

The Incidence of Short Cervix in Singleton Pregnant Women between 16 and 24 Weeks of Gestation in 2017-2018

Abstract

*Monchai Suntipap, M.D.**

Preterm birth is one of the most important obstetric complications in Thailand that causes deaths and disabilities in newborns. In 2017, preterm rate was 12% in Saraburi province. Risk evaluation of preterm birth by transvaginal ultrasonography to measure cervical length in singleton pregnant women with no history of previous preterm birth is considered a good predictor to provide better assessment to their pregnancy, such as using progesterone. This survey aimed to determine the incidence of short cervix in singleton pregnant women. The retrospective study was conducted in singleton pregnant women at gestational age 16th-24th weeks with regular visits to antenatal care clinic at Saraburi hospital between 1st September 2017-28th February 2018. The results showed that the average cervical length in 275 pregnant women was 34.05 mm. Three pregnant women (1.1%) had cervical length shorter than 25 mm and 272 (98.9%) had cervical length equal or longer than 25 mm. Information of delivery can be collected in 256 pregnant women (93.1%) which 26 pregnant women (10.2%) delivered a child before GA 37th week. Of the 26 women with preterm births, one of them had short cervix while the other 25 women had normal cervical length. The one with short cervical length was significantly younger than ones with normal cervical length. In conclusion, cervical length measurement is essential in antenatal care even in those with low risk of having a preterm labor, especially teenage mother.

Keywords: cervical length, preterm birth, incidence

***Department of Obstetrics and Gynecology, Saraburi Hospital, Saraburi Province*

อุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ พ.ศ. 2560-2561

บทคัดย่อ

มนต์ชัย สันติภาพ, พ.บ.*

การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญ ซึ่งมีผลต่อการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด พ.ศ. 2560 จังหวัดสระบุรีมีอัตราคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12 การประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดเพื่อค้นหาภาวะปากมดลูกสั้นถือเป็นตัวพยากรณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อให้การดูแลที่ดีขึ้น ได้แก่ การให้ยากลุ่มโปรเจสเตอร์โรน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นโดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสระบุรีระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ผลการวัดความยาวปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ 275 คนพบว่าความยาวปากมดลูกเฉลี่ย 34.05 มม. มีสตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกยาวน้อยกว่า 25 มม. 3 คน (ร้อยละ 1.1) และปากมดลูกยาว 25 มม. ขึ้นไป 272 คน (ร้อยละ 98.9) สามารถติดตามผลการคลอดบุตรได้ 256 คน (ร้อยละ 93.1) พบว่าคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 26 คน เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกสั้น 1 คน และปากมดลูกยาวปกติ 25 คน กลุ่มปากมดลูกสั้นอายุน้อยกว่ากลุ่มปากมดลูกยาวปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าการฝากครรภ์จำเป็นต้องวัดความยาวปากมดลูกแม้ในผู้ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดน้อย โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ: ความยาวปากมดลูก, คลอดก่อนกำหนด, อุบัติการณ์

*กลุ่มงาน สูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด⁽¹⁾ อุบัติการณ์ (incidence) การคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกพบร้อยละ 5-18 โดยในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12⁽²⁾ และโรงพยาบาลสระบุรีพบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12⁽³⁾ ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน เคยมีประวัติการทำแท้งที่ปากมดลูก (เช่น การตัดปากมดลูก การฉีกขาดปากมดลูก) การติดเชื้อ

ในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ เป็นโรคของช่องปาก หญิงที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวน้อย สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น ที่สำคัญผู้ที่ปากมดลูกสั้นจากการวัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดพบว่ามีโอกาสคลอดก่อนกำหนดมากกว่าการตั้งครรภ์ทั่วไป⁽⁴⁻⁸⁾

การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและให้การป้องกันอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกหลังคลอดได้ ดังนั้นการตรวจหาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญซึ่งจะทำให้สามารถเพิ่มการเฝ้าระวังและให้การดูแลที่ดีขึ้น และ

อาจสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ เช่น การให้ยากลุ่มโปรเจสเตอร์โรน การเย็บปากมดลูก (cervical cerclage) หรือการใช้เพสซารี (pessary)⁽⁹⁻¹⁴⁾ การประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อวัดความยาวปากมดลูกในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ถือเป็นตัวพยากรณ์การคลอดก่อนกำหนดที่ดีที่สุดและค่อนข้างง่าย ปลอดภัย มีค่าพยากรณ์ที่แน่นอน แต่ความไวและความจำเพาะค่อนข้างต่ำและแตกต่างกันตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา^(5-8,15-16) ในปัจจุบันมีงานวิจัยมากมายที่วัดความยาวปากมดลูกในช่วงไตรมาสที่สองทั้งในกลุ่มที่เคยมีประวัติและไม่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน หากตรวจพบว่าปากมดลูกสั้นคือ ปากมดลูกยาวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มม. ก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ในกลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดควรพิจารณาให้โปรเจสเตอร์โรนเน้นทางช่องคลอด ซึ่งจากศึกษาพบว่าไม่มีผลต่อการลดอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ($RR_0.89$; 95%CI 0.68-1.16) แต่ลดการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกได้ ($RR 0.57$; 95%CI 0.33-0.99)^(11,17-18)

ดังนั้นการตรวจพบปากมดลูกสั้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดสามารถใช้ทำนายภาวะคลอดก่อนกำหนดเพื่อพิจารณาให้โปรเจสเตอร์โรนยัดอายุครรภ์คลอด แต่ในทางปฏิบัติความชุกของภาวะปากมดลูกสั้นในสตรีตั้งครรภ์เดียวในกลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในช่วงไตรมาสสองพบน้อยและยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน ทั้งนี้การวัดยาวปากมดลูกนั้นสูติแพทย์โรงพยาบาลสระบุรีไม่ได้ทำเป็นประจำในการฝากครรภ์ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นโดยการตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอดในหญิงตั้งครรภ์เดียวที่ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพยากรณ์การเกิดภาวะ

คลอดก่อนกำหนดและวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การสำรวมนี้นรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ ซึ่งไม่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้องเพื่อตรวจยืนยันอายุครรภ์หรือความผิดปกติทารกในครรภ์ร่วมกับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดเพื่อวัดความยาวปากมดลูกระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 จำนวน 275 คน วัดความยาวปากมดลูก (cervical length) โดยผู้ตรวจเพียงคนเดียว ด้วยเครื่อง GE Voluson S6 vagina transducer (4-9 MHz) ให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนตรวจ ผู้ตรวจใส่หัวตรวจในช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์แล้วใช้การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงสองมิติเพื่อหาตำแหน่งของปากมดลูก หาแนวกลางของปากมดลูกในแนว sagittal plane ปรับขนาดภาพให้ใหญ่ประมาณร้อยละ 75 ตรวจดูจุดสังเกตได้แก่ กระเพาะปัสสาวะว่างเปล่า, internal os, external os โดยปากมดลูกด้านหน้าและด้านหลังมีความหนาเท่ากัน เมื่อได้ภาพที่ดีแล้ววัดความยาวจากจุด internal os ไปหา external os 3 ครั้งและใช้ค่าที่สั้นที่สุด โดยค่าจากการวัด 3 ครั้งนี้ต้องแตกต่างกันไม่เกินร้อยละ 10 บันทึกข้อมูลรายละเอียดลงเวชระเบียน ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับข้อมูลรายละเอียดของงานวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะได้รับ ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติกรรม ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย อายุครรภ์ที่ตรวจ จำนวนครั้งของการคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและทดลองใช้แล้วว่าบันทึกได้ครบถ้วน

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลระบุงห้สแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็นค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ และค่าร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ปากมดลูกสั้นและปากมดลูกยาวปกติด้วยการทดสอบ Mann Whitney และ Fisher's exact กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

