

รายงานวิจัย

Research Articles

ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด Prevalence and Factors Associated with Preterm Birth

สุพรรณษา ศรีชุมจิตร*
Supansa Srichumchit*

*โรงพยาบาลแม่ลาน้อย อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน 58120
*Mae La Noi Hospital, Mae La Noi District, Mae Hong Son 58120

Corresponding author e-mail address: wanna5534@gmail.com

Received: January 25, 2023

Revised: March 20, 2023

Accepted: March 29, 2023

Abstract

Preterm birth is a major determinant of neonatal morbidity and mortality. The causes of preterm birth are complex and multifactorial. This survey aimed to determine prevalence and factors associated with preterm birth in south zone of Mae Hong Son Province. The data of pregnancies which delivered at Mae Sa Rieng Hospital, Mae La Noi Hospital and Sop Moei Hospital between October 2019 and August 2022 were extracted. In total 3,559 pregnant women were enrolled; 448 preterm births were taken as a case and 3,111 term births were taken as a control group. Hospital and labor records were reviewed. Multiple logistic regression was applied to identify factors associated with preterm birth. This study found that the prevalence of preterm birth was 12.6%. The statistically significant factors that affected preterm birth were history of preterm birth (OR = 3.619, 95%CI 2.637-4.965, $p < 0.000$) and entering ANC after 12 weeks (OR = 1.307, 95%CI 1.045-1.635, $p = 0.019$). Therefore, proactive service should be provided for optimal antenatal care, pregnancy risk identification, individual care plan and progesterone usage according to indication in order to reduce preterm birth rate in remote area.

Keywords: preterm birth, prevalence, associated factors

Buddhachinaraj Med J 2023;40(1):75-82.

บทคัดย่อ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการตายปริกำเนิดและการเจ็บป่วยของทารกแรกคลอด สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดเกิดจากหลายปัจจัย แตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ต่าง ๆ การสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่โซนใต้ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 จากทะเบียนคลอดของโรงพยาบาลแม่สะเรียง โรงพยาบาลแม่ลาน้อย และโรงพยาบาลสบเมย 3,559 ราย แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 448 ราย และหญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนด 3,111 ราย ผลการศึกษาพบความชุกของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.6 จากการวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน (OR = 3.619, 95%CI 2.637-4.965, $p < 0.001$) และฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (OR = 1.307, 95%CI 1.045-1.635, $p = 0.019$) ดังนั้นการจัดบริการฝากครรภ์เชิงรุกในพื้นที่ห่างไกล เพิ่มการเข้าถึงการฝากครรภ์คุณภาพ จำแนกครรภ์เสี่ยง วางแผนการคลอดที่เหมาะสม และใช้ progesterone ตามข้อบ่งชี้ เพื่อลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ห่างไกล

คำสำคัญ : คลอดก่อนกำหนด, ความชุก, ปัจจัยที่ส่งผล

พุทธชินราชเวชสาร 2566;40(1):75-82.

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการตายปริกำเนิดและการเจ็บป่วยของทารกแรกคลอด ในปี ค.ศ. 2019 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเสียชีวิตราว 5.3 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งมีสาเหตุหลักจากภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด¹ ถึงแม้ปัจจุบันได้พัฒนาองค์ความรู้และแนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดซึ่งส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้น แต่ทารกที่คลอดก่อนกำหนดยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพในระยะยาวหลายประการ เช่น สมอ่งพิการ ความรู้คิดและทักษะการพูดล่าช้า การควบคุมการเคลื่อนไหวและการมองเห็นผิดปกติ ความผิดปกติของจิตใจ สังคม และพฤติกรรมในโรงเรียน² ทั่วโลกมีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 12.6-16.7 ล้านรายต่อปี โดยมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.6³ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.6 การคลอดก่อนกำหนดในบางกรณีเป็นการให้คลอดเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่ร้อยละ 70 ของการคลอดก่อนกำหนดเป็นการเจ็บครรภ์คลอดเองโดยธรรมชาติ (spontaneous preterm birth) ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย (multifactorial) กระตุ้นให้มดลูกหดตัว

