.38-5.49	0.002*
ทราบผลกระทบการฝากครรภ์ล่าช้า					
ทราบ	191(92.72)	119(57.77)	1		
ไม่ทราบ	12(7.28)	84(42.23)	11.24	5.76-23.46	<0.001*
ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์					
ไม่มี	181(87.86)	146(70.87)	1		
มี	25(12.14)	40(29.13)	1.98	1.11-3.57	0.014*

p<0.05*

เมื่อดำเนินการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างโดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นใช้เทคนิคการถดถอยแบบโลจิสติก (Multiple Logistics Regression) เพื่อหาขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ มี 5 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากมากไปน้อย ซึ่งพิจารณาว่า Odds Ratio (OR) ได้แก่ ทราบผลกระทบการฝากครรภ์ล่าช้าการรับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์สถานภาพครอบครัว แรงจูงใจให้มาฝากครรภ์ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทราบผลกระทบการฝากครรภ์ล่าช้าจะมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบผลกระทบการฝากครรภ์ล่าช้า ถึง 8.47 เท่า (OR = 8.47, 95%CI = 5.84-9.93) การรับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์จะมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่าง

ที่ไม่เคยได้รับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์ ถึง 5.42 เท่า (OR = 5.42, 95%CI = 2.93- 7.59) สถานภาพครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ด้วยกันกับคู่สมรสจะมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่แยกกันอยู่กับคู่สมรส ถึง 3.19 เท่า (OR = 3.19, 95%CI = 2.64 - 5.41) แรงจูงใจให้มาฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงจูงใจจากคู่สมรส/บิดา/มารดา และญาติให้มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงจูงใจจากบุคคลอื่นถึง 2.15 เท่า (OR = 2.15, 95%CI = 2.18 - 5.48) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท จะมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวถึง 2.02 เท่า (OR = 2.02, 95%CI = 1.28 - 3.44) ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์โดยการวิเคราะห์แบบพหุ (Multiple conditional logistic regression)

ปัจจัยที่ศึกษา	Case n	Control n	OR _{adj}	95%CI	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท)					
≥ 10,000	143	105	1		
< 10,000	60	98	2.02	1.28 - 3.44	0.003*
สถานภาพครอบครัว					
อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส	181	142	1		
แยกกันอยู่กับคู่สมรส	22	61	3.19	2.64 - 5.41	0.001*
การรับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์					
เคยได้รับ	191	145	1		
ไม่เคยได้รับ	12	58	5.42	2.93 - 7.59	0.001*
แรงจูงใจให้มาฝากครรภ์					
คู่สมรส/บิดา /มารดา และญาติ	188	167	1		
บุคคลอื่น	15	36	2.15	2.18 - 5.48	0.001*
ทราบผลกระทบการฝากครรภ์ล่าช้า					
ทราบ	191	119	1		
ไม่ทราบ	12	84	8.47	5.84 - 9.93	<0.001*

p<0.05*

ตารางที่ 3 ผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์โดยการวิเคราะห์แบบพหุ
(Multiple conditional logistic regression)

ตัวแปร	Coefficient	SE	Adjust OR	95%CI	p-value
1. ทราบผลกระทบทการฝากครรภ์ล่าช้า	3.59	0.88	8.47	5.84 - 9.93	<0.001*
2. การรับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์	2.12	0.92	5.42	2.93- 7.59	0.001*
3.สถานภาพครอบครัว	1.98	0.68	3.19	2.64-5.41	0.001*
4. แรงจูงใจให้มาฝากครรภ์	1.37	0.54	2.15	2.18 - 5.48	0.001*
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	1.04	0.71	2.02	1.28 - 3.44	0.003*

$p < 0.05^*$

Log likelihood = 54.72

Pseudo R2 = 0.29

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ มีอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 51.35 (อายุเฉลี่ย 30 ปี) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของพิทักษ์พงษ์พรรณพราว⁴ ที่พบว่า การฝากครรภ์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย 26 ปี และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลฝาง ได้แก่ การทราบผลกระทบทการฝากครรภ์ล่าช้า การรับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์ สถานภาพครอบครัว แรงจูงใจให้มาฝากครรภ์ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา บัตลา⁵ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ ในบางปัจจัย คือ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส แต่แตกต่างจากการศึกษาของพิทักษ์พงษ์พรรณพราว ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ คือ สิทธิในการรักษาพยาบาล ระดับศึกษา การให้ความรู้ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยปัจจัยที่ได้ค้นพบครั้งนี้ดังกล่าว สามารถนำมาโดยอภิปรายผลการวิจัยตามข้อค้นพบดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทราบผลกระทบทการฝากครรภ์ล่าช้าจะมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์

ครบ 12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบผลกระทบทการฝากครรภ์ล่าช้า ถึง 8.47 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์⁶ ที่ได้ศึกษาทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวยจังหวัดนนทบุรี โดยพบว่า มุมมองด้านการรับรู้ข้อเสียของการมาฝากครรภ์ช้า ผลการศึกษาการรับรู้ข้อเสียของการมาฝากครรภ์ช้าจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ถ้าทารกในครรภ์มีภาวะผิดปกติจะทำให้ช่วยเหลือหรือแก้ไขได้ไม่ทันท่วงทีได้รับยาบำรุงครรภ์และวัคซีนซ้ำ การมาฝากครรภ์ช้าจะทำให้ถูกต่อว่าจากเจ้าหน้าที่

ด้านการรับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์จะมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับรู้ข้อมูลเรื่องการฝากครรภ์ถึง 5.42 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์⁶ ที่พบว่า มุมมองด้านการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็ว กลุ่มตัวอย่างที่มีมุมมองหรือความคิดเห็นต่อประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็ว โดยสามารถจัดกลุ่มเป็นหัวข้อได้เป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การฝากครรภ์เร็วจะช่วยให้ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพื่อค้นหาภาวะผิดปกติในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงโดยการสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกายการเจาะเลือด เพื่อค้นหาความผิดปกติหรือความเสี่ยงที่จะมีผล

ต่อการตั้งครรภ์และการคลอด 2) การฝากครรภ์เร็ว ช่วยให้สุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์แข็งแรง เนื่องจากทารกได้รับวิตามินบำรุงร่างกาย 3) การฝากครรภ์เร็วจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และขณะคลอดได้ 4) ช่วยวางแผนเรื่องวิธีการคลอด และสถานที่ที่จะคลอดให้ผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่ทราบวันกำหนดคลอดของตนเองเนื่องจากประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้และมีมุมมองว่าการมาฝากครรภ์จะทำให้ทราบกำหนดคลอดที่แน่นอนสถานภาพครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ด้วยกันกับคู่สมรสจะมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่แยกกันอยู่กับคู่สมรส ถึง 3.19 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ใจพิงค์ ที่พบว่า สถานภาพทางครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ด้วยกันกับคู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้า แตกต่างจากการศึกษาของดีวอกซ์ และคณะ⁹ ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ คือ หญิงที่เลี้ยงบุตรอยู่ตามลำพัง ด้านแรงจูงใจให้มาฝากครรภ์ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงจูงใจจากคู่สมรส/บิดา/มารดา และญาติ ให้มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงจูงใจจากบุคคลอื่น ถึง 2.15 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์ โดยพบว่า มุมมองของผู้ให้ข้อมูลต่อปัจจัยที่กระตุ้นหรือแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่สนับสนุนช่วยเหลือหรือแนะนำ ให้มาฝากครรภ์ได้แก่สามีหรือแฟนครอบครัวเช่นมารดา ของหญิงตั้งครรภ์และสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิด ได้แก่ พี่สาว พี่สะใภ้ เป็นต้น นายจ้างและเพื่อนร่วมงาน และร้านขายยาจากการสัมภาษณ์จึงได้พบว่าร้านขายยา

ที่หญิงตั้งครรภ์ไปซื้อชุดทดสอบการตั้งครรภ์ก็มีการให้คำแนะนำให้ผู้ให้ข้อมูลมาฝากครรภ์ตั้งแต่นั้น ๆ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท จะมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวถึง 2.02 เท่า ในส่วนของปัจจัยด้านเศรษฐกิจก็มีผลต่อระยะเวลาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก แม้ว่าปัจจุบันนี้การฝากครรภ์ไม่มีค่าใช้จ่ายจากระบบบริการแต่ยังมีค่าใช้จ่ายแฝงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมารับบริการฝากครรภ์ได้เร็ว เช่น ค่าเดินทางรวมถึงการขาดรายได้ของสามีเมื่อหยุดงานเพื่อพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ ทองโต⁹ ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า ได้แก่ ปัญหาด้านการเงินและความยากจนเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของเพราดีส และคณะ¹⁰ ที่พบว่า เหตุผลสำคัญอันดับแรกที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของหญิงตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิชัย สิทธิโรจน์พร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่สนับสนุนและอนุญาตให้เผยแพร่การศึกษานี้ การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ประจำงานฝากครรภ์โรงพยาบาลฝาง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือตลอดมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. บริษัท วาณิชยเศรษฐกิจ. ตำราสถิติศาสตร์การตั้งครรภ์และการคลอดปกติ. กรุงเทพฯ: บริษัท บุ๊คเน็ท จำกัด; 2546.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนพัฒนาสาธารณสุข 4 ปี พ.ศ. 2556-2559. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ธ.ค. 2557] เข้าถึงได้จาก <http://www.bps.ops.moph.go.th/plan4year>
3. Wayne W Daniel. Biostatistics a foundation for analysis in the health sciences. USA: Malloy Lithographing, Inc. 1995;85:1047-54.

