

ผลลัพธ์จากโครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยการให้ยาไมโครไนซ์โปรเจสเตอโรนเหน็บทางช่องคลอดในจังหวัดชลบุรี

ธีระ ศิวดยุทธ์ พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยการให้ยาไมโครไนซ์โปรเจสเตอโรน (micronized progesterone) เหน็บทางช่องคลอด

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study)

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสัญชาติไทย มีอายุครรภ์ระหว่าง 20 – 24 สัปดาห์ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 15 โรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2557 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2560 หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 243 ราย โดยโรงพยาบาลคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์การคัดเลือก เชิญให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเข้าร่วมโครงการ มีการให้คำแนะนำถึงโอกาสการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และปัญหาสำคัญที่พบได้ ให้หญิงตั้งครรภ์เห็นดีโดยยินยอมรับยาป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แจกยาให้ตามแผนการรักษา และให้คำแนะนำวิธีการใช้ยา และผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น จากนั้นบันทึกข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์เข้า website <http://journal.cbh.moph.go.th/drug> โรงพยาบาลชลบุรี โทรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ถึงการให้ยา และผลข้างเคียง หลังกำหนดคลอด (EDC) และโทรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ถึงวันที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบสหสัมพันธ์ (correlation)

ผลการวิจัย พบว่าหญิงที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวน 243 ราย สามารถโทรติดตามได้ 146 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.08 ส่วนมากเคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 93.8 เคยคลอดทารกมีน้ำหนักแรกคลอด อยู่ระหว่าง 600-1,990 กรัม เฉลี่ย 1,664.04 กรัม หญิงตั้งครรภ์ที่ติดตามได้ มีการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) จำนวนทั้งสิ้น 34 ราย (ร้อยละ 23.3) มีการคลอดก่อน 34 สัปดาห์ 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3 น้ำหนักทารกแรกคลอด ระหว่าง 1,100 – 4,200 กรัม น้ำหนักเฉลี่ย 2,843 กรัม ค่า มัธยฐาน 588 กรัม พบทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.2 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนักตัวทารกแรกคลอด พบว่า อายุครรภ์เมื่อคลอดมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.755$, $p = 0.001$)

สรุป ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้การคัดกรอง และให้ยาไมโครไนซ์โปรเจสเตอโรน สามารถป้องกันการเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ในระดับหนึ่ง แต่ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยการจัดการปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย ทั้งนี้ควรมีการพิจารณาปัจจัยด้านระบบบริการอื่น ๆ เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล รูปแบบ และเวลาที่ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมด้วย

คำสำคัญ : การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, โปรแกรมการป้องกัน, โปรเจสเตอโรนเหน็บช่องคลอด

The Result of Preterm Prevention Program by Micronized Progesterone Vaginal Suppository in Chonburi Province

Teera Siwadung M.D.*

Abstract

Purpose To examine the effect of the preterm prevention program by micronized progesterone vaginal suppository

Design Descriptive study

Methods The participants consisted of 243 pregnant women with high risk for preterm pregnancy. They were

* กลุ่มงานสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลชลบุรี

* Department of Obstetrics and Gynaecology, Chonburi Hospital

Thai nationality which gestational age between 20 – 24 weeks and received antenatal care in hospital in Chonburi Province. The program emphasized on screening for preterm pregnancy and individual advisory for prevent preterm labor and consequence of preterm birth. After the participants sign consent forms, they received micronized progesterone vaginal suppository and recommendation for drug used and side effect. Data record in <http://journal.cbh.moph.go.th/> drug. Home visit telephone provided by Chonburi hospital staff. Data collection was gathered by the Expected Date of Confinement (EDC), Birth date and Birth weight. Analysis was performed by descriptive statistic and Correlation

Result The findings revealed that after the program, data could be collected from 146 participants (60.08%). Most of them had previous preterm birth (93.8%) and had previous low birth weight baby (birth weight between 600 – 1,990 grams, average 1,664.04 grams). The participants had 34 preterm births which gestational age less than 37 weeks (23.3%) and 15 participants had preterm births gestational age less than weeks (10.3%). Birth weight was average 2,843 grams (1,100 – 4,200 grams, median 588 grams). There were 28 babies had birth weight less than 2,500 gram (19.2%). There was correlation between gestational age and birth weight with statistically significant ($r = 0.755$, $p = 0.001$).