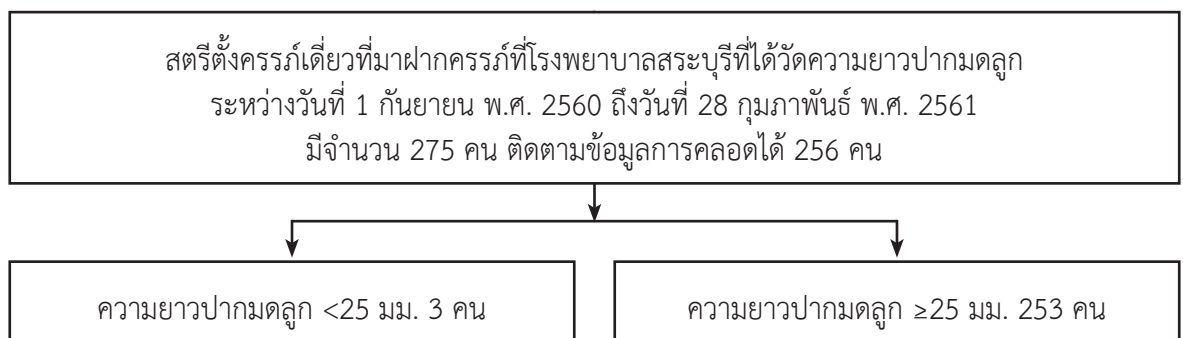
พิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสระบุรี หนังสือรับรองเลขที่ EC 173/02/2018 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 มีสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสระบุรี 984 คน

มีสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการตรวจวัดความยาวปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด 275 คน ความยาวปากมดลูกเฉลี่ย 34.05 มม. (24.00-53.33 มม.) อายุเฉลี่ย 27.1 ปี (14-44 ปี) อายุครรภ์ที่ได้รับการตรวจเฉลี่ย 19.81 สัปดาห์ (16-24 สัปดาห์) น้ำหนักเฉลี่ย 59.68 กิโลกรัม (34.0-113.0 กิโลกรัม) ส่วนสูงเฉลี่ย 156.88 เซนติเมตร (138.0-173.0 เซนติเมตร) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.21 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (13.45-42.34 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ครรภ์แรก 95 คน (ร้อยละ 34.5) ครรภ์ที่สอง 118 คน (ร้อยละ 42.9) ครรภ์ที่สาม 49 คน (ร้อยละ 17.8) ครรภ์ที่สี่ขึ้นไป 13 คน (ร้อยละ 4.8) มีสตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกยาวน้อยกว่า 25 มม. 3 คน (ร้อยละ 1.1) และปากมดลูกยาว 25 มม. ขึ้นไป 272 คน (ร้อยละ 98.9) ซึ่งติดตามข้อมูลการคลอดได้ 256 คน (ร้อยละ 93.1) โดยติดตามผลการคลอดจากข้อมูลจากเวชระเบียนรพ.สระบุรี และโทรศัพท์ติดต่อในกรณีที่คลอดที่อื่น รวบรวมละเอียดในรูปแบบที่ 1



รูปที่ 1 การคัดสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้วัดความยาวปากมดลูกเข้าสู่การศึกษา

สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้วัดความยาวปากมดลูกและติดตามผลการคลอดได้ 256 คน นั้นมีภาวะปากมดลูกสั้น (ปากมดลูกยาวน้อยกว่า 25 มิลลิเมตร) 3 คน (ปากมดลูกยาว 24 มม. ทั้ง 3 คน) และปากมดลูกยาวปกติ (ปากมดลูกยาว 25 มิลลิเมตร

ขึ้นไป) 253 คน (26-52 มม.) โดยมีค่ามัธยฐานของอายุ 18 ปีและ 27 ปีตามลำดับ ($p=0.034$) ค่ามัธยฐานของอายุครรภ์ที่คลอด 37 สัปดาห์ และ 38 สัปดาห์ตามลำดับ แสดงในตาราง 1 ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกสั้นเป็นครรภ์แรก 2 คน ครรภ์

ที่สอง 1 คน และคลอดเมื่ออายุครรภ์ 29, 37 และ 38 สัปดาห์ตามลำดับ นั่นคือสตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกสั้นคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 1 คน (ร้อยละ

33.3) ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกยาวปกติคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 25 คน (ร้อยละ 9.9) ($p=0.28$) ดูรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้วัดความยาวปากมดลูกซึ่งรู้ผลการคลอด ($n = 256$)

ข้อมูล	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)		p-value
	ปากมดลูกสั้น ($n = 3$)	ปากมดลูกยาวปกติ ($n = 253$)	
อายุ (ปี)	18.0 (14.0- 22.0)	27.0 (14.0- 44.0)	0.034 ^a
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	54.0 (53.0- 57.0)	57.0 (34.0-113.0)	0.564 ^a
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	160.0 (158.0-163.0)	156.0 (138.0-173.0)	0.231 ^a
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	21.2 (21.1- 21.5)	23.8 (13.4- 42.3)	0.20 ^a
จำนวนครั้งการคลอด	0 (0-1)	1 (0-3)	0.19 ^a
อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)	37.0 (29.0- 38.0)	38.0 (23.0- 42.0)	
จำนวน (ร้อยละ)			
อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)			0.28 ^b
<37	1 (33.3)	25 (9.9)	
≥37	2 (66.7)	228 (90.1)	