4. พิทักษ์พงษ์ พรรณพราว. การจัดการเชิงรุกในการใช้บัตรสุขภาพแม่และเด็กของการฝากครรภ์ครั้งแรก (ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์) ในโรงพยาบาลนาตุณ อำเภอนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558;20(1):86-77.
5. ชูติมา บัตลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากอายุครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ในโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. 2557;10(1):50-42
6. เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์. ทิศนะของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2556;4:134-125.
7. กนกวรรณ ใจพิงค์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน. [การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2554.
8. Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. American journal of preventive medicine. 2001;21(1):52-9.
9. นางลักษณะทองโต. ปัจจัยเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทย. วารสารประชากร. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 28พ.ย. 2557] เข้าถึงได้จาก <http://www.library1.nida.ac.th>
10. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2005;88(2):168-72.



อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิกและการรักษาในทารกที่คลอดในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Incidence of neonatal sepsis, Clinical features and Treatment in newborn infants born at Suwannaphum hospital

Kingkarn Boonphimol, M.D.
Dip. Thai Board of pediatrics
Suwannaphum Hospital, Roi Et province

กึ่งกาญจน์ บุญพิมล พ.บ.
ว. กุมารเวชศาสตร์
โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิกและการรักษาของทารกที่คลอดในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2556 ถึง 31 พฤษภาคม 2558 รวมระยะเวลา 2 ปี จำนวนทั้งสิ้น 48 ราย โดยมีการทบทวนข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก บำบัดเลี้ยง อาหารและอาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาและระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะ

ผลการศึกษา: จากการศึกษาทารกแรกเกิดที่เกิดในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิรวมระยะเวลา 2 ปี พบว่ามีภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดทั้งหมด 48 ราย จากจำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด 911 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 52.69 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย โดยอุบัติการณ์ของ Early onset sepsis คิดเป็น 23.05 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย และอุบัติการณ์ของ Late onset sepsis คิดเป็น 29.64 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย มีทารกที่เป็น การติดเชื้อในระยะแรก 21 ราย (ร้อยละ 43.75) และเป็นทารกที่เป็นการติดเชื้อในระยะหลัง 27 ราย (ร้อยละ 56.25) อาการทางคลินิกที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ มีไข้ 40 ราย (ร้อยละ 83.33) ภาวะตัวเหลือง 24 ราย (ร้อยละ 50) หายใจหอบเร็ว 17 ราย (ร้อยละ 35.41) ท้องอืด 8 ราย (ร้อยละ 16.67) ซึมลง 7 ราย (ร้อยละ 14.56) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบภาวะเม็ดเลือดขาวในเลือดสูง (Leukocytosis) 10 ราย (ร้อยละ 20.83) ภาวะเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ (Leukopenia) 2 ราย (ร้อยละ 4.17) ส่วนผลเพาะเชื้อในเลือด (Hemoculture) พบขึ้นเชื้อเพียง 2 ราย (ร้อยละ 4.17) โดยเชื้อที่พบคือ Coagulase negative Staphylococcus (CoNS) จำนวน 2 ราย ส่วนผลเพาะเชื้อจาก น้ำไขสันหลังไม่ขึ้นเชื้อทุกราย ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในกลุ่ม Early onset sepsis ทุกรายรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Ampicillin + Gentamicin ในกลุ่ม Late onset sepsis ยาปฏิชีวนะที่ใช้มากที่สุด คือ Cloxacillin + Gentamicin

สรุป: อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2556 ถึง 31 พฤษภาคม 2558 คิดเป็น 52.69 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง จึงควรมีแนวทางปฏิบัติ เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ร่วมกับสังเกตอาการทารกอย่างใกล้ชิด เพื่อหลีกเลี่ยงการให้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด อุบัติการณ์

Abstract

Objective: To determine the incidence and identify the clinical manifestations, treatment of neonatal sepsis in infants born at Suwannaphum hospital

Methods : This is a retrospective descriptive study of neonatal sepsis between June 1, 2013 to May 30, 2015. Their history, clinical manifestations, laboratory investigations and treatments were reviewed

Results : 48 of 911 infants born during study period were neonatal sepsis. The incidence of neonatal sepsis was 52.69 per 1000 live births. The incidence of early onset sepsis was 23.05 per 1000 live births, while the incidence of late onset sepsis was 29.64 per 1000 live births. 21 infants (43.75%) were early onset sepsis and 27 infants (56.25%) were late onset sepsis. The most common clinical manifestations was fever (83.33%). The most common laboratory finding was leukocytosis (20.83%). Only 2 of infants had positive blood culture (4.17%). Organism identified was Coagulase negative Staphylococcus (CoNS). Antibiotics treatment in all early onset sepsis infants were Ampicillin + Gentamicin. Cloxacillin + Gentamicin were antibiotics treatment in most late onset sepsis infants.

Conclusion : The incidence of neonatal sepsis was high in Suwannaphum hospital. Diagnostic criteria and guideline of treatment for neonatal sepsis should be created to minimize antibiotic over use.

Key words : Neonatal sepsis, Incidence

บทนำ

การติดเชื้อในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุหลักสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตในวัยทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ สาเหตุเกิดได้ตั้งแต่ปัจจัยเสี่ยงในมารดาขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด และสิ่งแวดล้อมต่างๆ หลังคลอด รวมถึงตัวทารกแรกเกิดเองที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่างๆ ในร่างกายยังไม่สมบูรณ์มีผิวหนังบาง น้ำหนักตัวน้อยและได้รับการทำหัตถการต่างๆ อยู่บ่อยครั้ง

การติดเชื้อในทารกแรกเกิดแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มตามช่วงเวลาของการเกิดการติดเชื้อและมีความสำคัญในแง่ของการวินิจฉัย ชนิดของเชื้อ รวมถึงการให้การรักษา การรักษาในผู้ป่วยทารกแรกเกิดเหล่านี้จะต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อครอบคลุมเชื้อที่พบเป็นส่วนใหญ่ ดังนี้^{1,2,3,4}

1. การติดเชื้อในระยะแรกหรือ early onset sepsis (EOS) หมายถึงการติดเชื้อในทารกแรกเกิดใน 3 วันแรกของชีวิตเชื้อส่วนใหญ่จะเกิดจากการติดเชื้อก่อนคลอด เช่น มารดามีประวัติน้ำเดินมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ชั่วโมงก่อนคลอดภาวะ chorioamnionitis และภาวะที่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกมักเกิดอาการทันทีหลังคลอด เช่น หายใจหอบจากปอดติดเชื้อ หรือมีความดันโลหิตต่ำ

เป็นต้น มีอัตราการเสียชีวิตสูงมากถึงร้อยละ 5-20 เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่พบในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหารและระบบสืบพันธุ์ของมารดาได้แก่ เชื้อ Group B Streptococci (GBS)

2. การติดเชื้อในระยะหลังหรือ late onset sepsis (LOS) หมายถึงการติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่อายุมากกว่า 3 วันขึ้นไปเกิดจากการติดเชื้อจากช่องคลอดและสิ่งแวดล้อมหลังคลอด อาการมักค่อยเป็นค่อยไป อัตราการตายประมาณร้อยละ 5 พบภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้บ่อย เชื้อที่พบบ่อยได้แก่ Group B Streptococci (GBS), Enterococci, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม เชื้อที่พบส่วนใหญ่มักเป็นเชื้อ candida species, Coagulase negative Staphylococcus (CoNS)

