

## ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูก ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

### The Risk Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth in Pregnant Women Undergoing Cervical Length Screening, Samutsakhon Hospital

วริน กิตตินภดล พ.บ.,  
ว. สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา  
กลุ่มงานสูติศาสตร์  
โรงพยาบาลสมุทรสาคร  
จังหวัดสมุทรสาคร

Varin Kittinopphadol M.D.,  
Dip., Thai Board of Obstetrics and Gynaecology  
Division of Obstetrics and Gynaecology  
Samutsakhon Hospital  
Samut Sakhon

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูกที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนแผนกฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวปากมดลูกทางช่องคลอดและมีปัจจัยเสี่ยง ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลา 6 ปี กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจงทั้งหมดตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ผลการคลอด และการได้รับยาเหน็บโปรเจสเตอโรน แจกแจงข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง ด้วยสถิติ multiple logistic regression กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 264 ราย เป็นกลุ่มคลอดก่อนกำหนด 68 ราย (ร้อยละ 25.8) และกลุ่มคลอดครบกำหนด 196 ราย (ร้อยละ 74.2) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Adj. OR = 11.39, 95% CI = 2.44–53.10,  $p = .002$ ), 2) ประวัติแท้งและชุดมดลูก (Adj. OR = 6.01, 95% CI = 1.08–33.45,  $p = .040$ ), และ 3) กลุ่มที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเตอโรนเหน็บทางช่องคลอด พบว่ามีการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่มีประวัติและไม่ได้เหน็บยา ร้อยละ 97.0 (Adj. OR = 0.03, 95% CI = 0.01–0.16,  $p < .001$ )

**สรุป:** ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีประวัติแท้งและชุดมดลูก ส่วนปัจจัยที่ลดความเสี่ยงคือ กลุ่มที่มีประวัติ

คลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเทอโรนเหน็บทางช่องคลอด ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงต้องให้ความสำคัญในการซักประวัติคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกที่มีฝากครรภ์เพื่อให้การดูแลรักษาได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเอง และการบริการฝากครรภ์คุณภาพต่อไป

**คำสำคัญ:** การคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนด ความยาวของปากมดลูก

*วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(3) : 479-492.*

## Abstract

**Objective:** The aim was to determine the risk factors associated with spontaneous preterm birth in pregnant women undergoing cervical length screening at Samutsakhon Hospital.

**Methods:** A retrospective descriptive study was carried out. Data of pregnant women who had undergone vaginal cervical length screening with risk factors were collected from the medical records of the antenatal care department. Data were collected between 1 January 2018 and 31 December 2023, for 6 years, the entire purposive sampling group met the inclusion criteria. Research tools included forms of general histories, pregnancy histories, risk factors, delivery outcomes, and vaginal progesterone prevention. The data were presented in numbers, percentage, averages, and standard deviations. Analysis of factors related to spontaneous preterm birth were done using multiple logistic regression, statistical significance was at  $p < .05$ .

**Results:** The total samples were 264, comprising 68 preterm birth (25.8%) and 196 term birth (74.2%). The risk factors associated with spontaneous preterm birth were 1) pre-pregnancy body mass index less than  $18.5 \text{ kg/m}^2$  (Adj. OR = 11.39, 95% CI = 2.44–53.10,  $p = .002$ ); 2) history of miscarriage and curettage (Adj. OR = 6.01, 95% CI = 1.08–33.45,  $p = .040$ ); and 3) history of preterm birth and prophylaxis with vaginal progesterone found that there was a lower risk of preterm birth than those with the history and without intravaginal progesterone at 97.0% (Adj. OR = 0.03, 95% CI = 0.01–0.16,  $p < .001$ ).

**Conclusion:** Factors that increase the risk of spontaneous preterm birth include pre-pregnancy body mass index of less than  $18.5 \text{ kg/m}^2$  and history of miscarriage and curettage. The factor that reduces risk is history of preterm birth and prophylaxis with vaginal progesterone. Therefore, it is crucial for the related health officials to prioritize history-taking, risk screening, and continuous care. This should be coupled with promoting self-care health and providing quality antenatal care services.