Conclusion The results of the study suggest that the guideline for preventing preterm labor including screening for risk for preterm labor and using progesterone would be able to prevent preterm birth when compared with unthreatened.

Keywords : preterm labor, program prevention, micronized progesterone, vaginal suppository

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) หมายถึงการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์¹ ในแต่ละปีทั่วโลกมีรายงานการคลอดทารกก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน ในจำนวนนี้มีทารกมากกว่า 1 ล้านคนที่ต้องเสียชีวิต² ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะพบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 5 – 7 แต่จะมีอุบัติการณ์มากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา³ ทั้งนี้ WHO ได้กำหนดกลยุทธ์ในปี 2010 – 2025 ให้ประเทศที่มีอัตราการตายของทารก ≥ 5 ราย ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย มีการลดอัตราการตายของทารกคลอดก่อนกำหนด (neonatal mortality rate) ลงมาให้ได้ร้อยละ 50² และเพิ่มการดูแลที่มีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นให้มีการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวน้อยที่สุด (long-term impairment) (WHO, 2012) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในปี 2010 ที่ร้อยละ 12 (จำนวน 100,700 รายจากทารกคลอดมีชีวิตทั้งหมด 838,300 ราย) จัดอยู่ในอันดับที่ 55 ของโลก⁴

การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารก (neonatal mortality) ได้มากกว่าครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมด¹ ทั้งนี้ทารกคลอดก่อนกำหนดจะพบภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด เช่น การหายใจผิดปกติ (respiratory illness) ระบบประสาทผิดปกติ (cerebral palsy, sensory deficit)

และพัฒนาการล่าช้า (mental retardation) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของการนอนโรงพยาบาลของสตรีในระยะตั้งครรภ์ (antenatal hospitalization)³ มีผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จากการจำกัดกิจกรรม เช่นการนอนบนเตียง อาจมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism) ในรายที่ได้รับยาป้องกันการหดตัวของมดลูกอาจได้รับผลข้างเคียงจากการได้รับยาอีกด้วย อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดความเครียดและความกังวลใจ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า⁵ อีกทั้งการที่ต้องหยุดงานขาดรายได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นมีผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกในปัจจุบันเป็นจำนวนเงินมหาศาลถึง 26.2 พันล้านดอลลาร์ต่อไป⁶ สำหรับในประเทศไทยเองมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงถึง 170,000 บาทต่อรายคิดเป็นค่าใช้จ่ายรวมไม่ต่ำกว่า 2,300 ล้านบาทต่อปี ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่องกรณีที่ทารกมีความพิการหรือมีพัฒนาการล่าช้า ดังนั้นการป้องกันหรือยับยั้งไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดจะเป็นการป้องกันการสูญเสียทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์เอง และต่อประเทศโดยรวมได้ดีกว่า⁷⁻⁹

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสามารถดำเนินการได้โดยการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) ขึ้น ทั้งนี้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมายถึงการที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์ในช่วงอายุครรภ์

ก่อน 37 สัปดาห์ โดยพบว่าการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก โดยมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตรและปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป¹⁰ การป้องกันการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นนั้นสามารถดำเนินการได้ในระยะฝากครรภ์¹¹ โดยมีการคัดกรองความเสี่ยง โดยวิธีการซักประวัติหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี น้ำหนักขึ้นน้อย มีภาวะซีด Hb < 10g/dl หรือ Hct < 30% มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคร่วมทางสูติกรรม เช่น ปากมดลูกสั้น หรือมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด และมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจหาความเข้มข้นของเลือด การตรวจเพาะเชื้อ และการตรวจร่างกาย โดยเฉพาะการตรวจหาความยาวของปากมดลูก ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจะมีอัตราการเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้สูงถึง ร้อยละ 36.9 โดยพบว่าการคลอดในช่วงอายุครรภ์ 35 – 37 สัปดาห์ พบ ร้อยละ 25.2 อายุครรภ์ 33 – 34 สัปดาห์ พบ ร้อยละ 4.5 อายุครรภ์ 29 – 32 สัปดาห์ พบ ร้อยละ 3.2 อายุครรภ์ 24 – 28 พบ ร้อยละ 1.5 และอายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ พบร้อยละ 2.6