การวินิจฉัยการติดเชื้อในทารกแรกเกิด การให้การวินิจฉัยการติดเชื้อในทารกแรกเกิดต้องอาศัยอาการและอาการแสดงต่างๆ ซึ่งอาการของ sepsis เป็น non specific symptoms อาจมีอาการแสดงได้หลายระบบ เช่น อาการหายใจลำบาก คือ หายใจเร็ว จมูกบาน หน้าอกบวม, อาการซีด, อาการไข้, ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ, ตัวเหลือง, ไม่ค่อยดูดนม อาเจียน ท้องอืดหยุดหายใจ,

ซึก, เขียว, มีจุดเลือดออกตามตัว เป็นต้นร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น complete blood count (CBC), C reactive protein (CRP), blood culture ซึ่งเป็น gold standard³, urine culture, CSF culture

จากการศึกษาในต่างประเทศซึ่งทำในประเทศที่กำลังพัฒนา⁵ พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่ใช้ลักษณะทางคลินิกเป็นหลักในการวินิจฉัย (Clinical suspected sepsis) มีอุบัติการณ์ถึง 49-170 ราย ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 ราย โดยมีการศึกษาซึ่งทำในประเทศบังคลาเทศ พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่ใช้ลักษณะทางคลินิกเป็นหลักในการวินิจฉัย (Clinical suspected sepsis) มีอุบัติการณ์ 50 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 ราย⁶ หากใช้วิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด คือ การเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลบวก (Culture confirm sepsis) จะมีอุบัติการณ์ 3 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 ราย ส่วนการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว อุตการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่มีผลเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลบวก (Culture confirm sepsis) ประมาณ 1-3 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย⁷

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จรรยา จิระประดิษฐาและคณะ ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในทารกแรกเกิดและเชื้อที่เป็นสาเหตุในโรงพยาบาลศรีนครินทร์⁸ ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2555 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่มีเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลบวก คือ 7 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 ราย โดยมีอุบัติการณ์ของ Early onset sepsis 1.5 ราย ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 ราย และอุบัติการณ์ของ Late onset sepsis 5.5 ราย ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 ราย พรเพ็ญ มนต์ศรีตระกูลและคณะได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 72 ชั่วโมงในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า⁹ คิดเป็นอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อ 13.1 ราย ต่อทารกคลอดมีชีพ 1000 ราย และการศึกษาของ ยิ่งรัก ปิงวงศานุรักษ์ ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่คลอดใน

โรงพยาบาลด่านขุนทด¹⁰ ในช่วง 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2552 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทารกแรกเกิดโดยใช้ลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก คือ 25.04 ราย ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 รายซึ่งพบว่าค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกที่มีผลเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลบวก

โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงตามกรอบ (เปิดให้บริการจริง 156 เตียง) มีทารกแรกเกิดมีชีพตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2556 ถึง 31 พฤษภาคม 2557 จำนวน 394 ราย 1 มิถุนายน 2557 ถึง 31 พฤษภาคม 2558 จำนวน 517 ราย ในจำนวนนี้พบว่า มีจำนวนภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด 20 -30 รายต่อปีและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ซึ่งให้บริการทั้งผู้ป่วยในอำเภอสุววรรณภูมิ และอำเภอใกล้เคียง รวมทั้งรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่าย แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสุววรรณภูมิมาก่อน ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อหาอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ในทารกที่คลอดในโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ
- 2) เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกและการรักษาภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดในทารกที่คลอดในโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและผลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลสุววรรณภูมิซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2556 ถึง 31 พฤษภาคม 2558 รวมระยะเวลา 2 ปี จำนวนทั้งสิ้น 48 ราย โดยมีการทบทวนข้อมูลทั่วไปของมารดา

และทารก ปัจจัยเสี่ยงของมารดาและทารก อาการและอาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาและระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) รายงานโดยใช้จำนวนร้อยละและค่าเฉลี่ย

คำจำกัดความ

ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด (Neonatal sepsis) หมายถึง กลุ่มอาการหรืออาการแสดงของทารกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในช่วง 1 เดือนแรกของชีวิต

การติดเชื้อในระยะแรก (Early onset sepsis) หมายถึง การติดเชื้อในทารกแรกเกิดใน 3 วันแรกของชีวิต

การติดเชื้อในระยะหลัง (Late onset sepsis) หมายถึง การติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่อายุมากกว่า 3 วันขึ้นไป จนถึงอายุ 1 เดือน

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา มีผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด จำนวน 48 ราย จากจำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด 911 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 52.69 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย โดยอุบัติการณ์ของ Early onset sepsis คิดเป็น 23.05 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย และ อุบัติการณ์ของ Late onset sepsis คิดเป็น 29.64 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย

จากข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อ 48 ราย (ตารางที่ 1) เป็นทารกเพศชาย 27 ราย (ร้อยละ 56.25) ทารกเพศหญิง 21 ราย (ร้อยละ 43.75) อายุครรภ์แรกเกิดเฉลี่ย 38 สัปดาห์ (range 35-41 สัปดาห์) เป็นทารกครบกำหนด 46 ราย (ร้อยละ 95.83)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อ และมารดา (n=48)

ข้อมูล	
เพศ	
ชาย : หญิง (ราย)(ร้อยละ)	27 : 21 (56.25 : 43.75)

ทารกเกิดก่อนกำหนด 2 ราย (ร้อยละ 4.17) น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2500 กรัม 46 ราย (ร้อยละ 95.83) น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม 2 ราย (ร้อยละ 4.17) น้ำหนักเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 3177.5 กรัม อายุเฉลี่ยของมารดาคือ 26 ปี (range 15-43 ปี) ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาที่พบได้แก่น้ำคร่ำเดินก่อนคลอด >18 ชั่วโมง 3 ราย (ร้อยละ 6.25) มารดามีไข้หรือมีการติดเชื้อ 1 ราย (ร้อยละ 2.08) มีทารกที่เป็นการติดเชื้อในระยะแรก 21 ราย (ร้อยละ 43.75) และเป็นทารกที่เป็นการติดเชื้อในระยะหลัง 27 ราย (ร้อยละ 56.25)

อาการและอาการแสดงของทารกที่มีภาวะติดเชื้อ (ตารางที่ 2) มีอาการดังนี้คือ มีไข้ 40 ราย (ร้อยละ 83.33) ภาวะตัวเหลือง 24 ราย (ร้อยละ 50) หายใจหอบเร็ว 17 ราย (ร้อยละ 35.41) ท้องอืด 8 ราย (ร้อยละ 16.67) ซึมลง 7 ราย (ร้อยละ 14.56) ภาวะตัวเย็น 4 ราย (ร้อยละ 8.33) อาเจียน 3 ราย (ร้อยละ 6.25) ท้องเสีย 3 ราย (ร้อยละ 6.25) ภาวะตัวเขียว 1 ราย (ร้อยละ 2.08) โดยทารกที่มีอาการและอาการแสดงตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไปมีจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 83.33) กรณีมีอาการและอาการแสดงตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไปโดยไม่รวมภาวะตัวเหลือง มีจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 52.08) มีทารกที่มีไข้อย่างเดียว 6 ราย (ร้อยละ 12.5) และมีอาการหายใจหอบเร็วอย่างเดียว 2 ราย (ร้อยละ 4.17)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของทารกที่มีภาวะติดเชื้อ (ตารางที่ 3) พบว่ามี Abnormal CBC จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 25) โดยมีภาวะเม็ดเลือดขาวในเลือดสูง (Leukocytosis) 10 ราย (ร้อยละ 20.83) ภาวะเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ (Leukopenia) 2 ราย (ร้อยละ 4.17) ผลเพาะเชื้อในเลือด (Hemoculture) พบขึ้นเชื้อเพียง 2 ราย (ร้อยละ 4.17) โดยเชื้อที่พบคือ Coagulase negative Staphylococcus (CoNS) จำนวน 2 ราย ส่วนผลเพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลังไม่ขึ้นเชื้อทุกราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกที่มีภาวะติดเชื้อและมารดา (n=48) (ต่อ)