ก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ โดยปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์อายุมาก ครรภ์แฝด การติดเชื้อในร่ายกาย โรคประจำตัวทางอายุรกรรม ภาวะขาดสารอาหาร การสูบบุหรี่ การทำงานหนัก ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน เชื้อชาติของหญิงตั้งครรภ์ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ เป็นต้น ในประเทศที่กำลังพัฒนายังขาดข้อมูลบันทึกทางการแพทย์ที่แม่นยำและน่าเชื่อถือ รวมทั้งในหลายประเทศขาดการเก็บรวบรวมข้อมูลของการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คาดการณ์อุบัติการณ์และผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนดได้ยาก⁴ นอกจากนี้บริบททางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกันอาจทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันได้

จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birth weight) สูงเป็นลำดับต้น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 1 โดยพบว่ามีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงในพื้นที่ 3 อำเภอโซนใต้ของจังหวัด ได้แก่ อำเภอแม่สะเรียง อำเภอแม่ลาน้อย และอำเภอสบเมย ซึ่งเป็นพื้นที่เฉพาะต่างจากอำเภออื่น ๆ ในจังหวัด คือ มีพื้นที่ทุรกันดาร (remote area)

มากที่สุด เป็นพื้นที่ชายแดน ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ วัฒนธรรมความเป็นอยู่แตกต่างจากชุมชนเมือง การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานและในยามฉุกเฉินยากลำบาก ซึ่งอาจเป็นเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการออกแบบบริการที่เหมาะสมเพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ห่างไกล ทั้งนี้

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (teenage pregnancy) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่อายุ 10-19 ปี⁵

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนปลาย (late teenage pregnancy) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่อายุ 16-19 ปี⁶

หญิงตั้งครรภ์อายุมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป⁷

วัสดุและวิธีการ

การสำรวจครั้งนี้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากทะเบียนคลอดและเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ในโรงพยาบาลแม่สะเรียง โรงพยาบาลแม่ลาน้อย และโรงพยาบาลสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่มีข้อมูลที่ต้องการศึกษาสมบูรณ์ครบถ้วน ข้อมูลที่ศึกษา ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ของกรมอนามัย ภาวะโลหิตจาง ข้อมูลผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด คะแนน APGAR score และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างเองและทดลองใช้แล้วว่าเป็นที่กักข้อมูลที่ต้องการศึกษาตามที่ระบุข้างต้นได้ถูกต้องครบถ้วน หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลระบุดัชนี บันทึกคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่และค่าร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างผู้ที่คลอดก่อนกำหนดและคลอดครบกำหนดด้วยการทดสอบ Chi-square เปรียบเทียบสัดส่วนความเสี่ยง

(odds ratio) ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดด้วยการวิเคราะห์ multiple logistic regression วิธี forward และการประเมินค่าขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95%CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หรือค่า 95% CI ของ odds ratio ไม่ครอบคลุม 1 อนึ่ง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน หมายเลขรับรอง MHS REC 001.2566 ลงวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาที่ศึกษา (เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565) มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลแม่สะเรียง โรงพยาบาลแม่ลาน้อย และโรงพยาบาลสบเมย 3,559 ราย โดยเป็นการคลอดก่อนกำหนด (กลุ่มศึกษา) 448 ราย และคลอดครบกำหนด (กลุ่มควบคุม) 3,111 ราย ความชุกของการคลอดก่อนกำหนดคือร้อยละ 12.6 อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์คือ 26 ปี คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 70.7 ผ่าตัดคลอดร้อยละ 21.8 ใช้เครื่องดูดสุญญากาศร้อยละ 5.3 และคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลร้อยละ 2.2 โดยภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้แก่ ภาวะโลหิตจางพบร้อยละ 15.8 ส่วนภาวะแทรกซ้อนของการคลอดพบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.6 และตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 4.7 สำหรับภาวะแทรกซ้อนของการคลอดพบทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 9.2 และภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (birth asphyxia) ร้อยละ 1.5

หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและคลอดครบกำหนดมีอายุ 20-34 ปี 210 ราย (ร้อยละ 46.9) และ 1,720 ราย (ร้อยละ 55.3) ตามลำดับ ($p = 0.004$), เป็น grand multiparity (หญิงตั้งครรภ์ที่เคยตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง)⁸ 17 ราย (ร้อยละ 3.8) และ 65 ราย (ร้อยละ 2.1) ตามลำดับ ($p = 0.024$), ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ 137 ราย (ร้อยละ 30.6) และ 741 ราย (ร้อยละ 23.8) ตามลำดับ ($p = 0.002$), มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด

66 ราย (ร้อยละ 14.7) และ 143 ราย (ร้อยละ 4.6) ตามลำดับ ($p < 0.001$) ดูรายละเอียดในตารางที่ 1 อีกทั้งพบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.3 เท่า

(adj. OR 1.307, 95% CI 1.045-1.635) และประวัติ เคยคลอดก่อนกำหนดเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3.6 เท่า (adj. OR 3.619, 95% CI 2.637-4.965) ดูรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและคลอดครบกำหนด ($n = 3,559$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	คลอดก่อนกำหนด ($n = 448$)	คลอดครบกำหนด ($n = 3,111$)	
อายุของหญิงตั้งครรภ์ (ปี)			0.004
< 20	201 (44.9)	1,165 (37.4)	
20-34	210 (46.9)	1,720 (55.3)	
≥ 35	37 (8.3)	226 (7.3)	
Grand multiparity*			0.024
ใช่	17 (3.8)	65 (2.1)	
ไม่ใช่	431 (96.2)	3,046 (97.9)	
ฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์			0.002
ใช่	137 (30.6)	741 (23.8)	
ไม่ใช่	311 (69.4)	2,370 (76.2)	
ภาวะโลหิตจาง			0.287
ใช่	67 (15.0)	496 (15.9)	
ไม่ใช่	381 (85.0)	2,615 (84.1)	
ประวัติเคยแท้งบุตร			0.085
ใช่	67 (15.0)	376 (12.1)	
ไม่ใช่	381 (85.0)	2,735 (87.9)	
ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด			< 0.001
ใช่	66 (14.7)	143 (4.6)	
ไม่ใช่	382 (85.3)	2,968 (95.4)	

^aChi-square test

*Grand multiparity หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่เคยตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง⁸

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดจากการวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression (n = 3,559)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Adj.OR (95% CI)	p-value ^a
	คลอดก่อนกำหนด (n = 448)	คลอดครบกำหนด (n = 3,111)		
อายุน้อยกว่า 20 ปี	201 (44.9)	1,165 (37.4)	0.812 (0.550-1.199)	0.294
อายุ 35 ปีขึ้นไป	37 (8.3)	226 (7.3)	1.172 (0.797-1.724)	0.421
ฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์	137 (30.6)	741 (23.8)	1.307 (1.045-1.635)	0.019
Grand multiparity*	17 (3.8)	65 (2.1)	1.158 (0.641-2.092)	0.627
ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด	66 (14.7)	143 (4.6)	3.619 (2.637-4.965)	< 0.001

Adj.OR: adjusted odds ratio

*Grand multiparity หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่เคยตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง⁸

วิจารณ์

ความชุกของการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่โซนใต้ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนจากผลการศึกษาร้อยละ 12.6 สูงกว่าการรายงานจากหลายพื้นที่ อาทิ ความชุกของการคลอดก่อนกำหนดในประเทศบราซิลร้อยละ 11.5⁹ ในประเทศอิหร่านร้อยละ 5.1¹⁰ รวมทั้งประเทศในแถบใกล้เคียงประเทศไทยคือประเทศเวียดนามร้อยละ 11.8¹¹ แต่จังหวัดสงขลาทางภาคใต้ของประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 5.6¹² ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความแตกต่างของลักษณะกลุ่มประชากรที่ศึกษา การคาดคะเนอายุครรภ์ที่คลาดเคลื่อน และความครอบคลุมของการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ทั้งนี้ อัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกคือร้อยละ 9.6 ในทวีปเอเชียร้อยละ 9.1 ในแถบประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 11.1 และอัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนาคือร้อยละ 12.5¹³ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในครั้งนี้ อาจเกิดจากบริบทด้านภูมิประเทศที่เข้าถึงบริการทางการแพทย์ยากลำบาก ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานและสังคมวัฒนธรรมที่จำเพาะของพื้นที่โซนใต้

ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนใกล้เคียงกับประเทศด้อยพัฒนาหลายประเทศ

จากผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปีและอายุ 35 ปีขึ้นไปคลอดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-34 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยในหลายประเทศ¹⁴⁻¹⁶ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง (grand multiparity) มีอัตราคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ตั้งครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศแอฟริกาซึ่งพบว่าหญิงที่ตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไปคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น 4 เท่า¹⁶ การศึกษาร้อยละนี้พบการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดพบการคลอดก่อนกำหนดซ้ำในครรภ์นี้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับหลายผลการศึกษา^{10,14,16} เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มี

ผลการศึกษาชัดเจนแล้ว บางรายงานพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติแท้งมาก่อนเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด^{10,17} โดยผลการศึกษาพบว่าการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติแท้งมาก่อน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย¹⁴ แต่ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ไม่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประเทศเคนยา¹⁶ แต่แตกต่างจากผลการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยกระตุ้นให้คลอดก่อนกำหนด^{4,14} ซึ่งอาจเกิดจากการศึกษาที่มีกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเพียง 1 ใน 6 จึงอาจไม่ได้ส่งผลกระทบต่อความยาวปากมดลูกในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้เนื่องจากสามารถตรวจพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความยาวปากมดลูกสั้นและใช้โปรเจสเตอโรนชนิดเหน็บช่องคลอดหรือการเย็บปากมดลูกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด¹⁸

จากการวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression พบว่าปัจจัยด้านอายุของหญิงตั้งครรภ์ทั้งในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปีและอายุ 35 ปีขึ้นไปไม่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับผลการศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลแม่สะเรียงเมื่อปี พ.ศ. 2559 ที่พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่แตกต่างจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-34 ปี¹⁹ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจขาดความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งการเจริญเติบโตด้านร่างกายจิตใจ และความพร้อมต่อการตั้งครรภ์ต่างจากผู้ใหญ่ จึงส่งผลให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้มากขึ้น¹⁴ แต่ส่วนใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในการศึกษานี้เป็นกลุ่ม late teenage pregnancy และเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความพร้อมด้านครอบครัวและสังคม จึงให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน จากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัย grand multiparity ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประเทศไทยและอินโดนีเซีย^{12,14} น่าจะเนื่องจากเป็นเชื้อชาติแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีบริบทด้านภูมิประเทศ

ใกล้เคียงกัน อีกทั้งการศึกษานี้มีกลุ่ม grand multiparity เพียง 82 รายซึ่งเป็นร้อยละ 2.3 ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาทั้งหมด อาจไม่เพียงพอต่อการแสดงผลต่างของการคลอดก่อนกำหนด

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุดที่สุดต่อการคลอดก่อนกำหนดคือ 3.6 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะกลไกที่อธิบายการคลอดก่อนกำหนดเข้ายังไม่เป็นที่เข้าใจมากนัก เกิดจากหลายเหตุปัจจัยและอาจยังมีปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข เช่น การติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ มีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้^{10,16} ถึงแม้อำเภอโซนใต้ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนได้ใช้ progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมานานกว่า 5 ปี แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษในรายที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน ส่วนอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดคือการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.3 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์ล่าช้าทำให้จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ลดลง อาจเสียโอกาสการคัดกรองภาวะเสี่ยงขาดการเข้าถึงสูขศึกษาในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ การไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอาจส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มสูงขึ้น¹⁵

ข้อมูลที่น่าเสนอนี้สรุปได้ว่าประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดและการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น การออกแบบระบบบริการฝากครรภ์เชิงรุกในพื้นที่ห่างไกลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้ารับบริการฝากครรภ์คุณภาพ จำแนกประเภทครรภ์เสี่ยง วางแผนการคลอดที่เหมาะสม รวมทั้งการดำเนินนโยบายให้ progesterone ตามข้อบ่งชี้ เพื่อลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง ข้อมูลจากทะเบียนคลอดมีข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์จำกัด ขาดข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เป็นปัจจัยเฉพาะ

