



สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การพยาบาลสูติศาสตร์ สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์



ปิยะพร กองเงิน

การพยาบาลสูติศาสตร์ สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

โครงการหนังสือวิชาการที่นำพิมพ์ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ให้จัดพิมพ์ และจำหน่ายในราคาย่อมเยา



ถ่ายเอกสารแทนการใช้หนังสือ
คือการทำลายภูมิปัญญาสร้างสรรค์

การพยาบาลสูติศาสตร์ สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

ปิยะพร กองเงิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2558

หนังสือที่ได้รับทุนสนับสนุนการเขียนตำราจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2555

ปิยะพร กองเงิน.

การพยาบาลสูติศาสตร์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์.

1. การพยาบาลสูติศาสตร์. 2. ภาวะแทรกซ้อนขณะมีครรภ์.

WY157

ISBN 978-616-314-202-3

ISBN (ebook) 978-616-314-287-0

ลิขสิทธิ์ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยะพร กองเงิน

สงวนลิขสิทธิ์

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม 2558

จำนวน 300 เล่ม

ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ (e-book) ภูมิภาค 2560

จัดพิมพ์และจำหน่ายโดยสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ท่าพระจันทร์: อาคารธรรมศาสตร์ 60 ปี ชั้น U1 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ถนนพระจันทร์ กรุงเทพฯ 10200 โทร. 0-2223-9232

ศูนย์รังสิต: อาคารโคมบริหาร ชั้น 3 ห้อง 317 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121

โทร. 0-2564-2859-60 โทรสาร 0-2564-2860

<http://www.thammasatpress.tu.ac.th>, e-mail: unipress@tu.ac.th

พิมพ์ที่โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

แบบปกโดยนายณรงค์ฤทธิ์ สิงห์ทอง

ราคาเล่มละ 220.- บาท

สารบัญ

คำนำ	(7)
บทที่ 1 การพยาบาลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	1
แบบฝึกหัดท้ายบท	34
เฉลยแบบฝึกหัดท้ายบท	38
กรณีศึกษา “การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ 32 ⁺² สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”	42
บทที่ 2 การพยาบาลสตรีที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์	73
แบบฝึกหัดท้ายบท	91
เฉลยแบบฝึกหัดท้ายบท	92
กรณีศึกษา “การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ 34 ⁺⁴ สัปดาห์ ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์”	93
บทที่ 3 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีทารกตายในครรภ์	125
แบบฝึกหัดท้ายบท	150
เฉลยแบบฝึกหัดท้ายบท	151
กรณีศึกษา “การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ 32 สัปดาห์ ที่มีทารกตายในครรภ์”	154
บทที่ 4 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแพ้ท้องอย่างรุนแรง	181
แบบฝึกหัดท้ายบท	198
เฉลยแบบฝึกหัดท้ายบท	199
กรณีศึกษา “การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ 10 สัปดาห์ ที่มีภาวะแพ้ท้องอย่างรุนแรง”	201

บทที่ 5 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	227
แบบฝึกหัดท้ายบท	242
เฉลยแบบฝึกหัดท้ายบท	244
กรณีศึกษา “การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ 10 สัปดาห์ ที่มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ”	245
คำย่อที่เกี่ยวข้องและคำย่อทางสูติศาสตร์	265
ดัชนี	271
ประวัติผู้เขียน	279



คำนำ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับสตรีในระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสำคัญที่นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกที่จะเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งในด้านเศรษฐกิจและความเครียด พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดเพื่อให้มีสุขภาพดีตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด การที่พยาบาลมีความรู้ในทฤษฎีและมีทักษะในการปฏิบัติงาน จะช่วยให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ตำรา การพยาบาลสูติศาสตร์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ที่ผู้เขียนเรียบเรียงขึ้นนี้เป็นการรวบรวมความรู้จากการศึกษาดำรง งานวิจัย และประสบการณ์ในการนิเทศน์ศึกษา มา 10 กว่าปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นตำราหลักในการเรียนการสอนรายวิชา พย. 421 การพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ 3 และเพื่อให้นักศึกษามีแบบฝึกหัดสำหรับฝึกทำก่อนสอบ ช่วยให้จดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น มีทักษะในการทำข้อสอบโดยเฉพาะการสอบใบประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพและผู้สนใจ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 5 บท ประกอบด้วย การพยาบาลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การพยาบาลสตรีที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ก่อนการเจ็บครรภ์ การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีทารกตายในครรภ์ การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแพ้ท้องอย่างรุนแรง และการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ตำราเล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีผู้เขียนขอขอบคุณมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่ให้ทุนสนับสนุนการเขียนตำรา ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ พญ. จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. จีรเนาว์ ทศศรี ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและให้คำแนะนำจนตำราเล่มนี้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรวดี เขียวพิเชษฐ์ รองศาสตราจารย์วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และรองศาสตราจารย์ปราณี ทุไพบระ ที่ให้ความรู้และให้คำแนะนำในด้านต่างๆ และให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณคุณณัฐธิดา เงินเย็น ที่ช่วยวาดภาพประกอบ และขอขอบคุณสตรีตั้งครรภ์ที่นำมาเป็นกรณีศึกษาทุกท่าน

