

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

พว.วิลาวัณ ทรวงยศ, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและจำแนกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ที่มาคลอด ณ. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓ โดยการสกัดข้อมูลมารดาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลความชุกและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติบรรยายและทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่าในช่วงปีที่ศึกษามีสตรีมารับบริการคลอดบุตร จำนวน ๑๙,๒๓๑ ราย เป็นสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และถูกเลือกเข้าศึกษา ร้อยละ ๒.๒๓ (n= ๔๒๙) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย ๓๐.๕ ปี เป็นสตรีวัยรุ่น ร้อยละ ๖.๑ และสตรีอายุมาก ร้อยละ ๓๔.๒ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยวร้อยละ ๙๘.๑ และคลอดบุตรครั้งแรกร้อยละ ๖๕.๕ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ ๓๙.๔ ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ประมาณร้อยละ ๒๓ มีภาวะโลหิตจาง และ ร้อยละ ๒๐.๑ มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์ และ ร้อยละ ๙.๖ มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ในกลุ่มสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์นี้ ร้อยละ ๗๕.๓ ได้รับการวินิจฉัยภาวะ severe pre-eclampsia และ ร้อยละ ๒.๘ มีภาวะแทรกซ้อนของ HELLP syndrome ในระยะคลอด ขณะที่ ร้อยละ ๐.๗ มีภาวะ eclampsia ในระยะหลังคลอด มีมารดาร้อยละ ๒.๓ ถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤติ และ ร้อยละ ๐.๒ (n=๑) เสียชีวิตเนื่องจากภาวะไขมันพอกตับเฉียบพลัน ส่วนข้อมูลวิธีคลอดแสดงถึงอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงมากในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๗๕.๙ ผลการวิจัยยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิด ๔๓๗ ราย ร้อยละ ๓๗.๙ เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๔๒.๘ เป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐.๕ ได้รับการวินิจฉัยภาวะเด็โตช้าในครรภ์ และร้อยละ ๕.๕ มีภาวะ fetal distress นอกจากนี้ ยังพบทารกแรกเกิด ร้อยละ ๑๕.๔ และ ร้อยละ ๒.๕ มีคะแนนแอปการ์น้อยกว่า ๗ ที่ ๑ นาทีและ ๕ นาทีแรกเกิด ตามลำดับ รวมทั้งพบกลุ่มตัวอย่างทารกร้อยละ ๒๗.๒ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และร้อยละ ๒๘.๖ มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำในระยะ ๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยมีทารกร้อยละ ๒๖.๑ ถูกย้ายไปดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤติ และทารกตายปริกำเนิด ร้อยละ ๒.๗ ลักษณะมารดาที่สัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .๐๑ ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ลำดับการคลอด และอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก และชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .๐๑) กับการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิด ภาวะ fetal distress คะแนนแอปการ์นาทีที่ ๑ และนาทีที่ ๕ น้อยกว่า ๗ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับชนิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.๐๐๐) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ทั้งในมารดาและทารกแรกเกิด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลในเชิงระบบ และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลรักษาทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์; โรคพิษแห่งครรภ์; ผลลัพธ์การตั้งครรภ์

PREGNANCY OUTCOMES AMONG WOMEN WITH HYPERTENSION IN PREGNANCY

Wilawan Songyos B.N.S.*

Abstract

This retrospective study was aimed to evaluate the prevalence and identify pregnancy outcomes among women with hypertension in pregnancy who gave birth at Vachira Phuket Hospital between the years 2017 and 2020. Data on maternity hospital discharges were extracted from the Hospital In-Patient Enquiry data system and recorded on the data form. Descriptive statistics were used to present the prevalence and pregnancy outcomes, and Pearson's Chi-square were conducted to identify the factors associated with the outcomes. The results showed that, of 14,281 maternities reported for childbirth during study period, 2.28% (n= 324) were diagnosed HDP and included in this study. The average age of the samples was 30.5 years: 1.6% of adolescent and 34.2% of elderly pregnancies. Majority of samples had single fetus (88.9%) and had first baby (15.5%). Only 34.4% had their first antenatal visit before 12 weeks of gestation. About 28% of samples were complicated by physiological anemia, 20.6% by gestational diabetes, and 8.1% by other medical diseases. Of all women with HDP, 75.3% diagnosed severe pre-eclampsia and 2.8% complicated by HELLP syndrome during labor and delivery, while 0.7% had eclampsia before hospital admission. After giving birth, 2.8% of mothers were transferred to intensive care unit and 0.2% (n=3) died due to acute fatty liver in pregnancy. Mode of birth data showed a higher rate of cesarean section, 75.8%, among these samples. The results also showed that of all 4887 neonates, 37.8% were preterm births, 42.8% had low birth weight, 10.5% diagnosed IUGR and 5.5% were fetal distress. Of all neonatal samples, 15.5% and 2.5% had APGAR score at 1st and 5th minute < 7, respectively. Additionally, 27.2% of neonates affected by hypoglycemia and 28.1% by hypothermia and 21.1% were transferred to NICU within 6 hours after birth.

while 2.7% were perinatal deaths. Maternal characteristics that significantly associated with types of HDP at p-level .05 were maternal age, race, educational level, parity, and GA at 1st antenatal visit. Type of HDP significantly associated with preterm birth, low birth weight, fetal distress, APGAR Scores at 1st and 5th minute less than 7, and neonatal hypoglycemia, at p-level .05. The research results demonstrated that HDP, especially severe preeclampsia, is significantly associated with serious adverse outcomes for both women and their babies. Thus, it is necessary to develop the effective clinical practice guidelines for increasing the good outcomes among pregnant women with HDP.

