

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 1/24 รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ส.ค. 2568
	ชื่อหน่วยงานผู้จัดทำ : กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม วันที่บังคับใช้ : 15 ส.ค. 2568	
ผู้ตรวจสอบ :  (นางพชนิทร์ อึ้งอำพร) ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม	ผู้เห็นชอบ :  (นายสุรพงศ์ แสนโกชน์) ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 1	
ผู้อนุมัติ :  (นายทรงเกียรติ เล็กตระกูล) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี		

บันทึกการแก้ไข

ครั้งที่	หน้า	รายการแก้ไข	วัน/เดือน/ปี
00	ทุกหน้า	ฉบับใหม่	30 ต.ค. 2543
01	ทุกหน้า	เปลี่ยนแปลงรูปแบบของเอกสาร และเนื้อหาให้เป็นปัจจุบันยิ่งขึ้น	15 ส.ค. 2568

*** หมายเหตุ หน้าที่ 1 QIC จะเป็นผู้บันทึก***



โรงพยาบาลอุดรธานี
Udon Thani Hospital

แนวทางปฏิบัติ

เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนด

(preterm labor prevention and treatment)

หน้า 2/24

รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่แก้ไข : 15 ส.ค. 2568

1. นโยบาย :

พัฒนาบริการด้านสูติกรรมให้บริการฝากครรภ์ บริการคลอด บริการทารกแรกเกิดและการดูแลหลังคลอดอย่างมีคุณภาพมาตรฐานสากล และดูแลแบบองค์รวม “ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

2. วัตถุประสงค์ :

1.1 เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)

1.2 เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการดูแลรักษาที่เหมาะสม

3. ขอบเขต :

สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอุดรธานี

4. กลุ่มเป้าหมาย :

สูติแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์พี่เลี้ยง พยาบาล

5. นิยามศัพท์/คำจำกัดความ :

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} – 36^{6/7} สัปดาห์ จากทุกสาเหตุ (ในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ใช้น้ำหนักทารกตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไปเป็นเกณฑ์)

ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด (previous preterm birth: PTB) หมายถึง เคยมีการคลอดทารกก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง จากภาวะเจ็บครรภ์คลอด (preterm labor) หรือมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด (PPROM) หรือ ปากมดลูก เปิดโดยไม่มีการเจ็บครรภ์นำมาก่อน (cervical insufficiency) และต้องไม่มีสาเหตุอื่น เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ อุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาหรือทารกที่เป็นเหตุให้ต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนด

ภาวะปากมดลูกสั้น หมายถึง ภาวะที่ความยาวของคอมดลูกจากรูเปิดภายในของปากมดลูก (internal cervical os) ถึงรูเปิดภายนอกของปากมดลูก (external cervical os) น้อยกว่า 25 มิลลิเมตร เมื่อวัดโดยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดที่อายุครรภ์ 16 – 24 สัปดาห์

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 3/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 11/5 ต.ค. 2568

6. ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ :

แนวทางปฏิบัติงานการป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)

แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth prevention)

1. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อตนเอง (แผนผัง 1)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน มีความรู้และสามารถให้คำแนะนำด้าน health literacy ในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย และกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น สตรีตั้งครรภ์ทราบ EDC ของตนเอง (MOU-term pregnancy), การดูแลตนเองในการลดความเสี่ยง(การทำงานหนัก, การใช้สารเสพติด/บุหรี่, และ ความเครียด), early ANC, การสังเกตอาการของ uterine contraction (warning signs), การป้องกันโรคที่เป็นเหตุให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (pre-eclampsia) และทบทวนการเดินทางรวมถึงสตรีตั้งครรภ์สามารถขอความช่วยเหลือในการเดินทางจากระบบ 1669/อปท.

2. การค้นหาปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล (แผนผัง 1, check list A และ B)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย โดยใช้ checklist พร้อมให้การดูแลรักษาเป็นรายบุคคล เช่น รายที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด, รายที่มีความยาวปากมดลูกสั้น, ประวัติ cervical incompetency, ประวัติ anti-phospholipid syndrome, มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ, การคัดกรองการติดเชื้อ (UTI, BV) รวมถึงให้การรักษา หรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยง และส่งต่อได้เหมาะสมตามศักยภาพ.

3. การประเมินความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด (แผนผัง 1, check list A และ B), การวัดความยาวปากมดลูก (แผนผัง 2) , การดูแลรักษา และ fast-track preterm labor (แผนผัง 3 และ 4)

3.1 สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ได้รับการประเมินความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด (แผนผัง 1, checklist A และ B)

3.2 สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ได้รับการประเมิน TACL/TVCL ขณะอายุครรภ์ 18-24 สัปดาห์(แผนผัง 2)

3.3 สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวทุกรายที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดชนิด idiopathic preterm birth หรือ PPRM ได้รับ micronized progesterone vaginal tablet 200 mg. วันละครั้ง ในอายุครรภ์ 16^{0/7} – 36^{0/7} สัปดาห์

3.4 สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่ไม่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด แต่พบว่าปากมดลูกสั้น ≤ 25 mm.ได้รับ micronized progesterone vaginal tablet 200 mg. วันละครั้ง ในอายุครรภ์ 16^{0/7}– 36^{0/7} สัปดาห์

3.5 สตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติแท้งบุตร และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ cervical incompetency (history-indicated cerclage) ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

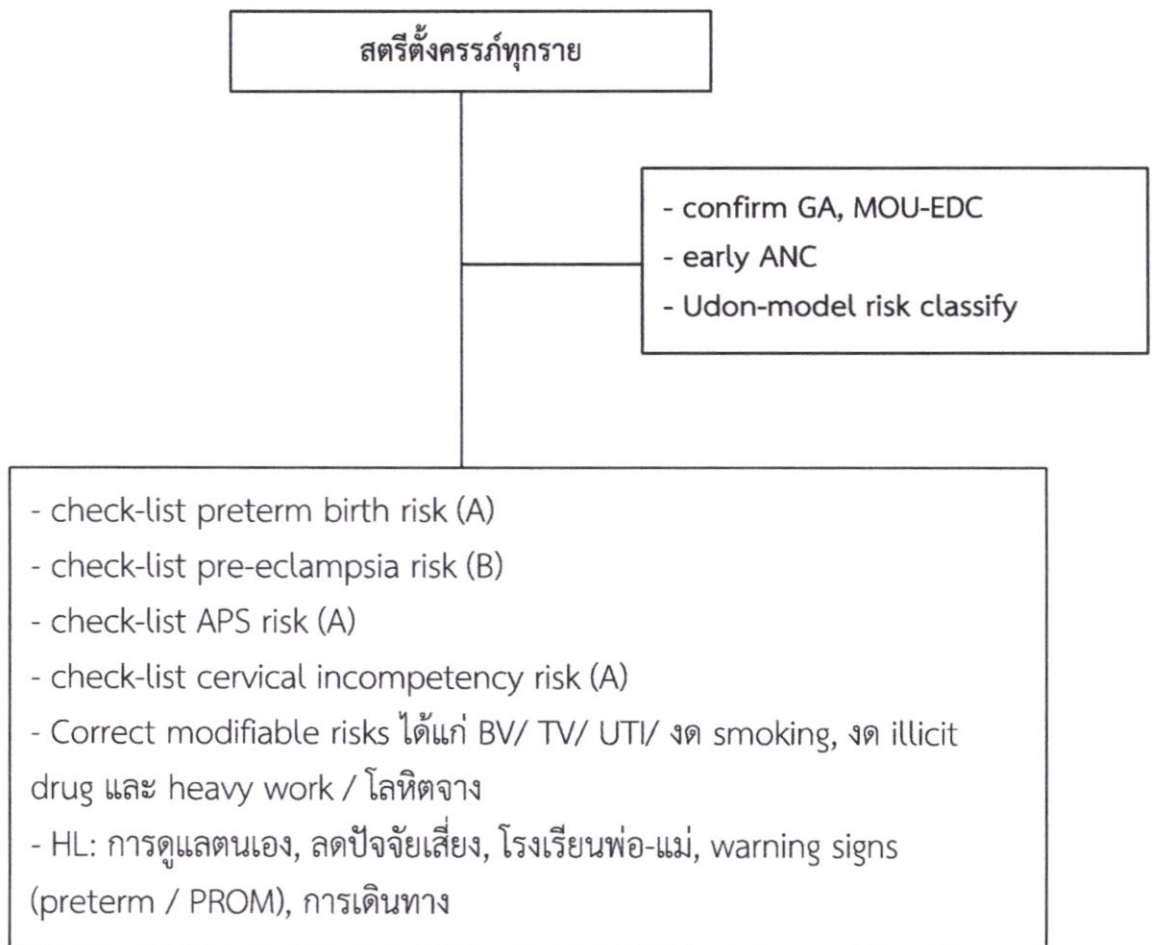
3.6 สตรีตั้งครรภ์ที่เคยแท้งบุตร และได้รับการวินิจฉัยภาวะ antiphospholipid syndrome ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