ในรายที่ตรวจพบว่ามีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ มีแนวทางในการดูแลทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น งดการสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์ การรักษาการติดเชื้อด้วยยาปฏิชีวนะ และการบริหารยาเนเซอรอล โปรเจสเตอโรน (Natural progesterone) 100 mg เน้นทางช่องคลอด หรืออัลฟา ไฮดรอกซี โปรเจสเตอโรน แคลโปรเอต (alpha hydroxyprogesterone caproate) 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ซึ่งพบว่าการคลอดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ได้ และป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีปากมดลูกสั้นได้ และลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (preterm delivery) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) ขึ้น

ในปีงบประมาณ 2557 จังหวัดชลบุรีมีทารกเกิดมีชีพ 24,303 ราย ซึ่งเป็นการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 2,150 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.98 ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าเป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนด 1,187 รายคิดเป็นร้อยละ 55.2 ของทารกที่น้ำหนักตัวน้อย¹² ดังนั้นทางคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดชลบุรี (MCH Board) ร่วมกับคณะกรรมการ Service plan จังหวัดชลบุรี จึงได้มีการแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนดเพื่อเป็นการลดจำนวนทารกน้ำหนักตัวน้อยซึ่ง

เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ในมารดาตั้งครรภ์ครั้งหลังโดยการใช้เนเซอรอล โปรเจสเตอโรน การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการประเมินผลของการดำเนินการในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ
2. เพื่อศึกษาอัตราการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ

ประโยชน์ที่ได้รับ

เป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการในป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย และลดอัตราการเกิดการท่อน้ำหนักตัวน้อยที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาผลของการใช้ยาเนเซอรอล ต่อการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์หลังที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์หลังสัญชาติไทย มีอายุครรภ์ระหว่าง 20 – 24 สัปดาห์ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 15 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี บางละมุง พนัสนิคม แห่มดบัง บ้านบึง พานทอง สัตหีบ บ่อทอง หนองใหญ่ วัฒนางสังวราราม เกาะสีชัง เกาะจันทร์ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ อากาศ และมหาวิทยาลัยบูรพา และยินยอมรับยาป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์หลังเคยคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มาก่อนโดยไม่มีสาเหตุ
2. เป็นหญิงตั้งครรภ์หลัง ครรภ์ที่แล้วไม่ทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน แต่ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม
3. เป็นหญิงตั้งครรภ์ตรวจพบความยาวปากมดลูกจากการอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด น้อยกว่า 2.5 มิลลิเมตร
4. ไม่มีประวัติแพ้ยา progesterone

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวปฏิบัติในการดำเนินโครงการ

1. จัดประชุมโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

2. มอบยาให้กับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทุกโรงพยาบาลตามขนาดของโรงพยาบาลเพื่อเป็น stock โดยมีรายละเอียดดังนี้

โรงพยาบาล	ระดับ โรงพยาบาล	ยา(dose)
ชลบุรี	A	13
บางละมุง	S	7
พนัสนิคม	M2	3
แหลมฉบัง	M2	3
บ้านบึง	M2	3
พานทอง	F1	2
สัตหีบ	F1	1
บ่อทอง	F2	1
หนองใหญ่	F2	1
วัดญาณสังวราราม	F2	1
เกาะสีชัง	F2	1
เกาะจันทร์		1
สมเด็จพระนเรศวรมหาราช		5
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์		3
มหาวิทยาลัยบูรพา		1
เมืองพัทยา*		1