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าตำราเล่มนี้จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลที่สนใจได้เพิ่มพูนความรู้และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยะพร กองเงิน

กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

กรกฎาคม 2558

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะการเจ็บครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

ภายหลังสิ้นสุดบทเรียนสามารถ

1. บอกความหมายของภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดได้
2. บอกสาเหตุ อาการและอาการแสดง ผลกระทบ การวินิจฉัย และการรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดได้
3. วางแผนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดได้

หัวข้อ

1. บทนำ
2. ความหมายของภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด
3. สาเหตุของภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด
4. อาการและอาการแสดงของภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด
5. ผลกระทบของภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด
6. การวินิจฉัย: การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
7. การรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด
8. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด
9. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
10. ตัวอย่างแผนการพยาบาล
11. สรุป
12. แบบฝึกหัดท้ายบท
13. กรณีศึกษา

บทนำ

การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก ที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหา การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด (Magann, 2000) พบอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 5-15 ของการคลอด และยังพบว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในทารกถึงร้อยละ 50 นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุของการทารกตายปริกำเนิดถึงร้อยละ 60 ของอัตราตายของทารกแรกเกิด (Goldenberg, 2002) ประเทศไทยในปี 2548-2553 พบอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดประมาณ ร้อยละ 11.4 ต่อปี และในปี 2555 รัฐบาลเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นเงิน 2,380,000 บาท (เย็น ตันนิรันดร์, 2556) นอกจากนั้นทารกคลอดก่อนกำหนดที่รอดชีวิตมักจะมีปัญหาสุขภาพตามมาซึ่งมีผลกระทบต่อการพัฒนาการด้านต่างๆ ของทารก การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงจึงมีความสำคัญมาก (ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ และธีระ ทองสง, 2555; ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, 2551) โดยการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ให้เข้าใจปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด และพยายามหลีกเลี่ยงหรือทำให้ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูติกรรมลดลง อาจช่วยลดโอกาสของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, 2551) ดังนั้นพยาบาลควรให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาทิ การรับประทานอาหารให้เหมาะสม การดื่มน้ำมากๆ การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การป้องกันการติดเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดคลอด

ความหมาย

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor: PTL) และการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth: PTB) องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดคือการเจ็บครรภ์หรือการคลอดขณะอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ หรือ 259 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Cunningham et al., 2010) อายุครรภ์ต่ำสุดที่นับเป็นการคลอดก่อนกำหนดขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือทารกให้รอดชีวิตของแต่ละประเทศ โดยทั่วไปนับที่อายุครรภ์ 20 ถึงก่อน 37 สัปดาห์ (ACOG, 2001; Cunningham et al., 2010) สำหรับในประเทศไทยที่กำลังพัฒนาซึ่งมีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงพิจารณาจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์ 28-37 สัปดาห์ (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, 2551)

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งอาจสิ้นสุดด้วยการคลอดทารกก่อนกำหนด หรือการตั้งครรภ์สามารถดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอด สำหรับการคลอดก่อนกำหนดแบ่งเป็น 4 ระยะตามอายุครรภ์ดังนี้ (Reedy, 2007)

- 1) ทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (extremely preterm)
- 2) ทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 28-31 สัปดาห์ (very preterm)
- 3) ทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 32-33 สัปดาห์ (moderately preterm)
- 4) ทารกคลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 34-37 สัปดาห์ (late preterm)