3.7 สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้รับคำแนะนำการใช้ low-dose aspirin เพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 4/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 11'5 ต.ค. 2568

3.8 สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว ก่อนการเจ็บครรภ์ อย่างรวดเร็ว (ก่อนการเปิดขยายปากมดลูกเกิน 2 ซม.) ได้รับการดูแลรักษา รวมถึงการ ส่งต่ออย่างเหมาะสมตามศักยภาพ (แผนผัง 3 และแผนผัง 4 fast-track preterm labor)

แผนผัง (1) การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
 (preterm birth prevention)



 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 5/24 รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 11/5 ส.ค. 2568
---	---	---

Checklist A for preterm birth risks

ตัวอย่างแบบประเมินความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

ปัจจัยเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด	
ประวัติทั่วไป: G P , GA , AGE , Risk.	
1. ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ครั้ง , - อายุครรภ์ - อายุครรภ์ - อายุครรภ์ - อายุครรภ์	
2. สาเหตุการคลอดก่อนกำหนด	
☐ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยไม่มีสาเหตุอื่น ๆ (spontaneous preterm labor) เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกขาดอากาศ และมารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ¹ ☐ มีน้ำคร่ำรั่วหรือมีน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ (PPROM) ¹	☐ previous pre-eclampsia ² ☐ Placenta previa / PAS ☐ Abruptio placenta ☐ อื่น ๆ
☐ สงสัยภาวะปากมดลูกหลวม (cervical incompetence) ³	☐ เคยพบทารกเสียชีวิตในครรภ์ หรือ แพทย์วินิจฉัย APS ³
3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ⁴	
☐ ทำงานหนัก(มากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือยืนนานกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน) ☐ ยกของหนัก ☐ active/passive smoker. ☐ เครียด ☐ พักผ่อนไม่เพียงพอ ☐ ใช้ illicit drugs.	
4. ปัจจัยเสี่ยงในครรภ์นี้ ⁴	
☐ BMI < 19 ☐ อายุ < 18 หรือ > 35 ปี ☐ interval pregnancy < 6 เดือน ☐ poor self-care ☐ multiple pregnancy ☐ UTI ☐ leukorrhea-BV-TV ☐ IVF-ART ☐ placenta previa/PAS ☐ hydramnios ☐ maternal medical disease ☐ อื่น ๆ	
หมายเหตุ: (1) พบสูติ-นรีแพทย์ และให้ดูแลตามแนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (2) พิจารณาให้การป้องกัน และการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ (3) กรณีมีประวัติแท้งบุตรแต่ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยโรค ให้ปรึกษาแพทย์ (4) ให้คำแนะนำ และรักษาปัจจัยเสี่ยงที่ปรับ-หรือแก้ไขได้	

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 6/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 11/5 อ.ก. 2568