ข้อมูล	
อายุมารดา	
อายุน้อยกว่า 20 ปี (ราย)(ร้อยละ)	10 (20.83)
อายุ 20-35 ปี (ราย)(ร้อยละ)	34 (70.83)
อายุมากกว่า 35 ปี (ราย)(ร้อยละ)	4 (8.33)
อายุเฉลี่ยของมารดา (ปี) (mean ± SD)	26.02 ± 6.56
อายุครรภ์	
อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป (ราย)(ร้อยละ)	46 (95.83)
อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (ราย)(ร้อยละ)	2 (4.17)
อายุครรภ์เฉลี่ย (สัปดาห์)(mean ± SD)	38 ± 1.17
น้ำหนักแรกเกิด	
น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2500 กรัม (ราย)(ร้อยละ)	46 (95.83)
น้ำหนักแรกเกิด 1500-2500 กรัม (ราย)(ร้อยละ)	2 (4.17)
น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1500 กรัม (ราย)(ร้อยละ)	0 (0.00)
น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย (กรัม) (mean ± SD)	3177.5 ± 474.19
Apgar score	
ที่ 5 นาที < 6	0 (0.00)
ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา	
น้ำคร่ำเดินก่อนคลอด > 18 ชั่วโมง (prolong PROM > 18 hrs)(ราย)(ร้อยละ)	3 (6.25)
น้ำคร่ำติดเชื้อ (Chorioamnionitis) (ราย)(ร้อยละ)	0 (0.00)
มารดามีไข้หรือมีการติดเชื้อ (Intrapartum maternal fever)(ราย)(ร้อยละ)	1 (2.08)
ชนิดของการติดเชื้อในทารกแรกเกิด	
การติดเชื้อในระยะแรก (EOS) (ราย)(ร้อยละ)	21 (43.75)
การติดเชื้อในระยะหลัง (LOS) (ราย)(ร้อยละ)	27 (56.25)

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงในทารกที่มีภาวะติดเชื้อ (n = 48)

อาการและอาการแสดง	จำนวนผู้ป่วย (คน)(ร้อยละ)
Abnormal temperature	44 (91.66)
Fever	40 (83.33)
Hypothermia	4 (8.33)
Abnormal respiration	17 (35.41)
Tachypnea	17 (35.41)
Apnea	0 (0.00)
Abnormal cardiovascular	1 (2.08)
Cyanosis	1 (2.08)
Hypotension	0 (0.00)

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงในทารกที่มีภาวะติดเชื้อ (n = 48) (ต่อ)

อาการและอาการแสดง	จำนวนผู้ป่วย (คน)(ร้อยละ)
Abnormal neurology	7 (14.56)
Lethargy	7 (14.56)
Seizure	0 (0.00)
Abnormal gastrointestinal	14 (29.17)
Vomit	3 (6.25)
Diarrhea	3 (6.25)
Abdominal distension	8 (16.67)
Jaundice	24 (50.00)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในทารกแรกเกิดที่มีการติดเชื้อ (n = 48)

ผลการตรวจ	จำนวนผู้ป่วย (คน)(ร้อยละ)
Abnormal CBC	12 (25.00)
Leukocytosis	10 (20.83)
Leukopenia	2 (4.17)
Neutropenia	0 (0.00)
Thrombocytopenia	0 (0.00)
I : T ratio > 0.2	0 (0.00)
Normal CBC	36 (75.00)
Hemoculture	
ขึ้นเชื้อ	2 (4.17)
- Coagulase negative Staphylococcus	2 (4.17)
ไม่ขึ้นเชื้อ	46 (95.83)
ไม่ได้ส่งตรวจ	0 (0.00)
CSF culture	
ขึ้นเชื้อ	0 (0.00)
ไม่ขึ้นเชื้อ	20 (41.67)
ไม่ได้ส่งตรวจ	28 (58.33)
Abnormal glucose	
Hypoglycemia	3 (6.25)
Hyperglycemia	3 (6.25)

การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ (ตารางที่ 4) ในกลุ่ม Early onset sepsis จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 43.75) ทุกรายรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Ampicillin + Gentamicin มีจำนวนผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 14.58) ที่ได้ยาปฏิชีวนะน้อยกว่า 7 วัน เนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น

จึงได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีอาการหอบมากขึ้นหลังการรักษา 5 ราย (ร้อยละ 10.42) เหลืองเพิ่มขึ้นถึงเกณฑ์เปลี่ยนถ่ายเลือด 1 ราย (ร้อยละ 2.08) ซึมลง 1 ราย (ร้อยละ 2.08) ผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 29.17) ได้รับยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน

ในกลุ่ม Late onset sepsis จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 56.25) มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Cloxacillin + Gentamicin 11 ราย (ร้อยละ 22.62) Cefotaxime + Amikacin 8 ราย (ร้อยละ 16.67) Cefotaxime อย่างเดียว 4 ราย (ร้อยละ 8.33) Cefotaxime + Gentamicin 3 ราย (ร้อยละ 6.25) Ampicillin + Cefotaxime 1 ราย (ร้อยละ 2.08)

มีจำนวนผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 14.58) ที่ได้ยาปฏิชีวนะ น้อยกว่า 7 วัน เนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น จึงได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยมีอาการหอบมากขึ้นหลังการรักษา 4 ราย (ร้อยละ 8.33) ใช้ไม่ลง 2 ราย (ร้อยละ 4.17) ซึมลง 1 ราย (ร้อยละ 2.08) ผู้ป่วย 13 ราย (ร้อยละ 27.08) ได้รับยาปฏิชีวนะ 7 วัน และอีก 7 ราย (ร้อยละ 14.58) ได้รับยาปฏิชีวนะ 10-14 วัน

ตารางที่ 4 การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ

การรักษา	Early onset sepsis จำนวนผู้ป่วย (คน)(ร้อยละ) (n = 21)	Late onset sepsis จำนวนผู้ป่วย (คน)(ร้อยละ) (n = 27)
ชนิดของยาฆ่าเชื้อ		
Ampicillin + Gentamicin	21 (43.75)	
Cloxacillin + Gentamicin		11 (22.62)
Ampicillin + Cefotaxime		1 (2.08)
Cefotaxime + Gentamicin		3 (6.25)
Cefotaxime + Amikacin		8 (16.67)
Cefotaxime		4 (8.33)
ระยะเวลาการให้ยา		
< 7 วัน	7 (14.58)	7 (14.58)
7 วัน	14 (29.17)	13 (27.08)
> 7 - 14 วัน		7 (14.58)

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่คลอดในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2556 ถึง 31 พฤษภาคม 2558 คิดเป็น 52.69 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 รายโดยอุบัติการณ์ของ Early onset sepsis คิดเป็น 23.05 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย และอุบัติการณ์ของ Late onset sepsis คิดเป็น 29.64 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย ซึ่งเป็นอัตราที่สูงเนื่องจากเป็นอุบัติการณ์ที่ใช้ลักษณะทางคลินิกเป็นหลักในการวินิจฉัย (Clinical suspected sepsis) และสูงกว่าอุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่ศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำในประเทศไทย^{8,9,10} แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศที่ทำในประเทศที่กำลังพัฒนาที่พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อใน

ทารกแรกเกิดที่ใช้ลักษณะทางคลินิกเป็นหลักในการวินิจฉัย (Clinical suspected sepsis) มีอุบัติการณ์ถึง 49-170 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 ราย โดยมีการศึกษาหนึ่งซึ่งทำในประเทศบังคลาเทศพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่ใช้ลักษณะทางคลินิกเป็นหลักในการวินิจฉัย (Clinical suspected sepsis) มีอุบัติการณ์ 50 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 ราย⁶ หากใช้วิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด คือการเพาะเชื้อจากเลือดให้ผลบวก (Culture confirm sepsis) จะมีอุบัติการณ์ 3 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1000 ราย ส่วนการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้วอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่มีผล

เพราะเชื้อจากเลือดให้ผลบวก (Culture confirm sepsis) ประมาณ 1-3 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1000 ราย⁷

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้าน มารดาและทารก เช่น น้ำเดินก่อนคลอดนานเกิน 18 ชั่วโมง การติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ การติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ มารดามีไข้ใกล้คลอดหรือระหว่างคลอด พบปัจจัยเสี่ยงค่อนข้างต่ำซึ่งอาจเนื่องจากจำนวนทารก ค่อนข้างน้อย หรือ ข้อมูลประวัติมารดาไม่ชัดเจน

อาการและอาการแสดงของทารกที่มีภาวะ ติดเชื้อพบได้ทุกระบบ และอาการที่พบบ่อยเรียงลำดับ จากมากไปน้อย ได้แก่ อาการไข้ ภาวะตัวเหลือง ภาวะ หายใจเร็ว ท้องอืด ซึม ตัวเย็น อาเจียน ท้องเสีย ภาวะ ตัวเขียว ส่วนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบส่วนใหญ่ คือ Abnormal WBC มีจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 25) โดยมีภาวะเม็ดเลือดขาวในเลือดสูง (Leukocytosis) 10 ราย (ร้อยละ 20.83) ภาวะ เม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ (Leukopenia) 2 ราย (ร้อยละ 4.17)