Keywords: Hypertension in pregnancy; Preeclampsia; Pregnancy outcomes

บทนำ

หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็กทั่วโลกมายาวนาน โดยพบอุบัติการณ์ ร้อยละ ๕-๑๐ ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด(Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey, Sheffield, et al., ๒๐๑๘)และเป็นสาเหตุให้มารดาตายร้อยละ ๑๘ หรือประมาณ ๖๒,๐๐๐-๗๗,๐๐๐ รายต่อปี (World Health Organization; WHO, ๒๐๑๖)สำหรับในประเทศไทย มีรายงานมารดาตายจากโรคความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ ๒๑ ของการตายทั้งหมด (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ของโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตมารดาและทารกได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอีกมาก ภาวะวิกฤติในระยะสั้นที่พบบ่อยในมารดา ได้แก่ ภาวะ eclampsia ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด กลุ่มอาการ HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzyme Low Platelet count) รกลอกตัวก่อนกำหนด ไตวาย และการตกเลือดก่อนคลอดและหลังคลอด (Brown, Magee, Kenny, Karumanchi, McCarthy, Saito, et al., ๒๐๑๘)รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ preeclampsia ในการตั้งครรภ์ครั้งใหม่ประมาณ ๑ ใน ๒ (๕๕%) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe preeclampsia ร่วมกับภาวะทารกเติบโตช้าในครรภ์มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี และโรคไตวายเรื้อรังในอนาคต สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่พบมากที่สุดคือ การคลอดก่อนกำหนด โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ ๑๕ ในมารดาที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ยิ่งไปกว่านั้น ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพระยะยาว ได้แก่ โรคปอดอักเสบเรื้อรัง ความผิดปกติของจอประสาทตา และสติปัญญาต่ำ ส่วนทารกที่มีภาวะเติบโตช้าในครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยเด็ก จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกไปตลอดชีวิต ซึ่งบ่งชี้ถึงนัยสำคัญของการเกิดปัญหาด้านสาธารณสุข และการเพิ่มขึ้นของงบประมาณในการจัดการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ในอนาคต ดังนั้น การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพื่อเพิ่มผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งแม้ว่าในพื้นที่นั้นจะไม่มีมารดาและทารกจากสาเหตุดังกล่าว(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒)

สำหรับโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ได้มีการดูแลรักษาเพื่อลดการตายและลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาที่มีโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยใช้แนวทางการดูแลรักษาของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แต่ไม่เคยมีการศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงในขณะที่ตั้งครรภ์มาก่อน และการศึกษาวิจัยเรื่องความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีจำนวนน้อย พบมีการศึกษาเรื่องความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe preeclampsia เท่านั้น (จำไพ เกตุจิระโชติ, พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม, รัตติยา ทองสมบุญ, และสุภาพร สุภาทวีวัฒน์, ๒๕๖๐; รัตนา คำวิสัยศักดิ์, รายน อโรรา และ กนก สีจร, ๑๙๙๘) และยังขาดการศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทุกชนิด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทุกชนิดที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive research) เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนการดูแลในเชิงระบบ และเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสตรีที่มี

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในระยะคลอด เพื่อสามารถให้การรักษายาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม เกิดความปลอดภัยทั้งต่อมารดาและทารก และบรรลุเป้าหมายการป้องกันและลดการตายและการเจ็บป่วยรุนแรงของมารดาและทารกในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งนับเป็นการเพิ่มคุณภาพของการพยาบาลและการบริการสุขภาพโดยรวมขององค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาความชุกของโรคและลักษณะมารดาในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงกันยายน ๒๕๖๓

๒. เพื่อจำแนกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ทั้งด้านมารดาและด้านทารกในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงกันยายน ๒๕๖๓

๓. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะมารดาและชนิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงกันยายน ๒๕๖๓

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive research)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนและสมุดบันทึกการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงกันยายน ๒๕๖๓ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดใดชนิดหนึ่ง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ โรคพิษแห่งครรภ์ระยะก่อนซีก และโรคพิษแห่งครรภ์ที่เกิดแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โดยแบ่งข้อมูลเป็น ๒ ส่วนคือ