Checklist B pre-eclampsia and summary risk screening Udon Thani Hospital

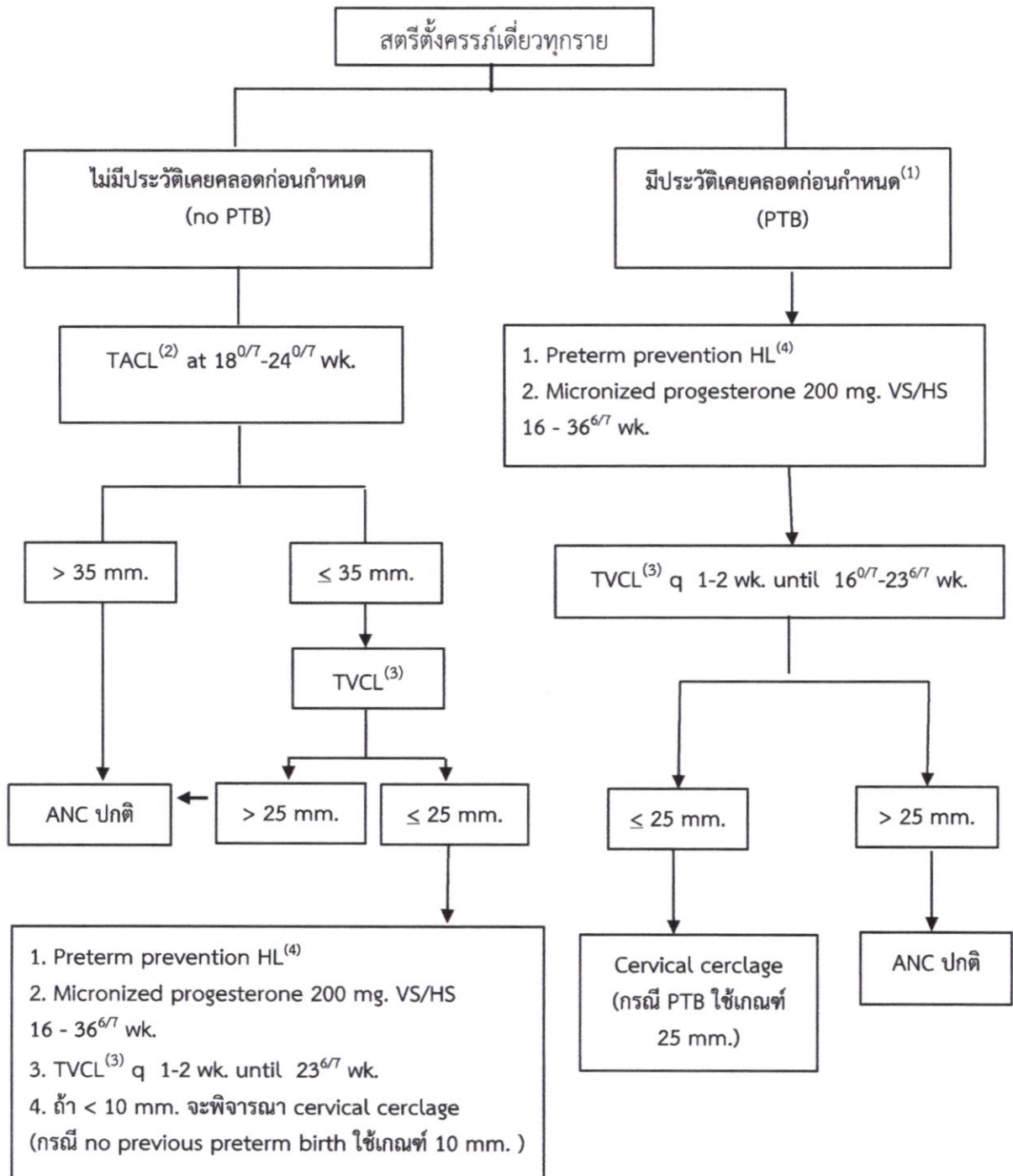
Risk screening.	ผล	Management.
1. US at 8-12 wk. for GA	☐ CRL = mm. ☐ GA ☐ EDC	
2. Obesity	☐ BMI = kg./m ² ☐ BW = kg. ☐ obesity (BMI $\geq$ 30) ☐ morbid obesity (BMI > 40) ☐ super-morbid obesity (BMI > 50)	☐ endocrinology ☐ nutrition. ☐ pulmonology. ☐ UDPAC (กรณีผ่าตัดคลอด)
3. Pre-eclampsia risk	<u>High risk factors:</u> Previous History of preeclampsia ☐ ครรภ์แฝด (Multifetal gestation) ☐ Chronic hypertension ☐ โรคไต ☐ Overt DM type 1 or 2 ☐ Autoimmune disease (i.e. SLE, antiphospholipid syndrome)	☐ พบ 1 ข้อ ☐ start ASA :
	<u>Moderate-risk factors:</u> ☐ G1P0 ☐ Obesity (BMI > 30) ☐ Age $\geq$ 35 years ☐ IVF ☐ Family hs. PIH ☐ Black race ☐ Low socio-economic/inadequate self care ☐ เคยตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ : low birth weight, previous adverse outcome, >10-year pregnancy interval	☐ พบตั้งแต่ 2 ข้อ start ASA
	☐ MAP and Uterine a. PI c MFM algorithm ☐ with maternal serum PAPP-A	☐ > 1:100 start ASA
4. PIH symptom	☐ BP $\geq$ 140/90 ☐ ปวดหัว ตามัว จุกแน่นลิ้นปี่	☐ admit ☐ home monitoring BP ☐ warning signs
5. Heart disease	☐ Oxygen sat < 96 % ☐ มีอาการรบกวน เป็นลม หหมดสติ ☐ แน่นหน้าอก ☐ บวมที่ขา หรือ เท้า ☐ neck vein engorged ☐ เหนื่อยง่ายผิดปกติ ☐ HR < 60 หรือ > 110 หรือ เต้นผิดจังหวะ ☐ murmur ☐ หอบเหนื่อย ไอ ตอนกลางคืน หรือ ทั้งวัน หรือ นอนราบไม่ได้ต้องนอนศีรษะสูง	☐ EKG ☐ warning signs ☐ consult cardio-med ☐ CXR (abd. shield)