ส่วนแนวคิดของเอเบิลส์ และชวณฮาน (Ables & Chaunhan, 2005) แบ่งการคลอดก่อนกำหนดเป็น 2 ระยะตามอายุครรภ์ ดังนี้

- 1) การคลอดก่อนกำหนดในระยะแรกๆ (early preterm birth) เป็นการคลอดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ มักจะสัมพันธ์กับการติดเชื้อ ความยาวของปากมดลูกลดลง และตรวจไฟโบรเนคตินของทารกในครรภ์ (fetal fibronectine) ให้ผลบวก
- 2) การคลอดก่อนกำหนดในระยะหลัง (late preterm birth) เป็นการคลอดหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์แต่ก่อน 37 สัปดาห์ มักจะสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก

สาเหตุ

ลินด์เซย์ (Lindsay, 2004) ได้แบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็น 5 ด้าน คือ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ด้านประวัติการเจริญพันธุ์ ด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ด้านเศรษฐกิจ และด้านวัฒนธรรมหรือพฤติกรรม

1. ปัจจัยด้านลักษณะประชากร

1) อายุ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีการศึกษาพบว่าอายุของสตรีตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางโครโมโซมของทารกในครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด และพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (Pillitteri, 2007)

2) สตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อย พบว่า สตรีที่มีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กิโลกรัม มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเพิ่มน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 5 กิโลกรัม หรือมีการเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 0.24 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (ปัญญา พันธุ์บุรณะ, 2550)

2. ปัจจัยด้านประวัติการเจริญพันธุ์

1) การผ่านการคลอด 5 ครั้ง ขึ้นไป อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์อาจมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการตั้งครรภ์หลายครั้ง เช่น มีภาวะรกเกาะต่ำ เป็นต้น

2) มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอด ประวัติการแท้ง หรือประวัติการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดมักจะสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะเลือดออกทางช่องคลอดที่เกิดขึ้นในช่วงก่อน 24 สัปดาห์จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Cunningham et al., 2010) และสตรีตั้งครรภ์ที่ผ่านการแท้งตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป โดยเฉพาะการแท้งที่เกิดขึ้นในช่วงไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการแท้งที่เกิดขึ้นเอง หรือการทำแท้ง (Simcox & Shennan, 2007) ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป จากการศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดในครั้งที่สองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.3 เป็นร้อยละ 28 (Chandharan & Arulkumaran, 2005)

3) ความผิดปกติของมดลูก และปากมดลูก เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ความผิดปกติของมดลูก เช่น มีประวัติการผ่าตัดมดลูก มีก้อนหรือเนื้องอกบริเวณมดลูก ปากมดลูกไม่แข็งแรง (incompetent cervix) ปากมดลูกสั้นผิดปกติ การได้รับการกระทบกระเทือน หรือการได้รับความรุนแรงทางร่างกายซึ่งมีผลกระทบต่อมดลูก เป็นต้น (Danielian & Hall, 2005)

3. ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีการเปลี่ยนแปลงบางประการที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Mascagni & Miller, 2004) ได้แก่

1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Badr, Abdallah & Mahmoud, 2005) อาจเกิดจากการที่ร่างกายขาดสารอาหารหรือเป็นโรคบางชนิด ภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ทำให้ทารกและรกได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอจึงเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาถึงระดับความเข้มข้นของเลือดในระดับที่ต่ำและสูงในระหว่างการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์มีผลต่อการคลอดทารกก่อนกำหนด และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับความเข้มข้นของเลือดในระดับต่ำ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 จะมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น (Scanlon, Yip, Schieve & Cogswell, 2000)

2) มีห้วงอนามัยคุมกำเนิดค้างอยู่ในมดลูก พบว่าร้อยละ 72 จะเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, 2551)

3) การติดเชื้อต่างๆ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเช่น ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (bacterial vaginosis) ปอดบวม ไข้ดิงอักเสบ ฟันผุ (เชื้อ *Streptococcus viridans*) เป็นต้น

4) มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นจนถึงขั้นต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดพบได้ประมาณ ร้อยละ 25 (Ables & Chaunhan, 2005; อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2550)