จากการศึกษานี้พบว่า แพทย์ให้ความสำคัญ กับอาการและอาการแสดงมากที่สุด ส่วนผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการเป็นเพียงเครื่องมือยืนยันการวินิจฉัย เนื่องด้วยภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดเป็นภาวะ ฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ ทำให้มีการวินิจฉัยและรักษาไปก่อนแม้ผลตรวจทางห้อง ปฏิบัติการจะปกติ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุให้อุบัติการณ์ ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดสูงกว่าความเป็นจริงได้

ส่วนการเพาะเชื้อซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการ วินิจฉัยภาวะติดเชื้อให้ผลบวกค่อนข้างต่ำ พบผู้ป่วย ที่มีผลเพาะจากเลือดขึ้นเชื้อเพียง 2 ราย (ร้อยละ 4.17) ส่วนผลเพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลังไม่ขึ้นเชื้อทุกราย ซึ่ง อาจเกิดจากห้องปฏิบัติการทางแพทย์ของโรงพยาบาล สุวรรณภูมิยังไม่สามารถเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจเองได้ ต้องส่งเพาะเชื้อต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด การส่ง เเพาะเชื้อสิ่งส่งตรวจล่าช้า ไม่ได้ส่งทันที หรือการเก็บ สิ่งส่งตรวจไว้ไม่ถูกวิธีเพื่อรอส่งตรวจที่โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด อาจส่งผลทำให้ผลเพาะเชื้อให้ผลบวก ค่อนข้างต่ำ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้ผล เเพาะเชื้อให้ผลบวกค่อนข้างต่ำ ได้แก่ ปริมาณเลือด ที่ส่งตรวจไม่พอ มารดาได้ยาปฏิชีวนะก่อนคลอด

การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วย Early onset sepsis ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษา ทุกรายยังเลือกให้ยาปฏิชีวนะที่เป็น First line drug ก่อน คือ Ampicillin + Genta-micin ส่วนการรักษา Late onset sepsis ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษามากที่สุดคือ Cloxa-cillin + Gentamicin ส่วนยาอื่น ๆ ที่ใช้ได้แก่ Cefotaxime+Amikacin, Cefotaxime, Cefotaxime+Gentamicin ,Ampicillin+Cefotaxime โดยระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะโดยส่วนใหญ่แพทย์ ให้จนครบ 7 วัน (ร้อยละ 56.25) ในกลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับยาปฏิชีวนะนานกว่า 7 วัน (ร้อยละ 14.58) เป็นผู้ป่วยที่ต้องรอผลเพาะเชื้อในเลือดซ้ำ และ ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบร่วมด้วยการ ที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล สุวรรณภูมิยังไม่สามารถเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจเองได้ ต้องส่งเพาะเชื้อต่อที่ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำให้มีข้อจำกัดเรื่องการรายงานผลเพาะเชื้อล่าช้า ซึ่งมักจะทราบผลประมาณวันที่ 6-7 ของการรักษา (ทั้งที่ผลเพาะเชื้อเป็นลบตั้งแต่วันที่ 3) จึงจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะไปจนครบ 7 วันทำให้ระยะเวลาการรักษา ในโรงพยาบาลนานกว่าที่ควรซึ่งเป็นสาเหตุให้ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย กำลังคนและการครองเตียง

สรุป

อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด ที่คลอดในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิก่อนข้างสูง โดยเมื่อ ประเมินความเสี่ยงด้านมารดาและทารกพบว่ามีความเสี่ยงน้อยมาก การวินิจฉัยและเริ่มยาปฏิชีวนะของ แพทย์อาศัยข้อมูลอาการอาการแสดงทางคลินิกเป็นหลัก ซึ่งมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย โดยยังไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่แน่นอน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุ ให้อุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดสูงกว่าความเป็นจริง ผู้ทำการศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมี แนวทางปฏิบัติในการดูแลและการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ ในทารกแรกเกิด โดยการพิจารณาจากข้อมูลทางคลินิก หลาย ๆ อย่างร่วมกัน รวมทั้งการสังเกตอาการทารก ที่เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและนานพอ ก่อนตัดสินใจรักษา มีหลักเกณฑ์ในการกำหนดระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะ

และพัฒนาศักยภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ในโรงพยาบาลให้สามารถเพาะเชื้อสิ่งส่งตรวจได้เอง
จะช่วยทำให้ทารกได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและ

ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น
และลดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Edward. M.S. Postnatal bacterial infections. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. Neonatal perinatal medicine, disease of the fetus and infant, 9thed, St. Louis: Modby Elsevier;2011.p.793-830.
2. Polin RA. and the COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. Pediatrics2012;129(5):1006-15.
3. Bentlin MR, Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo. Late onset sepsis: epidemiology, evaluation, and outcome. Neoreviews2010;11;e426-34.
4. Edward. M.S. Management and outcome of sepsis in term and late preterm infants. Available from : <http://www.uptodate.com>. Access August 9,2015.
5. Ganatra HA, Zaidi AKM. Neonatal infections in the developing world. SeminPerinatol. 2010;34:416-425.
6. Chako B, Sohi I. Early onset neonatal sepsis. Indian J Pediatr. 2005;72:23-26.
7. Bizzaro MJ, Raskind C, Baltimore RS, et al. Seventy-five years of neonatal sepsis at Yale: 1928-2003. Pediatrics. 2005;116:595-602.
8. Jirapradittha J, Sirichaipornsak S, Kiatchoosakun P. Incidence and pathogen of neonatal sepsis in Srinagarind hospital. Srinagarind Med J. 2014;29:30.
9. พรเพ็ญ มนตรีศรีตระกูล, แสงแข ชำนาญวนกิจ, พรพัฒน์ รัศมีมารีย์, ปรียาพันธ์ แสงอรุณ. อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในระยะหลังคลอด ลักษณะทางคลินิก และการรักษา ในทารกที่คลอดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทย์ทหารบก 2547; 57:237-44.
10. ยี่งรัก ปิงวงศานุรักษ์. อุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในทารกแรก ลักษณะทางคลินิกและการรักษาของทารกที่คลอดในโรงพยาบาลด่านขุนทด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 2552;6:9-18.



ผลของการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคครรภ์เป็นพิษรุนแรง ที่คลอดในโรงพยาบาลโยธ

Pregnancy Outcome in Severe Preeclampsia Pregnant Women in Yasothon Hospital

Kanjana Nonzee, M.D.

Dip. Thai Board OB GYN

Yasothon Hospital, Yasothon province

กาญจนา นนทรีย์ พ.บ.

ว.ว. สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลโยธ จังหวัดโยธ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของมารดาและทารกแรกเกิดในสตรีตั้งครรภ์เป็นโรคครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่คลอดในโรงพยาบาลโยธ

รูปแบบ : การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่คลอดที่โรงพยาบาลโยธระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2555 จำนวน 125 ราย ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์โดยเฉพาะความชุกของภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและผลลัพธ์ของทารกแรกเกิดได้รับการวิเคราะห์ทางสถิติ

ผลการศึกษา : สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจำนวน 125 คนได้รับคัดเลือกเข้าสู่วิจัยศึกษา พบว่ามีการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง คุณภาพร้อยละ 75.7 ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระหว่างการตั้งครรภ์นี้ภาวะ Eclampsia ร้อยละ 0.8 HELLP ร้อยละ 1.6 ตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 20.6 ติดเชื้อหลังคลอด ร้อยละ 7.1 และไม่พบภาวะรกลอกตัวก่อนคลอดและมารดาเสียชีวิต ผลเสียของการตั้งครรภ์ต่อทารกที่พบในการศึกษานี้ได้แก่ คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 41.6 ทารกน้ำหนักน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ร้อยละ 10.4 และทารกเสียชีวิตในครรภ์ร้อยละ 3.2

สรุป : สตรีตั้งครรภ์ที่ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงแม้ว่าจะมีการฝากครรภ์ได้ครบ 4 ครั้ง คุณภาพแต่ก็มีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนทั้งตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อที่แผล HELLP และชักได้ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ส่วนทารกทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและโตช้าในครรภ์ ดังนั้นการดูแลที่ดีตั้งแต่เริ่มเตรียมตัวตั้งครรภ์เพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค

คำสำคัญ : ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง, สตรีตั้งครรภ์

Abstract

Objective : To evaluate the maternal and neonatal outcome of pregnancies with severe preeclampsia, delivered in Yasothon Hospital.