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 7/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ธ.ค. 2568

Risk screening.	ผล	Management.
6. Fetal movement count (FMC)	☐ < 10 /day ☐ ≥ 10 / day	☐ NST ☐ advise FMC
7. Preterm delivery risk	<u>no history of PTB, US at GA 18-24 wk.:</u> ☐ not done ☐ TACL = mm, ☐ TVCL = mm.	☐ Utrogestran until 36 wk. if TCVL < 25 mm.
	<u>history of PTB/ PPROM US at GA 16, 20, 24 wk.:</u> ☐ not done ☐ TVCL = mm.	☐ Utrogestran until 36 wk. ทุกราย
		☐ preterm clinic ☐ warning signs
8. Antiphospholipid Syndrome (APS)	☐ เคยมีล้มเลือดออกตอนคลอดเลือด ☐ abortion GA > 10 wk. ตั้งแต่ 1 ครั้ง ☐ abortion GA < 10 ตั้งแต่ 3 ครั้ง ☐ LAB APS pos.	☐ start ASA, enoxaparin เมื่อมีข้อบ่งชี้ ☐ LAB APS
9. Cervical incompetence	☐ painless abortion GA > 12 wk. ตั้งแต่ 1 ครั้ง หรือ สงสัย cervical incompetence.	☐ พิจารณา cervical cerclage
10. Placenta Accreta Spectrum (PAS)	Previous cesarean section or uterine surgery ☐ US for PAS ☐ normal ☐ abnormal.	☐ consult MFM
11. GDM screening	☐ negative ☐ positive	☐ OGTT ☐ endocrinology ☐ nutritionist.