5) มีการยืดขยายของมดลูกมากเกินไป เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เป็นต้น การยืดขยายของมดลูกอย่างมากส่งผลให้มดลูกหดตัวมากกว่าปกติและพบว่าร้อยละ 30 ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์แฝด ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอัตราการตั้งครรภ์แฝดมากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีด้านการเจริญพันธุ์ ซึ่งพบว่าการตั้งครรภ์แฝดคู่อายุครรภ์สูงสุดที่สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ คือ 36 สัปดาห์ ส่วนการตั้งครรภ์แฝดสามอายุครรภ์สูงสุดที่สามารถดำเนินการตั้งครรภ์อยู่ลดลงคือ 33 สัปดาห์ (Danielian & Hall, 2005)

6) มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด จะมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามมา ร้อยละ 25 (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2550)

7) มีความผิดปกติของรก มักจะพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีที่มีความผิดปกติของรก เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น

8) ทารกในครรภ์มีความพิการหรือความผิดปกติของโครโมโซม พบว่าทารกในครรภ์ที่มีความผิดปกติของโครโมโซมมักจะทำให้มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่าเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนดถึง 2 เท่า

9) ทารกตายในครรภ์ ตามปกติเมื่อทารกตายในครรภ์จะเกิดการเจ็บครรภ์คลอดภายใน 2 สัปดาห์

10) ทารกติดเชื้อ พบว่าการติดเชื้อของทารก หรือการติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดก่อนกำหนด

11) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ พบว่า ทารกที่เจริญเติบโตช้าในครรภ์มักจะให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

12) ทารกมีส่วนน้ำหนักไม่ใช้ศีรษะ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง ท่าหน้า เป็นต้น ความผิดปกติของส่วนน้ำหนักของทารกดังกล่าวมักทำให้ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามมา

13) ภาวะความเครียดในจิตใจ ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกายมีการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) กระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัวเป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนดได้เพิ่มมากขึ้น (ปัญญา พันธุ์บุรณะ และจันทนา พันธุ์บุรณะ, 2549; Gennaro & Hennessy, 2003)

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี อาจทำให้มีโอกาสเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สูงถึงร้อยละ 40-60 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีมักเจ็บป่วยในระหว่างตั้งครรภ์และเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Thomson, 1993)

5. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมหรือพฤติกรรม

สตรีตั้งครรภ์ที่มีวัฒนธรรมหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย อาทิ ภาวะทุโภชนาการ การใช้สารเสพติด การมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่ได้มาฝากครรภ์ การทำงานหนัก การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม

1) ภาวะทุโภชนาการ จากการศึกษาพบว่า การปรับชนิดและปริมาณอาหารของสตรีตั้งครรภ์โดยจัดให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและกรดโฟลิกสูง จะช่วยให้จำนวนของทารกคลอดก่อนกำหนดลดลง (Waterston, 2000)

2) การใช้สารเสพติด สตรีตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากเป็น 2 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่ดื่มกาแฟวันละ 3 แก้วขึ้นไปในระหว่างการตั้งครรภ์ไตรมาสแรก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการแตกของถุงน้ำคร่ำมากเป็น 2.2 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่ดื่มกาแฟวันละ 2 แก้ว หากสตรีตั้งครรภ์เริ่มสูบบุหรี่ในครรภ์ที่ 2 จะพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าการตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่เริ่มสูบบุหรี่ในการตั้งครรภ์ครั้งแรก จะพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ซึ่งไม่ได้สูบบุหรี่ และอัตราเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณการสูบบุหรี่ของสตรีตั้งครรภ์

3) การมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่ได้มาฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์มีอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ ในประเทศไทยได้มีการสำรวจกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 600 ราย ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ และมาฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป จะมีอัตราการคลอดก่อนกำหนด และอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อยกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า และฝากครรภ์จำนวนน้อยครั้งกว่า (วิสุทธิ์ สุวิทยะศิริ และคณะ, 2546)

4) การทำงานหนัก การทำงานที่มีชั่วโมงติดต่อกันยาวนาน การเดินทางติดต่อกันนานมากกว่า 1 ชั่วโมง การทำงานเป็นกะทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งภาวะเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเครียดตั้งแต่ระยะแรกๆ ของการตั้งครรภ์ (Reedy, 2007)

5) การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ มีการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความรู้ มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดีขึ้น (ฉวีวรรณ และคณะ, 2550)

ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว บางด้านเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้ แต่เป็นปัจจัยที่สามารถคาดการณ์และเฝ้าระวังได้ (Colombo & Iams, 2000) เช่น ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ด้านการเจริญพันธุ์ ด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบันและด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น สำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม บางปัจจัยสามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการ การทำงานหนัก เป็นต้น ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน บางปัจจัยไม่สามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนได้ แต่สามารถให้การดูแลรักษา ควบคุมไม่ให้เกิดอาการที่รุนแรงได้ เช่น ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ เป็นต้น (Colombo & Iams, 2000) ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคลอดทารกก่อนกำหนดที่ดีที่สุดคือ การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเน้นการคาดการณ์ การเฝ้าระวัง และปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ซึ่งจะสามารถป้องกัน และลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ดีกว่าการดูแลรักษาเมื่อเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นแล้ว (Cunningham et al., 2010)

จากการวิจัยของผู้เขียนเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามี ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่า สตรีกลุ่มควบคุมจำนวน 58 คน มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 39.66 ส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 30.44 รองลงมาเคยมีอาการมดลูกแข็งบ่อยหรือปวดเกร็งท้องน้อย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 17.39 ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาชีพที่ต้องเดินหรือยืนเกือบตลอดเวลา มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ มีจำนวน 2 คน เท่าๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 8.70 สตรีตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอด ในรอบคร่ำมีคนสูบบุหรี่ มีภาวะเครียดด้านจิตใจ มีการกระแทกหน้าท้อง ทำงานหนัก พักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ยกของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม มีจำนวน 1 คน เท่าๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 4.35 (ปิยะพร กองเงิน และคณะ, 2558)

อาการและอาการแสดง

สตรีตั้งครรภ์จะมีอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์จริง โดยมีการหดตัวของมดลูก และมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก (Cunningham et al., 2010) ดังต่อไปนี้

1. การหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งในเวลา 20 นาที หรือ 8 ครั้งในเวลา 60 นาที โดยอาจมีหรือไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งแตกต่างจากอาการเจ็บครรภ์เตือนที่มีการหดตัวของมดลูกไม่สม่ำเสมอ
2. การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก อย่างน้อย 1 ข้อ คือ พบปากมดลูกเปิดขยายมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร ปากมดลูกนุ่ม หรือปากมดลูกบางมากกว่าร้อยละ 80

wan:gnu

การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก รวมไปถึงครอบครัว ดังนี้

1. ผลต่อสตรีตั้งครรภ์

1.1 ถูกจำกัดกิจกรรมโดยให้นอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลานานในระยะตั้งครรภ์ ทำให้เกิดภาวะเครียดต่อจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดกล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียแคลเซียมจากกระดูก เกิดนิ่วในไต ท้องผูก และเบื่ออาหาร และมักพบว่าในระยะหลังคลอดมารดาจะฟื้นตัวและตื่นตัวในการดูแลทารกได้ช้ากว่าปกติ ซึ่งคาดว่าน่าจะมีผลมาจากการนอนนานๆ ในระยะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า การนอนนานๆ มีผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกโกรธง่าย เบื่อชีวิต เศร้าและแยกตัว (Johnson, et al., 1994)

1.2 ได้รับความไม่สุขสบายจากการได้รับยาระงับการหดตัวของมดลูก

1.3 คลอดก่อนกำหนด หากไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้

2. ผลต่อทารก

2.1 ได้รับผลข้างเคียงของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ทำให้หัวใจและหลอดเลือดของทารกได้รับอันตราย เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นต้น

2.2 ทารกคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory distress syndrome: RDS) ซึ่งเป็นผลจากปอดเจริญเติบโตไม่เต็มที่

2.3 ทารกเสียชีวิต มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 85 ของการตายในทารกแรกเกิดที่ไม่มีความพิการแต่กำเนิดเป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนด และอัตราการตายในขวบปีแรกของทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีถึงร้อยละ 40-70 (Shery et al., 2004; Michael et al., 2007)

2.4 มีปัญหาทางระบบประสาทและระดับสติปัญญา ทารกคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสเกิดปัญหาทางระบบประสาท และมีระดับสติปัญญาน้อยกว่าปกติ

3. ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของสตรีตั้งครรภ์

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์เผชิญปัญหาการปรับตัวจากความไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ สังคม และอารมณ์มากกว่าปกติ เป็นเหตุให้มีความลำบากในการปฏิบัติพัฒนาการของการตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลกับการสร้างสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ดังเดิม ไม่ว่าจะเป็นงานบ้าน การดูแลบุตร เป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะเครียด นอกจากนี้สาบมียังเกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากการต้องดูแลรรายที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเดิม และต้องทำหน้าที่ต่างๆ แทนภรรยา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจจากการที่สตรีตั้งครรภ์ต้องหยุดงานทำให้สูญเสียรายได้ บางคนต้องจ้างคนช่วยเลี้ยงดูบุตร จึงส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัว

การวินิจฉัย

สามารถวินิจฉัยภาวะการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. การซักประวัติ

1.1 ซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1.2 ซักประวัติอาการเจ็บครรภ์จริงจะมีอาการ ดังนี้

1) อาการแข็งตัวของมดลูกเพิ่มขึ้น เจ็บนานขึ้นและถี่ขึ้น แม้ว่าจะเปลี่ยนอิริยาบถ หรือนอนพักอาการเจ็บครรภ์จะไม่ดีขึ้น

2) อาการปวดหลังและปวดร้าวมาถึงด้านหน้าบริเวณหัวหน่าวและท้องน้อย บางครั้งจะปวดร้าวลงขา และอาจมีอาการปวดท้องอยากถ่ายอุจจาระและถ่ายบ่อย

3) มีมูกเลือดปนออกมาเป็นเลือดสด

4) หากถุ่นน้ำคร่ำแตก ควรซักถามลักษณะ สี กลิ่น ปริมาณของน้ำคร่ำ

แต่หากเป็นอาการเจ็บครรภ์เตือนจะมีอาการ ดังนี้

1) อาการเจ็บครรภ์ไม่สม่ำเสมอ ความแรงของการหดตัวของมดลูก ไม่เจ็บเพิ่มขึ้น

2) เจ็บบริเวณท้องน้อย ไม่ปวดร้าวไปด้านหลัง

3) อาการเจ็บครรภ์จะดีขึ้นเมื่อเดินหรือเปลี่ยนอิริยาบถ

4) ลักษณะมูกจะออกเป็นเลือดเก่าคือสีจะเข้ม ไม่เป็นสีชมพูสด หรือแดงสด

2. การตรวจร่างกาย

2.1 ประเมินการหดตัวของมดลูก โดยการคลำบริเวณยอดมดลูก เป็นเวลานานอย่างน้อย 30 นาที เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการหดตัวของมดลูก หากมีอาการเจ็บครรภ์จริงจะพบว่า

มดลูกมีความถี่ในการหดตัวอย่างน้อย 4 ครั้ง ในเวลา 20 นาที หรือ 8 ครั้ง ในเวลา 60 นาที การหดตัวแต่ละครั้งนาน 30 วินาทีขึ้นไป

2.2 การตรวจภายในทางช่องคลอด ไม่ควรตรวจภายในเพราะจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะในรายที่มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ มีการศึกษาพบว่าการใช้นิ้วมือตรวจภายในจะทำให้ระยะเวลาในการรักษาแบบประคับประคองสั้นลง (Alexander et al., 2000)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

- 1) การตรวจสอบอายุครรภ์และน้ำหนักทารก
- 2) การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อวัดความยาวของปากมดลูก (cervical length: CL) หากความยาวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.5 เซนติเมตรมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนด (Ables & Chaunhan, 2005) การวัดความยาวของปากมดลูกมีความถูกต้องแม่นยำสูง