*เข้าร่วม 1 มกราคม 2560

3. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์การคัดเลือก เชิญให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเข้าร่วมโครงการ โดยมีการให้คำแนะนำถึงโอกาสการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และปัญหาสำคัญที่พบได้ให้หญิงตั้งครรภ์เซนต์ไบยีนยอมรับยาป้องกันภาวะเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนด แจกยาให้ตามแผนการรักษา และให้คำแนะนำวิธีการใช้ยา และผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน คลื่นไส้อาเจียน

4. จากนั้นบันทึกข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์เข้า website <http://journal.cbh.moph.go.th/drug>

5. โรงพยาบาลชลบุรีตรวจสอบข้อมูลทาง website หากถูกต้องครบถ้วนจะสามารถพิมพ์ใบเบิกยาจาก website ได้โดยระบุชื่อหญิงตั้งครรภ์และโรงพยาบาล จากนั้นให้มาเบิกยาที่โรงพยาบาลชลบุรีผ่านทางเภสัชกรรม

6. กลุ่มงานเภสัชกรรมจ่ายยาให้โรงพยาบาลที่มาเบิก และทำการบันทึกผ่าน website เพื่อป้องกันการเบิกซ้ำซ้อน

7. โรงพยาบาลชลบุรีโทรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ถึงการให้ยา และผลข้างเคียง

8. หลังกำหนดคลอด (EDC) โรงพยาบาลชลบุรี โทรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ถึงวันที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกคลอด

9. ได้เริ่มโครงการตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบสหสัมพันธ์ (correlation)

ผลการวิจัย

ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2557 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2560 รวมระยะเวลา 3 ปี หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 243 ราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 97 ราย (ร้อยละ 39.9) โรงพยาบาลสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 25.1) โรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 16) โรงพยาบาลบ้านบึง จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 5.8) โรงพยาบาลพนัสนิคม จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 4.5) โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 4.1) โรงพยาบาลสัตหีบ จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 2.5) โรงพยาบาลบ่อทอง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.8) โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.8) และ โรงพยาบาลเมืองพัทยา จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.4) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

โรงพยาบาล	จำนวนหญิงที่เข้าร่วม	ร้อยละหญิงที่เข้าร่วม
ชลบุรี	97	39.9
บางละมุง	39	16.0
พนัสนิคม	11	4.5
แหลมฉบัง	2	0.8
บ้านบึง	14	5.8
พานทอง	0	0.0
สัตหีบ	6	2.5
บ่อทอง	2	0.8
หนองใหญ่	0	0.0
วัดญาณสังวราราม	0	0.0
เกาะสีชัง	0	0.0
เกาะจันทร์	0	0.0
สมเด็จพระน ครีราช	61	25.1
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์	10	4.1
มหาวิทยาลัยบูรพา	0	0.0
เมืองพัทยา*	1	0.4
รวม	243	100

หญิงที่เข้าร่วมโครงการส่วนมากเคยมีประวัติการคลอด หนักแรกคลอด อยู่ระหว่าง 600-1990 กรัม เฉลี่ย 1,664.04 ก่อนกำหนดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 93.8 เคยคลอดทารกมีน้ำ กรั้ม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละ ข้อบ่งชี้ของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ

ข้อบ่งชี้	จำนวน	ร้อยละ
หญิงตั้งครรภ์หลัง เคยคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ โดยไม่มีสาเหตุ	228	93.8
หญิงตั้งครรภ์หลัง ครรภ์ที่แล้วไม่ทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน แต่ทารกแรกคลอด มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม หรือ	7	2.9
เป็นหญิงตั้งครรภ์ตรวจพบความยาวปากมดลูกจากการอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด น้อยกว่า 25 มิลลิเมตร	8	3.3
	243	100.0

หญิงที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่เริ่ม ถึงวันครบคลอด 31 กรกฎาคม 2560 มีจำนวน 243 ราย สามารถโทรติดตามได้ 146 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.08 ไม่สามารถโทรติดต่อได้ 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.2 พบเป็นหญิงตั้งครรภ์แฝด 1 ราย