ลักษณะของมารดา : ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ ประวัติทางสูติกรรม ได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ลำดับการคลอด อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก สถานที่ฝากครรภ์ ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วมอื่นๆขณะตั้งครรภ์ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การวินิจฉัยและการรักษาที่ได้รับในระยะคลอด ได้แก่ ชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การชัก นำการคลอด การได้รับยา MgSO₄ การได้รับยาลดความดันโลหิต และการได้รับยาเพิ่มวุฒิภาวะปอดของทารกในครรภ์

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ : ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านมารดา ได้แก่ วิธีคลอด ชนิดของโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ กลุ่มอาการ HELLP การตกเลือดหลังคลอด การส่งต่อ ICU และการตายในมารดา ผลลัพธ์ด้านทารก ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกเติบโตช้าในครรภ์ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ การส่งต่อNICU ทารกตายปริกำเนิด

การวิเคราะห์ข้อมูล : ใช้โปรแกรม SPSS Statistics version ๒๒.๐ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๑. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลประวัติทางสูติกรรม การวินิจฉัยและการรักษาที่ได้รับในระยะคลอดและผลลัพธ์การตั้งครรภ์โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. ใช้สถิติ Chi-square เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของมารดาและชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

ผลการวิจัย

๑. ผลการวิเคราะห์อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์แรกรับที่ห้องคลอด

ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๓ มีสตรีตั้งครรภ์มารับบริการ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน ๑๙,๒๓๑ ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เมื่อแรกรับ ร้อยละ ๒.๒๓ (n= ๔๒๙) ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ severe preeclampsia แรกรับที่ห้องคลอดสูงถึงร้อยละ ๗๕.๓ (n= ๓๒๓) และมีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๐.๗ มีภาวะ eclampsia กลุ่ม Chronic hypertension in pregnancy (CHT) ร้อยละ ๘.๔ และกลุ่ม Gestational hypertension (GHT) ร้อยละ ๖.๓ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เมื่อแรกรับที่ห้องคลอด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓ (n = ๔๒๙)

Hypertensive disorders in pregnancy(HDPs)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
Hypertension without preeclampsia (no PE)	๖๓	๑๔.๗
-Chronic hypertension in pregnancy (CHT)	๓๖	๘.๔
-Gestational hypertension (GHT)	๒๗	๖.๓
Hypertension with preeclampsia(PE)	๓๖๖	๘๕.๓
-Mild preeclampsia (mPE)	๒๗	๖.๓
-Superimposed preeclampsia on CHT	๑๓	๓.๐
-Severe preeclampsia (sPE)	๓๒๓	๗๕.๓
-Eclampsia	๓	๐.๗

๒. ผลการวิเคราะห์ลักษณะมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n = ๔๒๙)

๒.๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย ๓๐.๕๘ ปี (SD= ๖.๗๖) เป็นมารดาอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ร้อยละ ๖.๑ และมารดาอายุ \geq ๓๕ ปี ร้อยละ ๓๔.๒ ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ ๗๘.๑ ต่างชาติ ร้อยละ ๒๑.๙ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๘๒.๑ และจบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ ๕๗.๘ และส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๔๐.๘

๒.๒ ประวัติทางสูติกรรม

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๓๖.๔ เป็นสตรีครรภ์แรก และครรภ์ที่ ๓ ขึ้นไปร้อยละ ๓๓.๑ ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๓๙.๔ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์ ร้อยละ ๔๑.๓ รองลงมาฝากครรภ์ที่ รพ.สต./รพช. ในจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ ๓๒.๔

๒.๓ ภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วมขณะตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๒๒.๙ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Hct ครั้งที่ ๒ $<$ ๓๓ %) โดยร้อยละ ๒.๖ มีภาวะโลหิตจางรุนแรง (Hct ครั้งที่ ๒ $<$ ๒๙ %) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๑๗.๑ เป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ (GDM) และร้อยละ ๓ ได้รับการวินิจฉัย Overt DM นอกจากนี้ ยังพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๙.๖ มีโรคร่วมอื่นๆ ทางอายุรกรรม เช่น hyperthyroidism, thyroid storm, heart disease, asthma, SLE เป็นต้น ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมขณะตั้งครรภ์ (n = ๔๒๙)

ภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วมขณะตั้งครรภ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Hct ครั้งที่ ๒)		
มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์	๙๘	๒๒.๙
- รุนแรง (Hct < ๒๙%)	๑๑	๒.๖
- ไม่รุนแรง (Hct ๒๙-๓๒.๙%)	๘๗	๒๐.๓
ไม่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์	๓๓	๗.๒
โรคเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์		
มีภาวะGDM	๘๖	๑๗.๑
-GDM A๑	๓๕	๘.๒
-GDM A๒	๓๘	๘.๙
Overt DM	๑๓	๓.๐
ไม่มีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	๓๔๓	๘๐.๐
ภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วมทางอายุรกรรมอื่นๆ		
มี	๔๑	๙.๖
ไม่มี	๓๘๘	๙๐.๔