**Keywords:** spontaneous preterm birth, risk factor of preterm birth, cervical length.

*Received: Apr 21, 2024; Revised: Jun 4, 2024; Accepted: Jun 18, 2024*

*Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(3) : 479-492.*

## บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) เป็นการคลอดที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์<sup>1,2</sup> พบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ ร้อยละ 5–18 หรือในแต่ละปีจะมีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน โดยร้อยละ 84 คลอดที่อายุครรภ์ 32–36 สัปดาห์ ร้อยละ 10 อยู่ระหว่าง 28–32 สัปดาห์ และร้อยละ 5 เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์<sup>2,3</sup> การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการตายปริกำเนิด และภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด<sup>4,5</sup> โดยพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 1 ล้านคน จะเสียชีวิตในช่วง 5 ปีแรก ส่วนที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความพิการ ความผิดปกติของการได้ยินและการมองเห็น รวมทั้งพัฒนาการล่าช้า<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข<sup>6</sup> พบว่า อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด (ช่วงอายุครรภ์ 24–36<sup>6</sup> สัปดาห์) เท่ากับร้อยละ 10.42 ส่วนข้อมูลทารกแรกเกิดในปีงบประมาณ 2560–2566 พบว่า อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4.4 เป็น 7.04 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดอาจแบ่งตามสาเหตุที่ทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์เป็น 4 สาเหตุ<sup>1,7</sup> คือ 1. การคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm birth) พบได้ร้อยละ 40–45 เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ปากมดลูกสั้นหรือหลวม มดลูกขยายขนาดและโตจากภาวะครรภ์แฝดน้ำ เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูกหรือได้รับการขูดมดลูกหลายครั้ง การติดเชื้อในมารดา เช่น ช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย หนองใน ซิฟิลิส ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อไวรัส และการติดเชื้อของทารกในครรภ์; 2. การคลอดก่อนกำหนดตามข้อบ่งชี้ (indicated preterm birth) พบร้อยละ 30–35 เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นที่ต้องทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์

เพื่อรักษามารดาและทารกที่มีภาวะดกเกินโดยเร่งคลอดหรือการผ่าตัดคลอด; 3. การแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนกำหนดทำให้มีการเจ็บครรภ์ตามมา (premature rupture of the membranes) ซึ่งจะพบร้อยละ 30–35; และ 4. การตั้งครรภ์แฝดหรือมากกว่า (twins or multifetal pregnancy)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูกต่อการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย<sup>8</sup> โดยศึกษาย้อนหลัง สตรีตั้งครรภ์เดี่ยว 389 ราย ที่ได้รับการวัดความยาวปากมดลูกด้วยอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดที่อายุครรภ์ 16–24 สัปดาห์ พบว่า ผู้ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ แต่ความยาวปากมดลูกไม่พบความสัมพันธ์ ส่วนการศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของภาวะปากมดลูกสั้นในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวความเสี่ยงต่ำ จำนวน 1,099 ราย โรงพยาบาลวชิระ<sup>9</sup> พบว่า กลุ่มที่มีภาวะปากมดลูกสั้น ( $\leq 25$  มิลลิเมตร) ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.54 คลอดที่อายุครรภ์ครบกำหนด ( $\geq 37$  สัปดาห์) และการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับความสำเร็จในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด<sup>10</sup> จำนวน 114 ราย โดยกลุ่มที่มีความยาวปากมดลูกสั้น ( $\leq 25$  มิลลิเมตร) จะได้รับการป้องกัน 2 วิธี คือ เย็บผูกปากมดลูก หรือฉีดโปรเจสเทอโรน 250 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ พบว่าการป้องกันทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกัน สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ร่วมกับภาวะปากมดลูกสั้น ที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ประวัติการคลอดก่อนกำหนดภาวะปากมดลูกสั้น<sup>11–15</sup> มีเลือดออกทางช่องคลอดและติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ<sup>12,16</sup> รวมทั้งผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อย ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์แฝด อายุสตรีตั้งครรภ์ การคลอดหลายครั้ง เคยผ่าตัดที่ปากมดลูก และมีพยาธิสภาพที่มดลูก<sup>12,14</sup>

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทยพบว่าการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการ

คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ การตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูกยังมีจำกัด อาจเนื่องจากนโยบายการตรวจคัดกรองความยาว ของปากมดลูกที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มประกาศ ใน พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจ ส่วนใหญ่เป็นระดับตติยภูมิ ประกอบกับการระบาดของ โควิด-19 ใน พ.ศ. 2562 ซึ่งต้องควบคุมการแพร่ระบาดอย่าง เคร่งครัด ทำให้การตรวจคัดกรองปากมดลูกดำเนินการ ไม่ต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุข จัดทำ แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สำหรับประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางการจัดระบบ บริการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการ คลอดก่อนกำหนด และให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในส่วนโรงพยาบาลสมุทรสาคร ปีงบประมาณ 2561 ได้เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรอง ความยาวปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ โดยในช่วง 3 ปีที่ ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2564–2566) ยังพบอัตราการ คลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ร้อยละ 10.94, 11.97, และ 12.36 ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนด ไม่เกินร้อยละ 10.00 รวมทั้งอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.26, 10.02, และ 10.11 ส่วนใหญ่เป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนด

จากปัญหาที่พบข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความ สนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอด ก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูก ซึ่งผลการ วิจัยจะทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการคลอด ก่อนกำหนดชนิดเกิดขึ้นเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผน และพัฒนามาตรฐานการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ให้ตรงกับบริบทโรงพยาบาลสมุทรสาคร และสอดคล้อง กับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งเพื่อหาแนวทางใน การดูแลและป้องกันกรณีเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ในสตรี ตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถ ป้องกันได้จะมีการเฝ้าระวังตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลด

อัตราการคลอดก่อนหนด และลดอัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน ตลอดจนลดภาวะแทรกซ้อน ในทารกที่เป็นผลมาจากการคลอดก่อนกำหนดได้อย่าง มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการ คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ การตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูกที่โรงพยาบาล สมุทรสาคร

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนแผนกฝากครรภ์ ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาว ปากมดลูกทางช่องคลอดและมีปัจจัยเสี่ยงที่โรงพยาบาล สมุทรสาคร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

## นิยามตัวแปรในการวิจัย

การคลอดก่อนกำหนดชนิดเกิดขึ้นเอง หมายถึง การสิ้นสุดการตั้งครรภ์เดี่ยวระหว่างอายุครรภ์ 26–36<sup>+</sup> สัปดาห์ โดยไม่มีข้อบ่งชี้ให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการ เร่งคลอด หรือการผ่าตัดคลอด

การคลอดครบกำหนด หมายถึง การสิ้นสุด การตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยทางสูตินรีเวช และ ประวัติการฝากครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนของสตรี ตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปาก มดลูก ดังนี้

- ประวัติทางสูตินรีเวช ได้แก่ ประวัติเคย คลอดก่อนกำหนด ประวัติทารกตายคลอด ประวัติแท้ง และได้รับการขูดมดลูก เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปาก มดลูก

- ประวัติการฝากครรภ์และภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ จำนวนครั้งที่คลอด จำนวนการฝากครรภ์ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ เช่น bacterial vaginosis, trichomoniasis, chlamydia, หนองใน, ซิฟิลิส, ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, ติดเชื้อไวรัส, การติดเชื้อของทารกในครรภ์, ครรภ์แฝดน้ำ, ทารกโตช้าในครรภ์, และโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หอบหืด ซีด

ความยาวของปากมดลูก หมายถึง ความยาวของคอมดลูกจากรูเปิดภายในของปากมดลูก (internal cervical os) ถึงรูเปิดภายนอกของปากมดลูก (external cervical os) เมื่อวัดโดยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดที่อายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ โดยหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร

ภาวะปากมดลูกสั้น หมายถึง ความยาวของปากมดลูกที่มีความยาวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 มิลลิเมตร เมื่อวัดโดยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดที่อายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาได้จากการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังระหว่าง วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 264 ราย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

### เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. ตั้งครรภ์เดี่ยว
2. ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ที่ไตรมาสแรก เพื่อประเมินอายุครรภ์
3. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูก โดยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดที่อายุครรภ์ระหว่าง 16 ถึง 24 สัปดาห์
4. ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร
5. มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปัจจัย ดังนี้

- ประวัติทางสูตินรีเวช ได้แก่ ประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติทารกตายคลอด ประวัติแท้ง เคยได้รับการผ่าตัดปากมดลูก

- ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ เช่น bacterial vaginosis, trichomoniasis, chlamydia, หนองใน, ซิฟิลิส, ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, ติดเชื้อไวรัส, การติดเชื้อของทารกในครรภ์, ครรภ์แฝดน้ำ, ทารกโตช้าในครรภ์, และโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หอบหืด ซีด

### เกณฑ์ในการคัดเลือกรอกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. ทารกแฝดหรือมากกว่า
2. มีข้อบ่งชี้ให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการเร่งคลอด หรือผ่าตัดคลอด ก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์
3. ทารกพิการแต่กำเนิด หรือทารกตายในครรภ์
4. ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลได้ครบถ้วนตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระบบฐานข้อมูล และเอกสาร

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC 104/2567/V.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมและสถิติที่ใช้

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง ความยาวของปากมดลูกที่ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด (มิลลิเมตร) การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ และโรคทางอายุรกรรม, 2) แบบบันทึกกรณีที่ได้รับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ยาโปรเจสเตอโรน 200 มิลลิกรัม เหน็บทางช่องคลอด, และ 3) ข้อมูลการคลอด

สถิติที่ใช้ในการวิจัยข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงและการคลอด แจกแจงด้วยความถี่

จำนวน ร้อยละ กรณีที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กรณีที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอด ก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง โดยเบื้องต้นวิเคราะห์ทีละตัวแปรแบบ univariate และวิเคราะห์ขั้นตอนสุดท้ายแบบ multiple logistic regression เพื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยกำหนดความ มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และประวัติการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูก

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการตั้งครรภ์ ตัวอย่าง ทั้งหมด 264 ราย เป็นกลุ่มคลอดก่อนกำหนด 68 ราย (ร้อยละ 25.8) และกลุ่มคลอดครบกำหนด 196 ราย

(ร้อยละ 74.2) พบว่า ทั้งในกลุ่มคลอดก่อนกำหนดและคลอดครบกำหนด ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20–34 ปี (Mean  $\pm$  SD = 25.59  $\pm$  8.03 และ 26.26  $\pm$  7.81 ตามลำดับ) กลุ่มคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (BMI) น้อยกว่า 18.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Mean  $\pm$  SD = 19.99  $\pm$  4.24) ส่วนกลุ่มคลอดครบกำหนดส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.51–24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Mean  $\pm$  SD = 21.95  $\pm$  5.48) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ 2–3 ครั้ง ร้อยละ 58.8 และ 57.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติแท้งและขูดมดลูก ร้อยละ 76.5 และ 87.8 ตามลำดับ รองลงมา มีประวัติเคยแท้งและขูดมดลูก 1 ครั้ง ร้อยละ 17.6 และ 10.1 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีประวัติทารกตายในครรภ์ ร้อยละ 94.1 และ 98.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ระหว่าง 5–10 ครั้ง ร้อยละ 70.6 และ 53.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์จำแนกตามการสิ้นสุดการคลอด (n = 264)

ข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์	คลอดก่อนกำหนด (n = 68)	คลอดครบกำหนด (n = 196)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	25.59 $\pm$ 8.03	26.26 $\pm$ 7.81
<20	18 (26.5)	48 (24.5)
20–34	40 (58.8)	112 (57.1)
$\geq$ 35	10 (14.7)	36 (18.4)
BMI ก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัมต่อตารางเมตร) Mean $\pm$ SD	19.99 $\pm$ 4.24	21.95 $\pm$ 5.48
<18.50	36 (52.9)	60 (30.6)
18.51–24.99	22 (32.3)	96 (49.0)
$\geq$ 25.00	10 (14.7)	40 (20.4)
จำนวนตั้งครรภ์ (ครั้ง)		
1	20 (29.4)	72 (36.7)
2–3	40 (58.8)	112 (57.1)
$\geq$ 4	8 (11.8)	12 (6.1)

ตารางที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์จำแนกตามการสิ้นสุดการคลอด (n = 264) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์	คลอดก่อนกำหนด (n = 68) จำนวน (ร้อยละ)	คลอดครบกำหนด (n = 196) จำนวน (ร้อยละ)
<b>ประวัติการคลอด (ครั้ง)</b>		
0	24 (35.3)	84 (42.9)
1-2	40 (58.8)	102 (52.0)
3	4 (5.9)	10 (5.1)
<b>ประวัติแท้งและขูดมดลูก (ครั้ง)</b>		
0	52 (76.5)	172 (87.8)
1	12 (17.6)	20 (10.2)
<b>ประวัติทารกตายในครรภ์</b>		
ไม่มี	64 (94.1)	192 (98.0)
มี	4 (5.9)	4 (2.0)
<b>ฝากครรภ์ (ครั้ง)</b>		
<5	8 (11.8)	4 (2.0)
5-10	48 (70.6)	104 (53.1)
>10	12 (17.6)	88 (44.9)