ตามบริบทพื้นที่ เช่น ข้อมูลชาติพันธุ์ ข้อมูลโภชนาการ ข้อมูลด้านอาชีพและเศรษฐกิจ ข้อมูลด้านการศึกษา และอาชีพ ข้อมูลการจำแนกประเภทครรภ์เสี่ยง ข้อมูลโรคประจำตัว ดังนั้น การออกแบบการจัดเก็บข้อมูลทะเบียนคลอดให้ครอบคลุมมากขึ้นจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ ทองสง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศศิวิมล ศรีสุขโข อาจารย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับคำปรึกษาแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์วิญญู จำนงประสาพร นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่สนับสนุนการศึกษา และเผยแพร่ข้อมูลวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลแม่สะเรียง โรงพยาบาลแม่ลาน้อย และโรงพยาบาลสบเมยในการเอื้อเฟื้อและรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals. *Lancet Child Adolesc Health* 2022;6(2):106-15.
2. Soleimani F, Zaheri F, Abdi F. Long-term neurodevelopmental outcomes after preterm birth. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16(6):e17965-73.
3. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, 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.

4. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health* 2013;10(1):1-14.
5. World Health Organization. Adolescent pregnancy fact sheet [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
6. Kirchengast S. Teenage pregnancies: a worldwide social and medical problem. An analysis of contemporary social welfare issues [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 24]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/65462>
7. Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertil Steril* 2015;103(5):1136-43. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.004>
8. Mgaya AH, Massawe SN, Kidanto HL, Mgaya HN. Grand multiparity: is it still a risk in pregnancy?. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:241. doi: 10.1186/1471-2393-13-241
9. Leal MD, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health* 2016;13(Suppl 3):163-74.
10. Alijahan R, Hazrati S, Mirzarahimi M, Pourfarzi F, Ahmadi Hadi P. Prevalence and risk factors associated with preterm birth in Ardabil, Iran. *Iranian J Reprod Med* 2014;12(1):47-56.

11. Nguyen N, Savitz DA, Thorp JM. Risk factors for preterm birth in Vietnam. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;86(1):70-8.
12. Liabsuetrakul T, Defever K, Lawantrakul J, Saeai N, Peeyananjarassr K, Cooper M, et al. Evaluation of an epidemiological surveillance system for preterm birth and low birth weight in Southern Thailand. *J Health Sci Med Res* 2019;37(1):5-15.
13. 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. *Bull World Health Organ* 2010;88(1):31-8.
14. Hidayat ZZ, Ajiz EA, Achadiyani A, Krisnadi SR. Risk factors associated with preterm birth at Hasan Sadikin General Hospital in 2015. *Open J Obstet Gynecol* 2016; 6(13):798-806.
15. Kozuki N, Lee AC, Silveira MF, Sania A, Vogel JP, Adair L, et al. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2013;13(Suppl 3):S2. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S2>
16. Wagura P, Wasunna A, Laving A, Wamalwa D, Ng'ang'a P. Prevalence and factors associated with preterm birth at Kenyatta National Hospital. *BMC Pregnancy Child-birth* 2018;18(1):1-8.
17. Roozbeh N, Moradi S, Soltani S, Zolfizadeh F, Hasani MT, Yabandeh AP. Factors associated with preterm labor in Hormozgan Province in 2013. *Electron Physician* 2016; 8(9):2918-23.
18. Figarella AMD, Chau CMD, Loundou AP, d'Ercole CMDP, Bretelle FMDP. The introduction of a universal transvaginal cervical length screening program is associated with a reduced preterm birth rate. *Am J Obstet Gynecol* 2023;228(2):1-219. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.046>
19. Srichumchit S. Pregnancy outcomes in adolescent women in Mae-Sa-Riang Hospital. *Chiang Rai Med J* 2016;2016(2): 63-70.