3.2 การตรวจหาไฟโบรเนคตินของทารก (fetal fibronectin) เป็นวิธีที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ปกติจะไม่พบสารนี้ในช่วงอายุครรภ์ 22-37 สัปดาห์ แต่หากตรวจพบในช่วงอายุครรภ์ 22-24 สัปดาห์ จะเป็นตัวทำนายการคลอดก่อนกำหนดหากตรวจไม่พบโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อย (Ables & Chaunhan, 2005) วิธีการตรวจทำโดยการป้ายเอาสารคัดหลั่งจากส่วนหลังของช่องคลอด ด้านในสุด (posterior fornix) มาตรวจ หากตรวจพบมากกว่าหรือเท่ากับ 50 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร แสดงว่าให้ผลบวก และแปลผลว่าอาจจะมีการคลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นใน 7-10 วัน และในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่แล้วมีโอกาสเกิดเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 14 แต่ผลอาจจะไม่น่าเชื่อถือ หาก 24 ชั่วโมงก่อนการตรวจ สตรีตั้งครรภ์มีเพศสัมพันธ์ หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด กรณีที่ผลการตรวจเป็นบวกจะต้องมีการตรวจซ้ำทุก 2 สัปดาห์ (Reedy, 2007) นอกจากนั้นการตรวจยังมีราคาแพง

3.3 การตรวจระดับเอสโตรiol (estriol) ในน้ำลายสตรีตั้งครรภ์ จะพบว่าการสร้างเอสโตรiolเพิ่มขึ้นทุก 1 สัปดาห์ ก่อนการเจ็บครรภ์คลอด

3.4 การเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้อง (amniocentesis) เพื่อส่งตรวจความสมบูรณ์ของสารเคลือบถุงลมปอดของทารก

การรักษา

การรักษาสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมี 3 แนวทางคือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การประคับประคองการตั้งครรภ์ให้ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอด และการทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงกรณีไม่สามารถระงับการเจ็บครรภ์คลอดได้

1. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน แพทย์อาจพิจารณาให้ยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ 17 ไฮดรอกซีโปรเจสเตอโรน คาโปรเอต (17 hydroxyprogesterone caproate) 250 มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อ ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์และให้ยาทุกสัปดาห์ไปจนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ หรือให้แนชเซอร์ล โปรเจสตोजีน (natural progestogen) 100 มิลลิกรัม ทางช่องคลอดทุกวันเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ไปจนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ (ACOG, 2008)

2. กรณีประคับประคองให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป

สตรีที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะให้การรักษาเพื่อประคับประคองให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป ยกเว้นกรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ อาจพิจารณาให้ยุติการตั้งครรภ์ โดยมีแนวทางการรักษา ดังนี้

2.1 รับไว้ในโรงพยาบาล ดูแลให้นอนพัก ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ

2.2 ตรวจการหดตัวของมดลูก ค้นหาสาเหตุการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตรวจนับเม็ดเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ค้นหาความพิการของทารกและประมาณน้ำหนักของทารก ตรวจการเต้นของหัวใจทารกและติดตามสุขภาพทารก

2.3 ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก (tocolysis) จะช่วยยืดอายุครรภ์ออกไปได้ประมาณ 2-7 วัน เพื่อรอเวลาให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) ออกฤทธิ์ (King & Flenady, 2002)

ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกมีหลายกลุ่ม ดังนี้ (ชนนทร์ วนาภิรักษ์ และธีระ ทองสง, 2555, ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, 2551)

2.3.1 กลุ่มเบต้า 2 แอดรีเนอร์จิก อะโกนิสต์ (beta 2-adrenergic agonist) ยาที่ใช้ในประเทศไทย ได้แก่ เทอร์บูทาไลน์ (terbutaline) ริโทดรีน (ritodrine) และซัลบูตามอล (salbutamol) ผลข้างเคียงของยา ได้แก่

1) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ทำให้หลังอินซูลิน (insulin) มากขึ้นการควบคุมเบาหวานยากขึ้น ทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นทำให้หลังอินซูลินเพิ่มมากขึ้น หากทารกคลอดในขณะที่ให้ยา หรือภายใน 2 ชั่วโมงหลังจากหยุดยา จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ได้ง่าย เนื่องจากระดับหลังอินซูลิน ในเลือดยังสูงอยู่หลังคลอด

2) ภาวะโพแทสเซียมต่ำ (hypokalemia) เนื่องจากยาทำให้โพแทสเซียมจากนอกเซลล์เข้าไปอยู่ในเซลล์

3) ภาวะกรดแลคติกคั่งในเลือด (lacticacidosis) ทำให้ทำลายการส่งกระแสประสาทและก่การทำงานของไขกระดูก มีอาการปวดคล้ายหามแทง