**ส่วนที่ 2 ประวัติการคลอด และปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูก**

ประวัติการคลอด และปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูกและมีปัจจัยเสี่ยงพบว่า กลุ่มคลอดก่อนกำหนดและคลอดครบกำหนด มีประวัติผ่าตัดปากมดลูก ร้อยละ 5.9 และ 1.0 ตามลำดับ มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 39.7 และ 27.5 ตามลำดับ ผู้ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดพบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับยาโปรเจสโตโรนเหน็บทางช่องคลอด ร้อยละ 63.0 และ 96.3 ตามลำดับ กลุ่มคลอดก่อนกำหนดพบปากมดลูกสั้น ร้อยละ 14.7 (Mean  $\pm$  SD = 34.65  $\pm$  7.99) ส่วนกลุ่มคลอดครบกำหนด

ร้อยละ 26.0 (Mean  $\pm$  SD = 36.85  $\pm$  9.63) ผู้ที่พบปากมดลูกสั้นทั้งสองกลุ่มได้รับยาโปรเจสโตโรนเหน็บทางช่องคลอด ร้อยละ 100.0 การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มคลอดก่อนกำหนด และคลอดครบกำหนด มีช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ร้อยละ 8.8 และ 5.1 ตามลำดับ ตรวจพบซิฟิลิส ร้อยละ 2.9 และ 4.8 ตามลำดับ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 17.6 และ 12.8 ตามลำดับ พบหูตึง ร้อยละ 1.5 และ 1.0 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มคลอดก่อนกำหนด และคลอดครบกำหนด เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.8 และ 5.1 ตามลำดับ เบาหวาน ร้อยละ 17.6 และ 7.1 ตามลำดับ และภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 41.2 และ 52.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจำแนกตามการสิ้นสุดการคลอด (n = 264)

ปัจจัยเสี่ยง	คลอดก่อนกำหนด (n = 68)	คลอดครบกำหนด (n = 196)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ประวัติผ่าตัดปากมดลูก</b>		
ไม่มี	64 (94.1)	194 (99.0)
มี	4 (5.9)	2 (1.0)
<b>ประวัติคลอดก่อนกำหนด</b>		
ไม่มี	41 (60.3)	142 (72.4)
มี	27 (39.7)	54 (27.5)
<b>ประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยา โปรเจสเทอโรนเห็นทางช่องคลอด</b>		
ไม่ใช่	10 (37.0)	2 (3.7)
ใช่	17 (63.0)	52 (96.3)
<b>ความยาวปากมดลูก (มิลลิเมตร), Mean ± SD</b>		
≤25 (ปากมดลูกสั้น)	34.65 ± 7.99	36.85 ± 9.63
>25 (ปกติ)	10 (14.7)	51 (26.0)
	58 (85.3)	145 (74.0)
<b>ปากมดลูกสั้นและได้รับยาโปรเจสเทอโรน เห็นทางช่องคลอด</b>		
ไม่ใช่	--	--
ใช่	10 (100.0)	51 (100.0)
<b>การติดเชื้ระหว่างตั้งครรภ์</b>		
<b>ช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย</b>		
ไม่มี	62 (91.2)	186 (94.9)
มี	6 (8.8)	10 (5.1)
<b>ซิฟิลิส</b>		
ไม่มี	66 (97.1)	188 (95.9)
มี	2 (2.9)	8 (4.1)
<b>ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ</b>		
ไม่มี	56 (82.3)	171 (87.2)
มี	12 (17.6)	25 (12.8)
<b>หูดหงอนไก่</b>		
ไม่มี	67 (98.5)	194 (99.0)
มี	1 (1.5)	2 (1.0)