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดตามได้ มีการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) จำนวน

ทั้งสิ้น 34 ราย (ร้อยละ 23.3) มีการคลอดก่อน 34 สัปดาห์ 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3 น้ำหนักทารกแรกคลอด ระหว่าง 1100 – 4200 กรัม น้ำหนักเฉลี่ย 2843 กรัม ค่า มัธยฐาน 588 กรัม พบทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงอายุครรภ์แรกเกิดของกลุ่มตัวอย่าง

GA	Frequency	Percent	Cumulative Percent
24 – 27	1	.7	.7
28 – 30	5	3.4	4.1
31 – 33	9	6.2	10.3
34 – 36	19	13.0	23.3
37 สัปดาห์ขึ้นไป	112	76.7	100.0
Total	146	100.0	

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนักตัวทารกแรกคลอด พบว่า อายุครรภ์เมื่อคลอดมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.755$, $p = 0.001$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ภายหลังจากดำเนินโครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองแล้วที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่า มีการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) ร้อยละ 23.3 ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาของ Guzman¹³ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีตั้งครรภ์เสี่ยง (High risk pregnancy) มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่อยู่ที่ยุทธ์ร้อยละ 36.9 แสดงให้เห็นว่าโครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการโดยใช้ Progesterone ร่วมด้วยนั้นสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ อย่างไรก็ตามก็ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับ การดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบบที่ไม่ใช้ Progesterone ร่วมด้วย

ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด พบได้ 1 ใน 3 ของการเกิด low birth weight ทั้งหมด (AGOG, 20) ดังนั้นหากต้องการให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมีจำนวนลดลง จำเป็นต้องให้ความสนใจกับปัจจัยเสี่ยง

อื่นๆ โดยเฉพาะปัจจัยด้านอายุครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และการติดเชื้อในขณะตั้งครรภ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย เพื่อให้การดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ทั้งนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมโครงการมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และควรได้รับการรักษาจริง โดยพิจารณาจากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ เทียบกับจำนวนหญิงฝากครรภ์รายใหม่ ของแต่ละโรงพยาบาล ในระยะ 3 ปีของการดำเนินการ (ตารางที่ 4) พบหญิงเข้าร่วมโครงการคิดเป็นร้อยละ 0.5 จากข้อมูลการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรีทั้งหมดในปี 2559 มีจำนวนหญิงฝากครรภ์รายใหม่ 18,308 ราย ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 9,077 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.58 จากข้อมูลการคลอดของโรงพยาบาลชลบุรี ในปี 2559 มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอด 6,392 ราย เคยคลอดบุตรมาก่อน 3,594 คิดเป็นร้อยละ 56.2 เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด 224 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดมาก่อน ร้อยละ 3.5 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมด เนื่องจากโรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อจึงอาจทำให้อุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดสูง หากประมาณการว่าหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ (ตารางที่ 4) คือ 45,528 หากคาดว่าเคยคลอดบุตรมาก่อนร้อยละ 56.2 ดังนั้นประมาณการว่าเคยคลอดบุตรมาก่อน 25,586 ราย มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 49.58 ประมาณ 12,685 ราย ซึ่งเป็นจำนวนหญิง

ตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรมาก่อนและมาฝากครรภ์เร็วพอที่จะดำเนินการให้ยาได้ อุบัติการณ์เคยคลอดก่อนกำหนด 3.5-6.2 ดังนั้น ควรมีหญิงเข้าร่วมโครงการ 443 - 786 ราย จากจำนวน

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวนน้อยกว่าที่ควรจะเป็นอยู่มาก คาดว่าอาจเกิดจากความตระหนักรู้ของผู้ให้บริการฝากครรภ์ต่อปัญหาการคลอดก่อนกำหนด

ตารางที่ 4 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ เทียบกับจำนวนหญิงฝากครรภ์รายใหม่ ของแต่ละโรงพยาบาล ในระยะ 3 ปีของการดำเนินการ