Study design : a retrospective descriptive study.

Materials and methods : A descriptive study. Data were collected retrospectively. 125 Of pregnant women were diagnosed with Severe Preeclampsia, between October 1, 2008 to September 30, 2012. The prevalence of severe Preeclampsia and neonatal outcomes were analyzed statistically.

Results : Pregnant women who suffer severe Preeclampsia of 125 people were recruited into the study found that the quality of antenatal care at four times the 75.7 percent. The prevalence of severe complications during the pregnancy were eclampsia (0.8%) HELLP (1.6%), postpartum hemorrhage (20.6%), postpartum infection (7.1%) .Abruptio placenta and maternal morbidity were not found. Adverse fetal outcome in this study were found. Death fetus in utero (3.2%), Preterm infants (41.6%), small for gestational age(10.4%)and birth asphyxia(12%).

Conclusion : The pregnant women with severe preeclampsia despite the ANC has reached four times the quality, but a chance encounter complications including postpartum hemorrhage, infection of the wound HELLP and eclampsia, which increases the risk of death fetus in utero,preterm delivery and birth asphyxia. Therefore, proper prenatal care can reduce the risk of pregnancy complications.

Keywords : Severe Preeclampsia, Pregnant women

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นโรคที่เกิดจากการทำงานของเยื่อหลอดเลือด (endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (vasospasm) ผิดปกติ อุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษในสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2-6 ของหญิงสุขภาพปกติที่ตั้งครรภ์แรก¹⁻³ ส่วนในประเทศกำลังพัฒนา อุบัติการณ์อยู่ที่ร้อยละ 4-18⁴ ภาวะครรภ์เป็นพิษแบ่งเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่รุนแรง (mild preeclampsia) พบร้อยละ 75 และภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) พบร้อยละ 25 ในทางคลินิกภาวะครรภ์เป็นพิษหมายถึงการที่มีความดันโลหิตสูง systolic blood pressure \geq 140 mmHg และ diastolic blood pressure \geq 90 mmHg ในการวัด 2 ครั้งห่างกัน 4-6 ชั่วโมง และมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะซึ่งเกิดขึ้นหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ severe preeclampsia คือการที่มีภาวะ preeclampsia ร่วมกับอาการหรืออาการแสดงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้⁵

1. SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

2. Proteinuria 5 กรัมหรือมากกว่าในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

3. มีอาการปวดศีรษะ มีอาการทางสมอง

4. เจ็บได้ลิ้นปี

5. ค่า serum creatinine มากกว่า 1.4 มิลลิกรัม

6. เกิดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร

7. ค่า LDH ,AST,ALT เพิ่มขึ้น

พยาธิกำเนิดในปัจจุบันไม่ทราบแน่นอนจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดครรภ์เป็นพิษได้แก่ ภาวะอ้วน การตั้งครรภ์แฝด เคยเป็นครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน มีโรคที่เป็นก่อนตั้งครรภ์ เช่น Antiphospholipid syndrome สตรีตั้งครรภ์อายุมาก เป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังมาก่อน เบาหวานก่อนตั้งครรภ์⁶⁻⁹ สตรีตั้งครรภ์ที่มีครรภ์เป็นพิษเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนคลอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวายและชัก (eclampsia) เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษทำให้การไหลเวียนเลือดที่ลดลง ความต้านทานในรกมาก

ทำให้รกเสื่อมสภาพมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกได้แก่การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโตช้าในครรภ์เสียชีวิตในครรภ์ได้

จากสถิติของโรงพยาบาลยโสธร พบว่าอุบัติการณ์ภาวะครรภ์เป็นพิษมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 พบร้อยละ 3.25, 3.27, 3.39, 4.08, 4.36 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงรายงานการวิจัยของโรงพยาบาลศิริราชซึ่งพบภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 4 ของผู้ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช⁽¹⁰⁾ แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่โรงพยาบาลยโสธรในระยะเวลาที่ทำการศึกษายังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนเกี่ยวกับอายุครรภ์ที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ และการดูแลประเมินผู้ป่วยขณะฝากครรภ์เพื่อหากกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งขาดการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แนวทางเดิมจะให้ยาป้องกันชัก ให้ยาลดความดันโลหิต และยุติการตั้งครรภ์ทันทีเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกับสตรีตั้งครรภ์แต่พบว่าทำให้อัตราตายและทุพพลภาพต่อทารกในรายที่อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีรายงานการวิจัย randomized controlled trial^(11,12) ระบุว่า การรักษา severe preeclampsia แบบประคับประคองในช่วงอายุครรภ์ 24-32 สัปดาห์ จะสามารถยืดเวลาการคลอดออกไป 7 วัน โดยไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา และทำให้อัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของทารกลดลง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลของภาวะครรภ์เป็นพิษในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลยโสธรรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งผลต่อมารดาและทารก เนื่องจากยังไม่เคยมีการทำศึกษามาก่อนหน้านี้เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการรักษาในปัจจุบัน เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาใช้พัฒนางานด้านบริการและสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการรักษาแนวใหม่เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดา และลดภาวะความพิการหรือเสียชีวิตของทารก

วัตถุประสงค์

ศึกษาผลลัพธ์ของภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์และผลต่อทารกที่คลอดในมารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษ

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดที่โรงพยาบาลยโสธรระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2555 โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรง ตามเกณฑ์ของ National Institutes of Health Working Group on High Blood Pressure โดยตัดผู้ที่ข้อมูลบางส่วนไม่ครบออก โดยเก็บข้อมูลจากทะเบียนการคลอดของมารดาและทารก ข้อมูลที่ทำการศึกษา แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, จำนวนการตั้งครรภ์, อายุครรภ์เมื่อมาคลอด, จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์, วิธีการคลอด, ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติ ซึ่งพรรณนารายงานโดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ในระยะเวลาที่ทำการศึกษา (1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 – 30 กันยายน พ.ศ. 2555) พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาลยโสธรได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษทั้งหมด 618 คนโดยอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2551-2555 ร้อยละ 3.25, 3.27, 3.39, 4.08, 4.36 ตามลำดับ⁽¹³⁾ ในจำนวนนี้พบภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงจำนวน 129 คน มี 4 รายไม่ได้นำมาศึกษาเนื่องจากข้อมูลไม่ครบเหลือผู้ที่นำมาศึกษา 125 ราย เกิดภาวะ HELLP 2 ราย (ร้อยละ 1.6) และ Eclampsia 1 ราย (ร้อยละ 0.8) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ที่คลอดด้วยภาวะครรภ์เป็นพิษที่โรงพยาบาลโยธธ

	2551	2552	2553	2554	2555
ร้อยละของผู้ที่มาคลอดที่วินิจฉัยครรภ์เป็นพิษ	3.25%	3.27%	3.39%	4.08%	4.36%
Mild	87	78	103	124	97
Severe	19	25	25	33	24
HELLP	0	0	1	1	0
Eclampsia	0	0	0	1	0

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า อายุเฉลี่ย 28.7 ± 6.33 (ช่วงอายุ 17-41 ปี) โรคที่พบร่วมคือเบาหวานร้อยละ 8.8 ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 8.8 กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์คุณภาพ (≥ 4 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 75.2 ส่วนใหญ่จะเป็นครรภ์แรกคิดเป็นร้อยละ 57.6

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุมารดาเฉลี่ย (ปี)	28.7 ± 6.33 (range 17-41)
จำนวนการตั้งครรภ์	Nulli parity 72 (57.6) Multiparty 53 (42.4)
เป็นเบาหวานก่อนและระหว่างตั้งครรภ์	11(8.8)
ประวัติเป็นความดันโลหิตสูง	11(8.8)
จำนวนครั้งในการฝากครรภ์คุณภาพ	
ฝากครรภ์ < 4 ครั้ง	31(24.8)
ฝากครรภ์ ≥ 4 ครั้ง	94(75.2)