๒.๔ การรักษาที่ได้รับในระยะคลอด

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๓๓.๓ ได้รับการรักษาด้วยการชักนำการคลอด ร้อยละ ๗๙.๕ ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO_๔) เพื่อป้องกันการชัก และร้อยละ ๔๙.๒ ได้รับยาลดความดันโลหิตชนิดใดชนิดหนึ่งร่วมด้วยขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ ๙.๖ ได้รับยาเพิ่มวุฒิภาวะปอดของทารกในครรภ์ (Dexamethasone)

๓. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์

๓.๑ ผลลัพธ์ด้านมารดา (n = ๔๒๙)

การศึกษารุ่นนี้พบอัตราการผ่าตัดคลอดในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๗๕.๙ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบ ส่วนใหญ่เป็นภาวะ severe preeclampsia ร้อยละ ๗๕.๓ โดยพบภาวะ eclampsia ร้อยละ ๐.๗ HELLP syndrome ร้อยละ ๒.๘ และตกเลือดหลังคลอดร้อยละ ๓ โดยมีมารดาหลังคลอดย้ายไปรับการดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) ร้อยละ ๒.๓ และเสียชีวิตหลังคลอด ร้อยละ ๐.๒ (n = ๑) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเสียชีวิตจากภาวะ acute fatty liver in pregnancy

๓.๒ ผลลัพธ์ด้านทารก (n = ๔๓๗)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดมีชีพ ร้อยละ ๙๗.๒ และคลอดครบกำหนด ร้อยละ ๖๒ ขณะที่พบทารก ร้อยละ ๓๗.๙ คลอดก่อนกำหนด, ร้อยละ ๔๒.๘ มีน้ำหนักแรกเกิด < ๒,๕๐๐ กรัม, ร้อยละ ๑๐.๕ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเติบโตช้าในครรภ์ และ ร้อยละ ๕.๕ มีภาวะ fetal distress นอกจากนี้ ยังพบทารก มีคะแนนแอปการ์นาที่ ๑ และนาที่ ๕ น้อยกว่า ๗ คะแนน ร้อยละ ๑๕.๔ และ ร้อยละ ๒.๕ ตามลำดับ รวมทั้งพบทารกมีภาวะ hypoglycemia (DTX < ๔๐ mg/dL) และ hypothermia (BT < ๓๖.๕ C) ในระยะ

๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอด ร้อยละ ๒๗.๒ ร้อยละ ๒๘.๖ ตามลำดับ โดยมีทารกแรกเกิด ร้อยละ ๒๖.๑ ถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่ NICU และร้อยละ ๒.๗๓ เป็นทารกตายปริกำเนิด ซึ่งจำแนกเป็นทารกตายในครรภ์ ร้อยละ ๒.๒๘ และตายคลอดร้อยละ ๐.๔๕

๔. ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ในการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ Pearson's Chi square นั้น ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น ๓ กลุ่ม เพื่อให้มีจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเป็นไปตามเงื่อนไขของการทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ preeclampsia ของ ICD คือ ๑) กลุ่มสตรีที่ไม่มีภาวะ preeclampsia (no pE) ประกอบด้วย สตรีที่มีความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ (CHT) และสตรีที่มีความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (GHT); ๒) กลุ่มสตรีที่มีภาวะ preeclampsia ไม่มี severe feature (mild PE) ประกอบด้วย สตรีที่มีภาวะ mild preeclampsia และสตรีที่มีภาวะ superimposed preeclampsia on chronic hypertension; และ ๓) กลุ่มสตรีที่มีภาวะ preeclampsia with severe features (sPE/E) ประกอบด้วย สตรีที่มีภาวะ severe preeclampsia และสตรีที่มีภาวะ eclampsia

๔.๑ ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะมารดา กับ ชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับชนิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เชื้อชาติ ($\chi^2 = ๑๕.๐๒, p = .๐๑$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = ๔๘.๔๑๙, p = .๐๐๓$) ส่วนประวัติทางสูติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับชนิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ลำดับการคลอด ($\chi^2 = ๔๐.๙๗๗, p = .๐๐๔$) อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ($\chi^2 = ๔๙.๘๗๖, p = .๐๐๐$) และสถานที่ฝากครรภ์ ($\chi^2 = ๙๖.๕๓, p = .๐๐๐$) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับชนิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = ๔๙.๑๖๓, p = .๐๐๐$)

๔.๒ ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่ได้รับในระยะคลอดกับชนิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์พบว่า การรักษาที่ได้รับในระยะคลอดที่มีความสัมพันธ์กับชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การให้ยาลดความดันโลหิต ($\chi^2 = ๔๙.๑๖๓, p = .๐๐๐$) การให้ยา MgSO₄ ($\chi^2 = ๓๙.๕๑, p = .๐๐๐$) และการให้ยา Dexamethasone ($\chi^2 = ๓๔.๖๔, p = .๐๒๒$)