ตารางที่ 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจำแนกตามการสิ้นสุดการคลอด (n = 264) (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	คลอดก่อนกำหนด (n = 68) จำนวน (ร้อยละ)	คลอดครบกำหนด (n = 196) จำนวน (ร้อยละ)
<b>ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์</b>		
ความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	62 (91.2)	186 (94.9)
มี	6 (8.8)	10 (5.1)
เบาหวาน		
ไม่มี	56 (82.3)	182 (92.9)
มี	12 (17.6)	14 (7.1)
โลหิตจาง		
ไม่มี	40 (58.8)	93 (47.4)
มี	28 (41.2)	103 (52.5)

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูก

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูก โดยวิเคราะห์เบื้องต้นแบบ univariate พบว่า มีทั้งหมด 5 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (BMI) น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2.55 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (OR = 2.55, 95% CI = 1.45–4.49, p = .001) มีประวัติแท้งและชุดมดลูกมีความเสี่ยงต่อ

การคลอดก่อนกำหนด 2.31 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีประวัติ (OR = 2.31, 95% CI = 1.14–4.70, p = .020) ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 6.40 เท่า เมื่อเทียบกับการฝากครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป (OR = 6.40, 95% CI = 1.86–22.00; p = .003); ผู้ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเตอโรนเห็นทางช่องคลอด มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่มีประวัติและไม่ได้รับยาโปรเจสเตอโรน 0.07 เท่า (OR = 0.07, 95% CI = 0.01–0.33, p = .001); และเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2.79 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็น (OR = 2.79, 95% CI = 1.22–6.37, p = .015) (ตารางที่ 1.3)

ตารางที่ 1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นโดยวิเคราะห์เบื้องต้นแบบ univariate

ปัจจัย	OR	95% CI	p-value
มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี	1.11	0.59–2.08	.745
BMI ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	2.55	1.45–4.49	.001**
ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	2.04	0.80–5.24	.136
คลอดตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	1.16	0.35–3.84	.805
ประวัติแท้งและขูดมดลูก	2.31	1.14–4.70	.020*
ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง	6.40	1.86–22.00	.003**
มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเตอโรนเห็นทางช่องคลอด	0.07	0.01–0.33	.001**
ปากมดลูกสั้นและได้รับยาโปรเจสเตอโรนเห็นทางช่องคลอด	0.49	0.23–1.03	.060
ช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย	1.80	0.63–5.16	.274
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1.47	0.69–3.11	.319
ความดันโลหิตสูง	1.80	0.63–5.16	.274
เบาหวาน	2.79	1.22–6.37	.015*
โลหิตจาง	0.13	0.36–1.11	.107

\* sig. < .05, \*\* < .01

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูก โดยวิเคราะห์ขั้นตอนสุดท้ายแบบ multiple logistic regression เพื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง พบว่า มีทั้งหมด 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (BMI) น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 11.39 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5

กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Adj. OR = 11.39, 95% CI = 2.44–53.10, p = .002); ประวัติแท้งและขูดมดลูกมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 6.01 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยมีประวัติ (Adj. OR = 6.01, 95% CI = 1.08–33.45, p = .040); และผู้ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเตอโรนเห็นทางช่องคลอด มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่มีประวัติและไม่ได้รับยาโปรเจสเตอโรนร้อยละ 97.0 (Adj. OR = 0.03, 95% CI = 0.01–0.16, p < .001) (ตารางที่ 1.4)

ตารางที่ 1.4 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง โดยวิเคราะห์ multiple logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง	Adj. OR	95% CI	p-value
BMI ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	11.39	2.44–53.10	.002**
ประวัติแท้งและชุดมดลูก	6.01	1.08–33.45	.040*
มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเทอโรนเห็นทางช่องคลอด	0.03	0.01–0.16	.000***

\* sig. &lt; .05, \*\* &lt; .01, \*\*\* &lt; .001

### วิจารณ์

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูกที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีประวัติแท้งและชุดมดลูก ส่วนปัจจัยที่ลดความเสี่ยงคือ กลุ่มที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเทอโรนเห็นทางช่องคลอด โดยสามารถอภิปราย ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 11.39 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป ( $p = .002$ ) กล่าวได้ว่าดัชนีมวลกายของมารดานับว่าเป็นตัวสะท้อนที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ เนื่องจากเป็นแหล่งอาหารของทารก<sup>17</sup> สอดคล้องกับการวิเคราะห์แบบ meta-analysis เพื่อหาปัจจัยกำหนดต่อการคลอดก่อนกำหนดชนิดเกิดขึ้นเอง โดยทบทวนและรวบรวมข้อมูลจาก 81 ประเทศทั่วโลก พบปัจจัยด้านภาวะโภชนาการของมารดาที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.32 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มดัชนีมวลกายปกติ<sup>12</sup> ส่วนการศึกษาโดยวิเคราะห์ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์