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ต่อสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอดประมาณ 35.6 ± 3.36 สัปดาห์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 41.6 วิธีการคลอดส่วนใหญ่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องคิดเป็นร้อยละ 71.2 ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดพบว่าการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 20.6 ติดเชื้อหลังผ่าตัด ร้อยละ 7.1 ไม่พบภาวะรกลอกตัวก่อนคลอด เกิดภาวะ Eclampsia 1 คน (ร้อยละ 0.8) HELLP 2 คน (ร้อยละ 1.6) หลังคลอดพบว่ามีร้อยละ 5.6 ที่ต้องได้รับยาลดความดันโลหิตสูง ไม่พบมารดาเสียชีวิตหลังคลอด

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ต่อสตรีตั้งครรภ์

ผลลัพธ์	จำนวน (N=125) (%)
Preterm delivery	
28-34 wk	27 (21.6)
34-37wk	25 (20)
อายุครรภ์เมื่อคลอด (SD)(สัปดาห์)	35.6 ± 3.36
Route of delivery	
Cesarean section	89 (71.2)
Vaginal delivery	19 (15.2)
F/E	1 (0.8)

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ต่อสตรีตั้งครรภ์ (ต่อ)

ผลลัพธ์	จำนวน (N=125) (%)
V/E	1 (0.8)
Postpartum hemorrhage	26 (20.6)
Postpartum infection	9 (7.1)
HELLP	2 (1.6)
Eclampsia	1 (0.8)
Persistent hypertention	7 (5.6)
Maternal mortality	0

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ต่อทารกแรกเกิด พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 41.6 น้ำหนักเฉลี่ยแรกคลอด $2,724.6 \pm 732.1$ กรัม ทารกที่น้ำหนักน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ร้อยละ 10.4, Apgar score ที่ 5 นานที่น้อยกว่า 7 คิดเป็นร้อยละ 12 พบภาวะเสียชีวิตของทารกในครรภ์ร้อยละ 3.2

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ต่อทารกแรกเกิด

ผลลัพธ์	จำนวน (ร้อยละ)
น้ำหนักเฉลี่ยแรกคลอด (กรัม) (+SD)	2724.6 ± 732.1
น้ำหนัก < 1,500 กรัม	9 (7.2)
น้ำหนัก 1,500-2,500 กรัม	32 (25.6)
น้ำหนัก > 2,500-4,000 กรัม	66 (52.8)
น้ำหนัก > 4,000 กรัม	3 (2.4)
Birth weight below 10 th percentile (%)	13 (10.4)
Death fetus in utero	4 (3.2)
Apgar score < 7 at 5 min	15 (12)

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารก จากข้อมูลพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม การฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง วิธีการคลอด ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทารกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกจะเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001) ในกลุ่มทารกที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนด โดยกลุ่มที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 34 สัปดาห์ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกร้อยละ 23 อายุครรภ์ 34-37 สัปดาห์พบร้อยละ 31.1

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน (N=50)	กลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (N=61)	P-value
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	14 (28)	12 (19.7)	0.303
มีโรคประจำตัวเดิม	36 (72)	79 (80.3)	

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน (N=50)	กลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (N=61)	P-value
อายุครรภ์ (สัปดาห์)			
28 -< 34	0(0)	14(23)	0.001
34 -< 37	5(10)	19(31.1)	
37 -< 40	42(84)	27(44.3)	
≥ 40	3(6)	1(1.6)	
จำนวนการฝากครรภ์			
ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง	9(18)	15(24.6)	0.401
มากกว่า 4 ครั้ง	41(82)	46(75.4)	
วิธีการคลอด			
คลอดปกติทางช่องคลอด	10(20)	9(14.8)	0.420
C/S	38(76)	51(83.6)	
V/E	1(2)	0(0)	
F/E	1(2)	1(1.6)	

วิจารณ์

การศึกษาผลการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่โรงพยาบาลโสธร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2555 พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษทั้งหมด 618 คน โดยอุบัติการณ์ 4 ปีซ้อนหลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.25, 3.27, 3.39, 4.08, 4.36 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับรายงานการวิจัยที่โรงพยาบาลศิริราชพบภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 4 ของผู้ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช¹⁰ และรายงานอุบัติการณ์ในสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ประมาณ 2-6% ของหญิงสุขภาพปกติที่ตั้งครรภ์แรก ในจำนวนนี้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครรภ์เป็นพิษรุนแรงจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77 ใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ของประเทศทางตะวันตก ร้อยละ 0.6-1.5¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.2 มีการฝากครรภ์ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน คือมากกว่า 4 ครั้ง คุณภาพซึ่งต่างจากจากศึกษาของ Savita และคณะ พบว่ากลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงจะเป็นกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ได้ คุณภาพและฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ¹⁵ แม้ว่าจะเป็นการฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้งแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะ

ฝากครรภ์ที่สถานีนอามัยใกล้บ้าน (ร้อยละ 61.2) ขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลระหว่างฝากครรภ์เบื้องต้น การวินิจฉัยที่ล่าช้าและส่งต่อมาเมื่ออาการรุนแรงทำให้ยังพบผู้ป่วยในอัตราที่สูงอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลทั่วไปพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วมในการศึกษานี้ คือ ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ร้อยละ 8.8 และเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 8.8 เข้ากับการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁶ โดยพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังเพิ่มโอกาสที่จะเป็นครรภ์เป็นพิษร้อยละ 15-40 ส่วนเบาหวานเพิ่มโอกาสที่จะเป็นครรภ์เป็นพิษร้อยละ 10-35 นอกจากนี้ ยังมีภาวะอ้วนครรภ์แฝด เคยตั้งครรภ์เป็นพิษในครรภ์ ก่อนที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ไม่ว่าจะมาจากตัวโรคที่ทำให้เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด หรือยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด เพราะอาการของโรครุนแรงมากขึ้น ในการศึกษาที่อายุครรภ์เฉลี่ยที่คลอดคือ 35.6 ± 3.36 สัปดาห์ ช่วงอายุ ครรภ์ตั้งแต่ 28-37 สัปดาห์ พบร้อยละ 41.6 ซึ่งน้อยกว่า

รายงานของ Tuffnell และคณะ¹⁷ พบการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 65.3 อาจเนื่องจากผู้ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ แนวทางการดูแลของโรงพยาบาลโยธธจะส่งไปรักษาต่อในโรงพยาบาลศูนย์จึงไม่นำมารวมในการศึกษานี้ แนวทางการรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงที่โรงพยาบาลโยธธแบบเดิมจะให้ยาลดความดันโลหิต ป้องกันการชักและพิจารณายุติการตั้งครรภ์ทันที วิธีการคลอดจะประเมินปากมดลูกและชักนำให้คลอดทางช่องคลอด ส่วนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะยึดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ แต่จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 71.2 เนื่องจากต้องการยุติการตั้งครรภ์เพื่อลดความรุนแรงของโรคซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการศึกษาของ Sibai และคณะ¹⁸ ซึ่งพบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 49 อาจเนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษมักจะพบในอายุครรภ์ก่อนกำหนดทำให้การชักนำการคลอดทางช่องคลอดล้มเหลวจึงทำให้ผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นมีการวิจัยที่พบว่ายิ่งอายุครรภ์น้อยโอกาสคลอดเองทางช่องคลอดจะลดลง งานวิจัยของ Kristin และคณะพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกรณีครรภ์เป็นพิษทันทีไม่ได้ประโยชน์กับผู้ป่วยมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดแต่ทำให้เกิดปัญหาทางเดินหายใจพบบ่อยกว่า¹⁹

ภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้พบการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 20.6 การติดเชื้อแผลผ่าตัดร้อยละ 7 และ HELLP ร้อยละ 1.6 แต่จากการศึกษาไม่พบภาวะรกออกตัวก่อนคลอด อาจเนื่องมาจากภาวะดังกล่าวมักพบร่วมกับการเกิด fetal distress ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดแทน ส่วนภาวะ Eclampsia ซึ่งเกิดจากการหดเกร็งของเส้นเลือดในสมองอาจทำให้ขาดเลือดและชัก ในการศึกษานี้พบ Eclampsia 1 ราย (0.8) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยล่าช้าขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสหวิชาชีพ มีผลทำให้ผู้ป่วยชักระหว่างรอตรวจ แต่ในรายนี้ไม่พบภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตของมารดา ส่วนทารกมีภาวะโตช้าในครรภ์และขาดออกซิเจนรุนแรง รายงานอุบัติการณ์ของภาวะ Eclampsia ใกล้เคียงกับ

อุบัติการณ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบ 1:1876 ของการคลอด²⁰