หน่วยบริการ	ANC รายใหม่รวม ปี 58 - 60	จำนวนรับยา	ร้อยละ
รพ.ชลบุรี	5,387	97	1.8
สมเด็จ ณ ศรีราชา	6,376	61	1.0
สิริกิติ์	1,842	10	0.5
บางละมุง	7,542	39	0.5
บ้านบึง	3,159	14	0.4
สัตหีบ	1,889	6	0.3
พนัสนิคม	4,587	11	0.2
บ่อทอง	1,716	2	0.1
อ่าวอุดม	6,553	2	0.0
พานทอง	2,101		0.0
เกาะสีชัง	146		0.0
วัดญาณ	1,110		0.0
หนองใหญ่	1,501		0.0
เกาะจันทร์	844		0.0
ม.บูรพา	775		0.0
รวม	45,528	242	0.5

สรุป

ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้การคัดกรอง และใช้ยาไมโครไนซ์โปรเจสเตอโรน (micronized progesterone) สามารถป้องกันการเกิด การคลอดก่อนกำหนดได้ในระดับหนึ่ง แต่ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยการจัดการปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมด้วย ทั้งนี้ควรมีการพิจารณาปัจจัยด้านระบบบริการอื่นๆ เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล รูปแบบ และเวลาที่ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติที่ใช้ยา Progesterone กับ แนวปฏิบัติเดิม เพื่อพิจารณาประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์
2. อบรมเจ้าหน้าที่บริการฝากครรภ์ให้ตระหนักถึงปัญหา

การคลอดก่อนกำหนด การป้องกันโดยการให้ยา progesterone

3. ควบคุมกำกับติดตามโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดชลบุรี (MCH Board)

เอกสารอ้างอิง

1. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A-B, Lawn J, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. Reproductive Health. 2013; 10:1-14.
2. Lawn JE, Kinney MV, Belizan JM, Mason EM, McDougall L, Larson J, Howson CP, et al. Born too soon: accelerating actions for prevention and care of 15 million newborns born too soon. Reproductive Health. 2013;10:1.

3. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88:31–8.
 4. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, & WHO. *Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth*. Howson, CP.; Kinney, MV.; Lawn, JE., editors. World Health Organization: Geneva; 2012.
 5. Liu C, Cnattingius S, Bergström M, Östberg V, Hjern A. Prenatal parental depression and preterm birth: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123:1973–82.
 6. Oshiro BT, Berns SD. Quality improvement opportunities to prevent preterm births. *Clinics in perinatology*. 2011;38:565–78.
 7. ธราธิป โคละทัต. ทารกเกิดก่อนกำหนด: สถานการณ์ปัจจุบันและผลกระทบ. ใน: ธราธิป โคละทัต, บรรณาธิการ. *การบูรณาการระบบสุขภาพมารดาและทารก*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2551. หน้า 39–46.
 8. สายฝน ขวาลไพบูลย์. ประสพการณ์ดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศิริราช. ใน: ธราธิป โคละทัต, มสนิต ศรีประโมทย์, พิมลศรีสุภาพ, แสงแข ชำนาญวนกิจ, จันทิมา จรัสทอง, บรรณาธิการ. *การสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2552. หน้า 228–39.
 9. กรวิกา ภู่งศ์พันธ์กุล, ปัทมา สุพรรณกุล, ฉันทนา จันทร์บรรจง, ถาวร มาตั้น. การวิเคราะห์อิทธิพลเส้นทางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว: กรณีศึกษาพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 18. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2557;8:118–34.
 10. ACOG. Management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;128:e155–64.
 11. Iams JD, Romeo R, Culhan JF, Godenberg RL. Preterm birth 2: primary, secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet*. 2008;371:164–72.
 12. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดชลบุรี. รายงานการประชุมผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดชลบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร; 2557.
 13. Guzman ER, Walters C, Ananth CV, O'reilly-Green C, Benito CW, Palermo A, Vintzileos AM. A comparison of sonographic cervical parameters in predicting spontaneous preterm birth in high-risk singleton gestations. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2001;18:204–10.
-