๔.๓ ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะมารดา กับ อายุครรภ์เมื่อคลอด

ผลการวิเคราะห์พบว่า ลักษณะของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ของทารกเมื่อคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = ๒๕.๘๕, p = .๐๑๑$) ฝากครรภ์ครั้งแรก ($\chi^2 = ๔๓.๑๓, p = .๐๐๐$) สถานที่ฝากครรภ์ ($\chi^2 = ๔๓.๑๓, p = .๐๐๐$) และโรคเบาหวาน ($\chi^2 = ๒๗.๖๓, p = .๐๐๖$) ดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของมารดากับอายุครรภ์เมื่อคลอด

ลักษณะของมารดา	อายุครรภ์เมื่อคลอด			รวม
	< ๒๘ สัปดาห์	๒๘-๓๖ สัปดาห์	๓๗-๔๑ สัปดาห์	
อายุมารดา				
< ๒๐ ปี	๑	๑๔	๑๑	๒๖
๒๐ - ๓๙ ปี	๙	๑๒๕	๒๔๔	๓๗๘
≥ ๔๐ ปี	๐	๑๑	๑๔	๒๕
รวม	๑๐	๑๕๐	๒๖๙	๔๒๙
$\chi^2 = ๒๕.๘๕, p = .๐๑๑$				
สถานที่ฝากครรภ์				
รพ.สต./รพช.	๔	๔๖	๙๙	๑๔๙
รพศ.วชิระภูเก็ต	๑	๒๘	๕๖	๘๕
คลินิกสูติแพทย์	๓		๑๐๙	๑๑๒
รวม	๘	๖๕	๒๖๔	๔๑๗
$\chi^2 = ๔๓.๑๓, p = .๐๐๐$				
การฝากครรภ์				
≤ ๑๒ สัปดาห์	๔	๖๔	๑๐๑	๑๖๙
๑๓ - ๒๐ สัปดาห์	๒	๕๐	๙๐	๑๔๒
> ๒๐ สัปดาห์	๒	๒๕	๗๓	๑๐๐
ไม่ได้ฝากครรภ์	๒	๑๑	๕	๑๘
รวม	๑๐	๑๕๐	๒๖๙	๔๒๙
$\chi^2 = ๔๓.๑๓, p = .๐๐๐$				
โรคเบาหวาน				
GDM	๒	๓๐	๔๑	๗๓
Overt DM	๐	๓	๑๐	๑๓
No DM	๘	๑๑๗	๒๑๘	๓๔๓
รวม	๑๐	๑๕๐	๒๖๙	๔๒๙
$\chi^2 = ๒๗.๖๓, p = .๐๐๖$				

๔.๔ ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิด

ผลการวิเคราะห์พบว่า ลักษณะของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคเบาหวาน ($\chi^2 = ๓๑.๒๔, p = .๐๐๘$) ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของมารดากับน้ำหนักแรกเกิดของทารก

ลักษณะของมารดา	น้ำหนักทารกแรกเกิด			รวม
	< ๒,๕๐๐ กรัม	๒,๕๐๐ – ๓,๙๙๙	๔,๐๐๐ กรัม	
โรคเบาหวาน				
GDM	๒๙	๓๗	๗	๗๓
Overt DM	๓	๙	๑	๑๓
No DM	๑๔๗	๑๘๘	๘	๓๔๓
รวม	๑๗๙	๒๓๔	๑๖	๔๒๙

$\chi^2 = ๓๑.๒๔, p = .๐๐๘$

๔.๕ ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ด้านทารก

ผลการวิเคราะห์พบว่า ชนิดความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอด ($\chi^2 = ๘๐.๑๑, p = .๐๐๐$) น้ำหนักแรกเกิด ($\chi^2 = ๗๒.๓๖, p = .๐๐๐$) ภาวะ fetal distress ($\chi^2 = ๒๔.๘๓, p = .๐๐๖$) คะแนนแอปการ์นาที่ที่ ๑ ($\chi^2 = ๓๖.๗๕, p = .๐๐๑$) และคะแนนแอปการ์นาที่ที่ ๕ ($\chi^2 = ๒๖.๑๙, p = .๐๓๖$) ดังแสดงในตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดความดันโลหิตสูงกับผลลัพธ์ด้านทารก

ผลลัพธ์ด้านทารก	ชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์			รวม
	NoPE (CHT,GHT)	mPE	sPE/E	
อายุครรภ์เมื่อคลอด				
๒๕ – ๓๖ สัปดาห์	๗	๘	๑๔๒	๑๕๗
๓๗ – ๔๑ สัปดาห์	๕๖	๓๒	๑๘๑	๒๖๙
รวม	๖๓	๔๐	๓๒๓	๔๒๖

$\chi^2 = ๘๐.๑๑, p = .๐๐๐$

น้ำหนักแรกเกิด(กรัม)	ชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์			รวม
	NoPE (CHT,GHT)	mPE	sPE/E	
< ๒,๕๐๐	๑๔	๑๑	๑๕๔	๑๗๙
๒,๕๐๐–๓,๙๙๙	๔๓	๒๙	๑๖๒	๒๓๔
≥ ๔,๐๐๐	๖	๐	๑๐	๑๖
รวม	๖๓	๔๐	๓๒๖	๔๒๙