ผลกระทบต่อทารกที่พบมากที่สุดคือเกิดการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 41.6 เมื่อแยกตามกลุ่มอายุพบว่าช่วงอายุที่คลอดก่อนกำหนดจะอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ร้อยละ 21.6 ซึ่งเป็นอายุครรภ์ที่การเจริญของปอดทารกยังเจริญไม่เติบโตไม่เต็มที่ซึ่งมีการศึกษาพบว่ายิ่งคลอดอายุครรภ์น้อยภาวะทุพพลภาพต่อทารกจะยิ่งเพิ่มขึ้นเนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาแต่ในกรณีที่อายุครรภ์ก่อนกำหนดมาก จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว เลือดออกในสมอง การติดเชื้อทางเดินอาหารทำให้ทารกเสียชีวิตได้ในการศึกษานี้พบ birth asphyxia (APGAR ที่หนึ่งนาที <7) ร้อยละ 15¹² ใกล้เคียงกับรายงานการเกิดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์²¹ และพบภาวะโตช้าในครรภ์ร้อยละ 10.4 เนื่องจากในภาวะครรภ์เป็นพิษความต้านทานที่รกจะมาก การไหลเวียนเลือดที่รกลดลง 2-3 เท่ามีผลเพิ่มอัตราการตายของทารก ทำให้ทารกโตช้าในครรภ์ในการศึกษานี้พบทารกเสียชีวิตในครรภ์ 3 ราย (3.2) ใกล้เคียงกับรายงานการวิจัยของ Simpson และคณะ²² พบว่าภาวะ severe preeclampsia เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ในอัตรา 21 ต่อการคลอด 1,000 ราย โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ เป็นต้นไปจากการไหลเวียนของเลือดที่รกลดลงและการเสื่อมสภาพของรก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการรักษาแบบ expectant คือการรักษาแบบประคับประคองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe preeclampsia อายุครรภ์ที่ น้อยกว่า 34 สัปดาห์ เพื่อยืดเวลาให้ยา corticosteroids เพื่อให้ปอดทารกในครรภ์มีการพัฒนาเต็มที่ขณะเดียวกันสูติแพทย์และทีมต้องมั่นใจว่าทารกไม่มีภาวะ fetal distress สตรีตั้งครรภ์มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญเป็นปกติระหว่างที่ยืดอายุครรภ์ทารกจะได้รับการเฝ้าระวังและติดตามสุขภาพอย่างใกล้ชิดประกอบด้วยการนับลูกดิ้น การทำ non stress test (NST) ทุกวัน

ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อประเมินภาวะ น้ำคร่ำน้อยและการเคลื่อนไหวของทารก ติดตามการเจริญเติบโตของทารก ส่วนสตรีที่ตั้งครรภ์ต้องติดตาม สัญญาณชีพ ปริมาณปัสสาวะ ฝ้าระว่างอาการที่ อาจนำไปสู่การชักได้ ตรวจการทำงานของตับ การนับ เกล็ดเลือด กรดยูริก และ LDH รวมทั้งแนะนำให้แจ้ง แก่ทีมรักษา เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพ้ามัว การมองเห็นผิดปกติ เจ็บแน่นลิ้นปี่ การแตก ของถุงน้ำคร่ำ ถ้ามีต้องยุติการตั้งครรภ์ทันที²³⁻²⁴ มีรายงานการวิจัยแบบ randomized controlled trial ระบุว่า การรักษา severe preeclampsia แบบประคับ ประคองในช่วงอายุครรภ์ 24-32 สัปดาห์ จะสามารถ ยืดเวลาการคลอดออกไป 7 วันโดยไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา แต่ทำอัตราการเสียชีวิตและ ทุพพลภาพของทารกลดลง

ดังนั้นเพื่อให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา และทารกทางผู้ที่ให้การดูแลจะต้องตระหนักถึงการ ดูแลแบบองค์รวมมีการให้ความรู้ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเช่นการลดน้ำหนัก การควบคุม ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ควบคุม ระดับน้ำตาลในกรณีผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อมาฝากครรภ์ ต้องประเมินความเสี่ยงทุกครั้งให้ได้ 4 ครั้งคุณภาพ ให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และกำหนดแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เมื่อมาคลอดต้องสามารถประเมินความรุนแรงของ โรคและการให้ยาป้องกันชักที่เหมาะสมทันเวลา รวมทั้ง การพิจารณาระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะยุติการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol.* Jul 2003; 102(1):181-92.
2. Steve C, Baha S, John H ,et al. Low-Dose Aspirin to Prevent Preeclampsia in Women at High .N *Engl J Med.* March 1998;12: 338.
3. John C, Robert L, Joseph B, et al. Low-dose aspirin therapy to prevent preeclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* March 2006: 597-908.
4. Villar J, Betran AP, Gulmezoglu M. Epidemiological basis for the planning of maternal health services. WHO/RHR. 2001.
5. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* Jul 2000; 183(1):S1-S22.

หรือยืดเวลาการคลอดออกไปเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ต่อมารดาและทารกในครรภ์

สรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ยังคง เป็นโรคที่ พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่ โรงพยาบาลยโสธร แม้ว่าจากการศึกษาจะพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 4 ครั้งคุณภาพ และยังพบภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและ ทารกในอัตราที่สูง ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ ฝ้าระว่าง ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ลดปัจจัยเสี่ยง ให้การวินิจฉัยและ รักษาที่รวดเร็วช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและ ทารกได้

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ ย้อนหลังทำให้การขาดหายไปของข้อมูลบางส่วน ในอนาคตน่าจะมีการวิจัยเปรียบเทียบในกลุ่มที่ยุติ การตั้งครรภ์ทันทีและกลุ่มที่ได้รับการยืดเวลาการ คลอดเพื่อให้ยากระตุ้นคลอดทารกเพื่อลดภาวะ แทรกซ้อนต่อทารกไปเพื่อสะท้อนให้บุคคลากรที่ เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงการดูแลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ยโสธรที่ อนุญาตให้นำเสนอรายงานการวิจัยนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด รวมถึง เจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ช่วยรวบรวมข้อมูล และค้นคว้า งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. Germain SJ, Sacks GP, Sooranna SR, et al. Systemic inflammatory priming in normal pregnancy and preeclampsia: the role of circulating syncytiotrophoblastmicroparticles. *J Immunol.* May 1 2007; 178(9):5949-56.
7. Lykke JA, Paidas MJ, Langhoff-Roos J. Recurring complications in second pregnancy. *Obstet Gynecol.* Jun 2009; 113(6):1217-24.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. ACOG Technical Bulletin .No. 219. Washington DC: 1996.
9. Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* Jan 2008; 198(1):7-22.
10. Wataganara T, Titapant V. Management guidelines for hypertensive disorders during pregnancy. *Siriraj Hosp Gaz* 2004; 56:607-16.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and management of Preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol* 2002; 98:159-67.
12. Sibai BM, Abdella TN, Anderson GD. Maternal and perinatal outcome of conservative management of severe preeclampsia in midtrimester. *Am J Obstet Gynecol.* May 1985; 152(1): 32-7.
13. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลโสธร. รายงานประจำปี โสธร.โรงพยาบาลโสธร; 2551-2555.
14. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of cause of maternal death; a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-74.
15. Savita R, Deepika K, Smiti N, et al. Federation of Obstetrics and Gynecology. September-December 2009; 1(3):25-28.
16. Cunningham FG, Veno KJ, Bloom SL, et al. Pregnancy Hypertension. In: Williams Obstetrics. 23e. 2010.
17. Tuffnell DJ, Jankowicz D, Lindow SW, et al. Outcome of severe Preeclampsia/eclampsia in Yoekshire 1999/2003. *Br J Obstet Gynecol.* 2008; 112:878-80.
18. Sibai BM. Maternal perinatal outcome in 254 consecutive case. *Am J Obstet Gynecol.* 1990; 163(3):1049-55.
19. Kristin H, William J. Severe preeclampsia and delivery outcomes. Is immediate cesarean delivery beneficial? *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* May 2002; 186(5): 921-923.
20. Maternal-fetal medicine. สถิติประจำปี 2533-2541. หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2534-2540.
21. Ussanee S, Malinee L, Pisake L. Maternal Outcome in Preeclampsia and Normotensive Pregnancies. *Thai J Obstet Gynecol.* July 2010; 18,106-113.
22. Simson L. Maternal medical disease: risk of antepartum fetal death. *Seminars in Perinatology.* 2002; 26: 42-50.
23. Odendaal J, Pattinson R, Bam R, Grove D and Kotze J. Aggressive or expectant management for patients with severe preeclampsia between 28-34 weeks' gestation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 1990; 76: 1070-1075.