ที่คลอดตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ใน 5 ประเทศ แถบยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 ล้านราย โดยหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่คลอดครั้งแรก และเคยคลอดมาแล้ว พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นในผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20.20 และ 21.10 กิโลกรัมต่อตารางเมตรตามลำดับ<sup>17</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ดัชนีมวลกายที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดยังมีปัจจัยร่วมที่สัมพันธ์กันได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ฐานะยากจน และเชื้อชาติ<sup>12,17</sup> รวมทั้งกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ<sup>18</sup>

ปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติแท้งและชุดมดลูกมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 6.01 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีประวัติ ( $p = .040$ ) จากการศึกษาในสตรีที่มีประวัติแท้งและชุดมดลูกของ Lemmers และคณะ<sup>19</sup> โดยศึกษาวิเคราะห์ meta-analysis ในสตรีที่คลอดก่อนกำหนด รวบรวมวิจัยระหว่าง ค.ศ. 1978–2013 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,853,017 ราย พบว่ากลุ่มที่มีประวัติแท้งและได้รับการชุดมดลูกมีความเสี่ยงต่อการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ 1.29 เท่า (95% CI = 1.17–1.42) และคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 32 และ 28 สัปดาห์เท่ากับ 1.69 (95% CI = 1.20–2.38) และ 1.68 (95% CI = 1.47–1.92) เท่า ตามลำดับ

ปัจจัยด้านประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับการป้องกันด้วยยาโปรเจสเทอโรนเห็นทางช่องคลอด

มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่มีประวัติและไม่ได้เห็นยา ร้อยละ 97.0 ( $p < .001$ ) การศึกษาที่สนับสนุนว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เคยคลอดก่อนกำหนด เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในครรภ์ต่อไป โดย Berger และคณะ<sup>11</sup> ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยการคลอดก่อนกำหนดในประเทศเยอรมัน ระหว่าง ค.ศ. 2000–2019 จำนวน 42 การศึกษา พบว่ากลุ่มที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรองมาจากการตั้งครรภ์แฝด และภาวะปากมดลูกสั้น สำหรับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยการให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนเสริม (progesterone supplement) ทั้งแบบเห็นทางช่องคลอด หรือการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ meta-analysis<sup>20</sup> พบว่า การใช้โปรเจสเตอโรนมีผลช่วยในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และชนิดเห็นช่องคลอด โดยประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันกรณีลดความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ พร้อมกันนี้ยังสามารถลดอัตราการตายคลอด และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในทารกเกิดก่อนกำหนดด้วย ส่วน Care และคณะ<sup>21</sup> วิเคราะห์ meta-analysis ในการศึกษาทดลองควบคุมแบบสุ่ม 61 เรื่อง เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ระหว่าง ค.ศ. 1999–2020 กลุ่มตัวอย่าง 17,273 ราย ผลลัพธ์การคลอดพบว่า กลุ่มที่เห็นยาโปรเจสเตอโรนทางช่องคลอด มีความเสี่ยงต่อการคลอดที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 34 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก ร้อยละ 95.0

สำหรับปัจจัยเสี่ยงสำคัญอื่น ๆ ที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ประวัติผ่าตัดปากมดลูก ภาวะปากมดลูกสั้น และการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ยังมีข้อมูลเล็กน้อยเพียง ร้อยละ 4–10 ซึ่งอาจทำให้ยังไม่พบความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าว

## สรุป

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความยาวของปากมดลูกที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีประวัติแท้งและขูดมดลูก ส่วนปัจจัยที่ลดความเสี่ยงคือ กลุ่มที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและได้รับยาโปรเจสเตอโรนเห็นทางช่องคลอด ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงต้องให้ความสำคัญในการซักประวัติคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกที่ฝากครรภ์ เพื่อให้การดูแลรักษาได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเอง และการบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Williams JW. Preterm birth. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al, editors. *Williams Obstetrics*. 25<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2018. 803–914.
2. WHO. Preterm birth [Internet]. 2024 [cited 2024 February 2]; Available from: URL: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth).
3. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7(1):e37–46. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0.
4. พันธุ์พันธุ์บุรณะ. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน: ถวัลวงศ์ รัตนศิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ, บรรณาธิการ. *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.