$\chi^2 = ๗๒.๓๖, p = .๐๐๐$

ภาวะ fetal distress	ชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์			รวม
	NoPE (CHT,GHT)	mPE	sPE/E	
มี	๓	๑	๑๙	๒๓
ไม่มี	๕๙	๓๘	๓๐๐	๓๙๗
รวม	๖๒	๓๙	๓๑๙	๔๒๐

$\chi^2 = ๒๔.๘๓, p = .๐๐๖$

ตารางที่ ๕ (ต่อ) แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดความดันโลหิตสูงกับผลลัพธ์ด้านทารก

ผลลัพธ์ด้านทารก	ชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์			รวม
	No PE (CHT,GHT)	mPE	sPE/E	
คะแนนแอปการ์ที่ ๑ นาที				
< ๗ คะแนน	๓	๕	๕๙	๖๗
≥ ๗ คะแนน	๕๙	๓๔	๒๕๗	๓๕๐
รวม	๖๒	๓๙	๓๑๖	๔๑๗
$\chi^2 = ๓๖.๗๕, p = .๐๐๑$				
คะแนนแอปการ์ที่ ๕ นาที				
< ๗ คะแนน	๑	๒	๘	๑๑
≥ ๗ คะแนน	๖๑	๓๗	๓๐๙	๔๐๗
รวม	๖๒	๓๙	๓๑๗	๔๑๘
$\chi^2 = ๒๖.๑๙, p = .๐๓๖$				

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับความชุก ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งได้จากการศึกษาแบบย้อนหลังจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้คลอดที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๓ จำนวน ๑๙,๒๓๑ คน ผลการวิจัยพบอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ต่อการคลอด ร้อยละ ๒.๒๓ ซึ่งใกล้เคียงที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข รายงานไว้ ร้อยละ ๒.๒ เมื่อปี ๒๕๕๘ และน้อยกว่าที่รายงานในสถิติทั่วโลกคือ ร้อยละ ๕-๑๐ (Cunningham, et al. ๒๐๑๘) ในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ๔๒๙ รายนี้ มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Hypertension without preeclampsia (CHT,GHT) ร้อยละ ๑๔.๗% และมีภาวะ Hypertension with preeclampsia ร้อยละ ๘๕.๓ ซึ่งพบเป็น severe preeclampsia (sPE) สูงถึงร้อยละ ๗๕.๓ (n= ๓๒๓) หรือมีความชุกต่อการคลอด ร้อยละ ๑.๖๘ ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาในประเทศ Ireland ที่พบภาวะ sPE ร้อยละ ๔.๖ (Corrigan, O'Farrell, Moran, Daly, ๒๐๒๑) รวมทั้งน้อยกว่าสถิติทั่วโลก รายงานไว้ ร้อยละ ๒-๕ (Cunningham, et al. ๒๐๑๘) นอกจากนี้ยังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วมขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวานจากการตั้งครรภ์ (GDM) ร้อยละ ๑๗.๑ และ Overt DM ร้อยละ ๓, ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Hct ครั้งที่ ๒ < ๓๓ %) ร้อยละ ๒๒.๙ และพบมีโรคร่วมอื่นๆ ทางอายุรกรรม ร้อยละ ๙.๖ เช่น hyperthyroidism, thyroid storm, heart disease, asthma, SLE โรคความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์เป็นความผิดปกติที่ต้องการการตัดสินใจดูแลรักษาและหาวิธีป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดความเสี่ยงที่รุนแรงหรืออาจเสียชีวิตได้ ผลการศึกษาอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ได้ทราบขนาดของปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนการดูแลรักษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาพยาบาลสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ พบว่ามีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งด้านมารดาและทารก ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านมารดา

จากผลการศึกษาโรคความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ร้อยละ ๖.๑ และอายุมากกว่า ๓๕ ปี ร้อยละ ๓๔.๒ เป็นครรภ์แรก ร้อยละ ๓๖.๔ เบาหวาน (Overt DM) ร้อยละ ๓ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ศึกษา ยังฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ ๓๙.๔ (เป้าหมายกรมอนามัยปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๖๐) พบฝากครรภ์ที่คลินิก ร้อยละ ๔๑.๓ รองลงมา ฝากครรภ์ที่รพสต./รพช. ร้อยละ ๓๒.๔ ส่วนใหญ่พบเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิด severe pre eclampsia ร้อยละ ๗๕.๓ ในไตรมาสที่ ๓ ของการตั้งครรภ์ (ที่อายุครรภ์ ๒๘-๓๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๓๕.๖) และครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ ๖๒ เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น eclampsia ร้อยละ ๐.๗ (ที่อายุครรภ์ ๓๗-๓๘ สัปดาห์), HELLP syndrome ร้อยละ ๒.๘, post partum hemorrhage ร้อยละ ๓ ดังนั้นการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์มีความสำคัญเพราะเป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงด้านมารดาที่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดแก่ทารกในครรภ์ ทำให้มารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรง และการประเมินคัดกรองส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน/รพสต. ที่เร็วรวมถึงการดูแลก่อนคลอดที่มีประสิทธิภาพ เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแม่และทารกในครรภ์ จึงควรรณรงค์ฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดครรภ์เป็นพิษ ซึ่งในปัจจุบันสามารถวินิจฉัยครรภ์เป็นพิษในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง โดยใช้การวัดการไหลเวียนของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูก ซึ่งทำได้ตั้งแต่อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ รวมทั้งการตรวจสารบ่งชี้ภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งเป็นระดับโปรตีนส่งเสริมการสร้างหลอดเลือด เช่น placental growth factor (PIGF) และ pregnancy associated plasma protein A (PAPP-A) และโปรตีนที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการสร้างหลอดเลือด (sFlt-๑ : Soluble Fms-like Tyrosine kinase-๑) เพื่อทำนายโอกาสเสี่ยงการเกิดครรภ์เป็นพิษ ซึ่งแพทย์จะได้ติดตามอาการและวางแผนการดูแลรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจพิจารณาให้ยาแอสไพรีน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดครรภ์เป็นพิษและภาวะแทรกซ้อน (<https://www.ram-hosp.co.th/news-detail> : ครรภ์เป็นพิษ "อันตราย เสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทั้งตัวแม่และทารก")

ในการศึกษาอายุครรภ์เมื่อคลอด พบว่า มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงถึง ร้อยละ ๓๗.๙ พบในอายุครรภ์ ๒๘-๓๖ สัปดาห์ ในกลุ่มสตรีที่มีภาวะ severe preeclampsia/eclampsia นอกจากนี้ยังพบว่า อายุครรภ์เมื่อคลอดยังมีความสัมพันธ์กับการดูแลรักษาที่ได้รับ กล่าวคือ ในรายที่มีความรุนแรงของโรคครรภ์เป็นพิษเพิ่มขึ้น การดูแลรักษาโดยการทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยเร็วถือว่าเป็นทางเลือกที่เหมาะสมมากที่สุด เพื่อลดอันตรายจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมารดาและทารก ดังนั้น จึงพบว่าวิธีการผ่าตัดทางหน้าท้องมากกว่าการคลอดวิธีอื่น (๗๕.๙%) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการผ่าตัดคลอดเป็นทางเลือกแรกในการรักษาภาวะ severe preeclampsia และภาวะ eclampsia ที่ต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดโดยเร็ว เพื่อให้มารดาและทารกในครรภ์เกิดความปลอดภัย และสามารถให้การช่วยชีวิตทารกได้ทันเวลาที่สำหรับการดูแลรักษา มารดาในระยะหลังคลอด พบว่า มารดาในกลุ่ม severe preeclampsia/eclampsia ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักภายหลังคลอด ร้อยละ ๒.๓ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพรุนแรงถึงขั้นวิกฤติ ทำให้ต้องได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเดียวกับผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ จนกว่าจะพ้นระยะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต และมี ๑ ราย ที่เสียชีวิตหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งต่อมาได้รับการวินิจฉัยว่าเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะไขมันพอกตับเฉียบพลัน (acute fatty liver in pregnancy) ขณะมีอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ จึงอาจกล่าวได้ว่าไม่พบการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้น การเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ Early warning sign จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้การดูแลรักษาได้ทันทั่วถึง ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดา

ผลลัพธ์ด้านทารก

ผลการวิเคราะห์ พบว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดโดยมีคะแนนแอปการ์นาที่ที่ ๑ < ๗ มีความสัมพันธ์กับชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๐๑ ซึ่งอธิบายได้ว่า ภาวะ severe preeclampsia ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนถึงระยะปริกำเนิด โดยทำให้เกิดภาวะทารกเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด และภาวะอุณหภูมิกายต่ำแรกเกิด ถึงร้อยละ ๑๐.๕, ๑๕.๔, ๒๗.๒, และ ๒๘.๖ ตามลำดับ ดังนั้น การดูแลรักษาในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด จนถึงระยะคลอด และระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกัน หรือการลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะโรคพิษแห่งครรภ์ (preeclampsia) เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงเป็น severe preeclampsia และทวีความรุนแรงจนเกิดเป็น eclampsia ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของทารกในครรภ์ดังที่ปรากฏในผลการศึกษา ซึ่งพบอัตราการตายปริกำเนิด ร้อยละ ๒.๗๓ (n=๑๒) ในส่วนของน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่า ภาวะ severe preeclampsia มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์มีความรุนแรงมากขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค จำเป็นต้องให้การรักษาโดยการให้คลอดโดยเร็วแม้ว่าอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด เพื่อป้องกันอันตรายที่คุกคามต่อชีวิตทั้งของมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า อายุครรภ์ที่น้อยที่สุดในการพิจารณาให้คลอด คือ ๒๕ สัปดาห์ ๖ วัน โดยทารกมีน้ำหนักแรกเกิด ๗๒๕ กรัม สำหรับการดูแลรักษาทารกแรกเกิด พบว่าทารกในกลุ่มมารดาที่มีภาวะ severe preeclampsia/eclampsia ร้อยละ ๒๖.๑ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ (neonatal intensive care unit, NICU) ซึ่งเป็นการดูแลตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติที่กำหนดไว้ว่า ทารกแรกเกิดทุกรายในกลุ่มมารดาที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบทารกตายในครรภ์ จำนวน ๑๐ ราย และตายคลอด จำนวน ๒ ราย สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลประคับประคองในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้เพื่อให้ลูกเกิดรอดและปลอดภัยยังไม่บรรลุผล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