4) ภาวะเลือดเป็นกรด (ketoacidosis) มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง ปัสสาวะมาก หายใจหอบลึก หายใจมีกลิ่นอะซิโตนและคีโตน พบคีโตนในปัสสาวะ

5) ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากยาออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวจึงทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจวายและปอดบวม น้ำ ดังนั้นจะหยุดให้เมื่อ อัตราการเต้นของหัวใจแม่เร็วกว่า 140 ครั้งต่อนาที ความดันซิสโตลิก (systolic pressure) ลดลงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure) ลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท

6) ผลข้างเคียงอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ตัวสั่นมือสั่น มีไข้

2.3.1.1 เทอร์บูทาลีน (terbutaline) ผสมยา 5 มิลลิกรัม (1 ampule = 0.5 มิลลิกรัม) ในสารน้ำ 5% D/W 500 มิลลิลิตร เริ่มหยดเข้าทางเส้นเลือดดำด้วยอัตรา 10 ไมโครกรัม ต่อนาที ปรับยาเพิ่มครั้งละ 10 ไมโครกรัม ต่อนาที ทุก 10 นาที จนกระทั่งไม่มีการหดตัวของมดลูก แต่ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 25 ไมโครกรัมต่อนาที เมื่อมดลูกหยุดหดตัวแล้วให้อัตราเดิมต่อไปอีก 1 ชั่วโมง แล้วจึงลดอัตราการหยดลง 2.5 มิลลิกรัมต่อนาที ทุก 30 นาที แล้วคงใช้ขนาดต่ำสุดที่ทำให้ไม่มีการหดตัวของมดลูกไว้อีก 12 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนมาฉีดในขนาด 0.25 มิลลิกรัม เข้าใต้ผิวหนังทุก 4 ชั่วโมง อีก 3 วัน แล้วเปลี่ยนเป็นชนิดรับประทานขนาด 2.5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง วันละ 15-20 มิลลิกรัม จนกระทั่งถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ แต่จากการศึกษาพบว่าการรับประทานยายังไม่มีประโยชน์ชัดเจน

2.3.1.2 ริโทดรีน (ritrodrene) เป็นยาเพียงตัวเดียวของยาในกลุ่มนี้ที่องค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริการับรองให้ใช้ โดยผสมยา 50 มิลลิกรัม (1 ampule = 50 มิลลิกรัม) ในสารน้ำ 5% D/W 500 มิลลิลิตร (1 มิลลิลิตร = 0.1 มิลลิกรัม) ห้ามผสมในน้ำเกลือ นอร์มัลซาลิน (normal saline solution) เพราะอาจเกิดภาวะปอดบวม น้ำ (pulmonary edema) ได้ ให้หยดยาเข้าทางเส้นเลือดดำด้วยอัตรา 0.05-0.1 มิลลิกรัมต่อนาที ปรับยาเพิ่มครั้งละ 0.05-0.1 มิลลิกรัมต่อนาที ทุก 10-20 นาที จนกระทั่งไม่มีการหดตัวของมดลูก หรือถึงขนาดยาสูงสุด 0.35 มิลลิกรัมต่อนาที แล้วคงขนาดยาที่ทำให้ไม่มีการหดตัวของมดลูกไว้ 10-12 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนมาฉีด 10 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ ทุก 4 ชั่วโมง รวม 5 ครั้ง แล้วเปลี่ยนเป็นชนิดรับประทาน (1 เม็ด = 10 มิลลิกรัม) 10 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง จนกระทั่งถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์

2.3.1.3 ซัลบูตามอล (salbutamol) ผสมยา 5 มิลลิกรัมในสารน้ำ 5% D/W 500 มิลลิลิตร ให้ 20 หยดต่อนาที (10 ไมโครกรัมต่อนาที) เพิ่มปริมาณยา 10 หยด (5 ไมโครกรัม) ต่อ 1 นาที ทุก 5-10 นาที จนกว่าจะหยุดการหดตัวของมดลูก ขนาดยาสูงสุดคือ 50 ไมโครกรัมต่อนาที ควรให้ยาต่อหลังมดลูกหยุดหดตัวเป็นเวลา 12 ชั่วโมง ก่อนหยดยาที่ให้ทางเส้นเลือดดำ 30 นาที จะเริ่มรับประทานยา 2-8 มิลลิกรัม ทุก 2-4 ชั่วโมงต่ออีก 24-28 ชั่วโมง