5. วรพงษ์ ภู่งศ์, เยื่อน ตันนิรันดร. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน: สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน, เยื่อน ตันนิรันดร, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
6. HDC กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567]; เข้าถึงได้จาก: URL: [hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5).
7. เยื่อน ตันนิรันดร. การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (Prevention of spontaneous preterm birth). ใน: พงษ์ ตัณฑ์ไพโรจน์, นกมล ไชยสิทธิ์, บรรณาธิการ. OB & GYN: update & practical. กรุงเทพมหานคร: คอนเซ็ปท์ เมดิคัลส์; 2555.
8. ณัฐนันท์ วิไลเรืองชูวงษ์. ความสัมพันธ์ของการคลอดก่อนกำหนดและความยาวของปากมดลูกในไตรมาสที่สองของสตรีตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2564;46(2):85-92.
9. Sooklim R, Krajangpong K, Cheawchusak W. The prevalence and pregnancy outcomes of short cervix in low risk singleton pregnancy from universal cervical length screening. Vajira Med J 2020;64(1):23-32. doi: 10.14456/vmj.2020.3
10. จิตินันท์ สมุทรไชยกิจ, สุนทรี คงสวัสดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการป้องกันการคลอดทารกก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดทารกก่อนกำหนดหรือปากมดลูกไม่แข็งแรง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565;37(6):1-9.
11. Berger R, Rath W, Abele H, et al. Reducing the risk of preterm birth by ambulatory risk factor management. Dtsch Arztebl Int 2019;116(50):858-864. doi: 10.3238/arztebl.2019.0858.
12. Bryce E, Gurung S, Tong H, et al. Population attributable fractions for risk factors for spontaneous preterm births in 81 low- and middle-income countries: A systematic analysis. J Glob Health 2022;12:04013. doi: 10.7189/jogh.12.04013.
13. Gulersen M, Divon MY, Krantz D, et al. The risk of spontaneous preterm birth in asymptomatic women with a short cervix ( $\leq 25$  mm) at 23-28 weeks' gestation. Am J Obstet Gynecol MFM 2020;2(2):100059. doi: 10.1016/j.ajogmf.2019.100059.
14. Lee KS, Ahn KH. Artificial neural network analysis of spontaneous preterm labor and birth and its major determinants. J Korean Med Sci 2019;34(16):e128. doi: 10.3346/jkms.2019.34.e128.
15. Silva TV, Borovac-Pinheiro A, Cecatti JG, et al. Association between cervical length and gestational age at birth in singleton pregnancies: a multicentric prospective cohort study in the Brazilian population. Reprod Health 2023;20(1):47. doi: 10.1186/s12978-022-01557-w.
16. Schuster HJ, Peelen MJCS, Hajenius PJ, et al. Risk factors for spontaneous preterm birth among healthy nulliparous pregnant women in the Netherlands, a prospective cohort study. Health Sci Rep 2022;5(3):e585. doi: 10.1002/hsr2.585.

17. Cornish RP, Magnus MC, Urhoj SK, et al. Maternal pre-pregnancy body mass index and risk of preterm birth: a collaboration using large routine health datasets. *BMC Med* 2024;22(1):10. doi: 10.1186/s12916-023-03230-w.
18. Cantarutti A, Franchi M, Compagnoni MM, et al. Mother's education and the risk of several neonatal outcomes: an evidence from an Italian population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):221. doi: 10.1186/s12884-017-1418-1.
19. Lemmers M, Verschoor MAC, Hooker AB, et al. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2016;31(1):34–45. doi: 10.1093/humrep/dev274.
20. EPPPIC. Evaluating Progestogens for Preventing Preterm birth International Collaborative: meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. *Lancet* 2021; 397(10280):1183–94. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00217-8.
21. Care A, Nevitt SJ, Medley N, et al. Interventions to prevent spontaneous preterm birth in women with singleton pregnancy who are at high risk: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2022;376:e064547. doi:10.1136/bmj-2021-064547