๑. นำเสนอผลการวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัดให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและความรุนแรงที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาวางแผนในเชิงระบบ และเฝ้าระวังติดตาม เพื่อลดความเสี่ยง ลดอัตราการตายในมารดาตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กของกรมอนามัย

๒. จัดทำคู่มือการส่งต่อเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับโรงพยาบาลชุมชน รพสต. เพื่อคัดกรองเบื้องต้น และส่งต่อ High risk clinic เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้เข้าถึงการดูแลรักษาที่เร็ว ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

๓. รณรงค์เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มการติดตามและการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ severe preeclampsia และ eclampsia ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงทุกชนิด ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดและระยะหลังคลอด

๔. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในระยะคลอด สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe preeclampsia เพื่อป้องกันและลดอันตรายจากการเกิดภาวะ eclampsia และ HELLP syndrome

๕. จัดประชุมวิชาการเพื่อทบทวนกรณีศึกษา รวมถึงพัฒนาความรู้และเพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกัน และการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ ให้กับพยาบาลวิชาชีพในทุกระดับของการบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. สร้างเครือข่ายการดูแลรักษาแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ และเพิ่มคุณภาพของการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด เพื่อการติดตามและเฝ้าระวังสตรีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ severe preeclampsia และ eclampsia

๗. การศึกษาแบบไปข้างหน้า (cohort study) ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ preeclampsia ให้มีความกว้างขวาง และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ preeclampsia ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความหลากหลายและมีความครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔. แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ๒๕๖๓.
- นภัส โล่ตระกูล และสุพัตรา ศิริโชติยะกุล. การคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia screening). ภาควิชาสูตินรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, จังหวัดเชียงใหม่, ๒๐๒๐.
- พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์. การสรุปสาเหตุการตายของมารดา. เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๙. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒.
- รำไพ เกตุจิระโชติ, พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเหิม, รัตติยา ทองสมบูรณ์, และสุภาพร สุภาพวิวัฒน์. (๒๕๖๐). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ๓๕(๔): ๑๐๔-๑๑๒.
- รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชยา ลือวรรณ. โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาควิชาสูตินรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, จังหวัดเชียงใหม่, ๒๐๒๐.
- Aksornphusitaphong A, Phupong V. Risk factors of early and late onset pre-eclampsia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2013; 39(3): 627–31. (in Thai)
- ACOG Practice Bulletin No. 203: chronic hypertension in pregnancy. *ObstetGynecol* 2019;133:e26–50.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2019; 5, 122–1122.(Barton & Sibai, 2008)
- Belay T. L., Yigezu E., Urgie T., Feyissa G.T. Maternal and perinatal outcome of preeclampsia without severe feature among pregnant women managed at a tertiary referral hospital in urban Ethiopia. *PLoS ONE* 2020, 15(4):e0230638.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230638>
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS, et al. *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2018.(Duley, 2009)
- Liabsuetrakul T, &Thaida. Geographical distribution of hypertensive disorder in pregnancy and their adverse maternal and perinatal outcome in Thailand. *International Journal of Pregnancy & Child* 2017; 2(2): 42–3.
- Mariam K. M., Sawsan Al-O., Tawa O., Husam S., Mai A. and Hilal Al. R. (2020). Maternal characteristics and pregnancy outcomes of women with chronic hypertension: a population-based study. *Journal of Perinatal Medicine*, 2020; 48(2): 139–143. Downloaded from <https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0293>.
- Nwafor JI, Ugoji DP, Onwe BI, Obi VO, Obi CN, UchennaOnuchukwu VJ, et al. Pregnancy outcomes among women with early-onset severe preeclampsia managed

conservatively. Sahel Med Journal 2020;23:1–6. [Downloaded from <http://www.smjonline.org> on Wednesday, March 18, 2020, IP: 105.112.104.3]

World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia [Internet]. Switzerland: WHO; 2011 [Cited 2018 Sep 21]. Available <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/97892415>