^aMann Whitney U test, ^bFisher's exact test

ปากมดลูกสั้น : ความยาวปากมดลูก < 25 มิลลิเมตร

ปากมดลูกยาวปกติ : ความยาวปากมดลูก ≥ 25 มิลลิเมตร

วิจารณ์

ผลการสำรวจนี้พบอุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นของสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว ณ โรงพยาบาลสระบุรีในระยะเวลา 6 เดือน เพียงร้อยละ 1.1 ไม่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ในประเทศจีน⁽¹⁹⁾ ซึ่งพบอุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นร้อยละ 0.5 แต่น้อยกว่าผลการศึกษาของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร และสหรัฐอเมริกาที่พบอุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นร้อยละ 6.6 และ 4.1 ตามลำดับ^(20,21) นั่นคือโอกาสพบภาวะปากมดลูกสั้นมีน้อย โดยเฉพาะการศึกษานี้ที่พบ

สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีภาวะปากมดลูกสั้นเพียง 3 คน คือ พบอุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นเพียงร้อยละ 1.1 ซึ่งน้อยมาก ทำให้อำนาจการทดสอบทางสถิติไม่มากพอที่จะแสดงความแตกต่าง ดังนั้นหากขยายเวลาศึกษาให้ได้จำนวนผู้มีภาวะปากมดลูกสั้นมากกว่านี้ น่าจะสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้แม่นยำขึ้น

อนึ่ง ค่าเฉลี่ยความยาวปากมดลูกของสตรีตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลสระบุรี 34.05 มม. น้อยกว่าผลการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่^(20,22)

ซึ่งพบความยาวปากมดลูกเฉลี่ย 35.68 มม. และ 42.30 มม. ตามลำดับ อาจเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมในแต่ละการศึกษามีอายุครรภ์ที่ต่างกัน อายุครรภ์ที่ได้รับการตรวจของการศึกษานี้ 16-24 สัปดาห์ ส่วนอายุครรภ์ของการศึกษาโรงพยาบาล วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่ 18-24 สัปดาห์ และ 14-40 สัปดาห์ตามลำดับ⁽²⁰⁻²²⁾

การศึกษานี้สามารถติดตามผลการคลอดได้ 256 คน (ร้อยละ 93.1) เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลัง แม้ว่าอุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในการศึกษานี้มีจำนวนน้อยแต่พบว่าสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ปากมดลูกสั้นคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 1 คน จาก 3 คน (ร้อยละ 33.3) คล้ายกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้⁽²³⁻²⁴⁾ ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ศึกษาทั้งกลุ่มปากมดลูกสั้นและปากมดลูกยาวปกติมีข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรมไม่แตกต่างกัน ยกเว้นอายุที่กลุ่มปากมดลูกสั้นมีค่ามัธยฐานของอายุน้อยกว่ากลุ่มปากมดลูกยาวปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้⁽²⁰⁾ โดยกลุ่มที่ปากมดลูกสั้นจัดเป็นกลุ่มมารดาวัยรุ่นซึ่งร่างกายยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ น่าจะเป็นสาเหตุให้มีความยาวปากมดลูกสั้น ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังภาวะปากมดลูกสั้นในมารดาวัยรุ่น นอกจากนี้เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกสั้นทั้ง 3 คน นั้นปากมดลูกยาว 24 มม. ทั้ง 3 คน จึงไม่ได้ให้โปรเจสเตอร์โรนเน้นบทางช่องคลอดเพื่อลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนดตามที่แนะนำให้ใช้หากความยาวของปากมดลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มม.⁽²⁵⁻²⁶⁾ รวมทั้ง

ไม่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด แต่ได้แนะนำถึงความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด

สรุป

ข้อมูลที่น่าเสนอนี้สรุปได้ว่าอุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดไม่มาก เนื่องจากโอกาสพบภาวะปากมดลูกสั้นมีน้อยและการศึกษานี้ศึกษาในระยะเวลาเพียงแค่หกเดือน หากขยายเวลาศึกษาให้นานกว่านี้จะได้จำนวนผู้ที่มีภาวะปากมดลูกสั้นมากขึ้นและสามารถพยากรณ์ความเกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดได้แม่นยำมากขึ้น ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดมีผลต่อการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด ดังนั้นการฝากครรภ์จำเป็นต้องตรวจวัดความยาวปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ที่แม้จะมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดน้อย โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี หัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวชกรรมและสูติแพทย์สำหรับคำปรึกษาและคำแนะนำ พยาบาลหน่วยงานเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์และห้องฝากครรภ์ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล นักศึกษาแพทย์ศุภณีย์แพทยศาสตรศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและติดตามผลการศึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Review Committee. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. March of Dimes. Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva: World Health Organization; 2012.

3. Delivery Room, Saraburi Hospital. Premature labors in one year. Saraburi: Obstetrics-Gynecology Department, Saraburi Hospital; 2017.
4. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *N Engl J Med* 1996;334(9):567-72.
5. Berghella V. Universal cervical length screening for prediction and prevention of pre-term birth. *Obstet Gynecol Surv* 2012;67(10):653-8.
6. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008;371(9606):75-84.
7. Mella MT, Berghella V. Prediction of preterm birth: cervical sonography. *Semin Perinatol* 2009;33(5):317-24.
8. Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, Dombrowski MP, Sibai B, Moawad AH, et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med* 2003;348(24):2379-85.
9. Sibai BM, Iswan NB, Palmer B, Stanziano GJ. Pregnancy outcomes of women receiving compounded 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate for prophylactic prevention of preterm birth 2004 to 2011. *Am J Perinatol* 2012;29(8):635-42.
10. Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *N Engl J Med* 2007;357(5):462-9.
11. Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;38(1):18-31.
12. Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. *Obstet Gynecol* 2005;106(1):181-9.
13. Goya M, de la Calle M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, Muñoz B, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2012;379(9828):1800-6.
14. Ibrahim MI, Harb HM, Ellaithy MI, Awad EM. Diagnostic validity of cervicovaginal human chorionic gonadotrophin at 26-36 weeks of gestation as a biochemical predictor of preterm birth. *J Obstet Gynaecol* 2013;39(6):1121-8.

15. Saade GR, Boggess KA, Sullivan SA, Markenson GR, Iams JD, Coonrod DV, et al. Development and validation of a spontaneous preterm delivery predictor in asymptomatic women. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214(5):633-56.
16. Myers KM, Feltovich H, Mazza E, Vink J, Bajka M, Wapner RJ, et al. The mechanical role of the cervix in pregnancy. *J Biomech* 2015;48(9):1511-23.
17. Practice bulletin no. 171: Management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2016;e155-64.
18. Preterm labor. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY, editors. *Williams Obstetrics*. 25thed. New York: McGraw-Hill Education; 2018. p.1780-850.
19. Maerdan M, Shi C, Zhang X, Fan L. The prevalence of short cervix between 20 and 24 weeks of gestation and vaginal progesterone for prolonging of gestation. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017;30(14):1646-9.
20. Pattanapanyasat N, Luengratsameerung S, Charoenchainont P. Comparison of the cervical length during second trimester of pregnancy between teenage and adult primigravidae. *Thai J Obstet Gynaecol* 2016;24(1):14-9.
21. Conde-Agudelo A, Romero R, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone is as effective as cervical cerclage to prevent preterm birth in women with a singleton gestation, previous spontaneous preterm birth, and a short cervix: updated indirect comparison meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(1):10-25.
22. Tongsong T, Kamprapanth P, Pitaksakorn J. Cervical length in normal pregnancy as measured by transvaginal sonography. *Int J Gynaecol Obstet* 1997;58(3):313-5.
23. Stevens-Simon C, Barret J, McGregor JA, French J, Persutte W. Short cervix: a cause of preterm delivery in young adolescents?. *J Matern Fetal Med* 2000;9(6):342-7.
24. D'Agostini C, de Oliveira M, D'Souza-Li L. Comparison of cervical length in adult and adolescent nulliparae at mid-gestation. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013;26(4):209-11.
25. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218(2):161-80.
26. Sirichotiyakul S. Intrapartum and premature rupture of membranes care. In: *The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. OBGYN Clinical Practice Guidelines*. 2nded. Bangkok: The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015. p.15-41.