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 8/24 รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 11/5 ส.ค. 2568

แผนผัง 2 การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention)



หมายเหตุ:

- (1) ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด (previous preterm birth) หมายถึง เคยคลอดทารกก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm birth) จากการเจ็บครรภ์คลอด (preterm labor) หรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (PPROM) ในช่วงอายุ ครรภ์ 16^{0/7} - 36^{6/7} สัปดาห์ หรือมีการแท้งบุตร(อายุครรภ์ 14-24 สัปดาห์) จากภาวะปากมดลูกเปิดโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ และต้องไม่มีสาเหตุอื่นที่เป็นข้อบ่งชี้ให้คลอดก่อนกำหนด เช่น pre-eclampsia, placenta previa-PAS, abruptio placenta, accident, and maternal-fetal indicated preterm birth

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 9/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ส.ค. 2568

- (2) TACL = Transabdominal Ultrasound Cervical length
- (3) TVCL = Transvaginal Ultrasound Cervical length ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว ที่ไม่เคยคลอดก่อนกำหนดสามารถตรวจ TVCL หรือ TACL เป็นลำดับแรกได้
- (4) **Preterm prevention health education** ได้แก่ สอนวิธีการเหน็บยา micronized progesterone 200 mg. ทางช่องคลอด วันละครั้ง ตั้งแต่อายุครรภ์ 16^{0/7} – 36^{6/7} สัปดาห์ (FDA/ACOG / กรมอนามัย ให้ยกเลิก 17- OHPC IM weekly ในการป้องกัน preterm birth), ให้ความรู้อาการข้างเคียงจากการใช้ยา, การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด, warning signs, fetal movement count และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

วิธีการวัดความยาวปากมดลูก

วิธีการวัดความยาวปากมดลูกมี 2 วิธี ได้แก่

1. การตรวจวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด (transvaginal ultrasound cervical length; TVCL)
2. การตรวจวัดความยาวปากมดลูกทางหน้าท้อง (transabdominal ultrasound cervical length; TACL)

ทั้ง 2 วิธี มีทั้งข้อดีและข้อเสีย รวมทั้งมีรายละเอียดขั้นตอนวิธีการวัดที่แตกต่างกัน

วิธีที่ 1 TVCL

ถือเป็น gold standard เนื่องจาก probe อยู่ใกล้กับปากมดลูกทำให้เห็นตำแหน่งของปากมดลูกชัดเจน ไม่ถูกรบกวนจากภาวะอ้วนของมารดา หรือถูกบดบังจาก ส่วนหน้าของทารกในครรภ์มีความไวสูงในการวินิจฉัย (sensitivity) มีความปลอดภัยในการทำ รวมทั้งมีความแปรปรวนระหว่างผู้ตรวจต่ำ (low inter-observer variation) เพียงร้อยละ 5-10 ซึ่งจำเป็นต้องได้ความแม่นยำเพื่อใช้พิจารณาการดูแลรักษาต่อไป อย่างไรก็ตามการตรวจ TVCL เป็นวิธีที่ invasive กว่า การตรวจทางหน้าท้อง (TACL) อาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือไม่สะดวกสบายในระหว่างการตรวจวิธีการวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอดมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ก่อนการตรวจ ให้หญิงตั้งครรภ์ถ่ายปัสสาวะให้หมด
- 2) ให้หญิงตั้งครรภ์นอนในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอนและกางขาออก (semi-recumbent position with abducted legs)
- 3) เลือกใช้หัว transvaginal probe ที่หุ้มด้วยปลอก (ถุงมือ หรือถุงยาง) แบบใช้แล้วทิ้ง และหล่อลื่นด้วยเจลทั้งด้านในและ ด้านนอกปลอกหุ้ม โดยใส่ฟองอากาศออกให้หมด
- 4) วาง probe ที่ anterior fornix โดยวางแนวแกนตามยาว (longitudinal axis) เพื่อให้เห็นภาพในระนาบ sagittal plane อาจใช้แรงกดเบา ๆ เพื่อให้เห็นโครงสร้างอวัยวะต่าง ๆ ชัดเจนยิ่งขึ้น
- 5) Identify Inferior bladder border, external os, endocervical canal and mucosa, internal os
- 6) ลดแรงกดให้น้อยที่สุด จนกระทั่งเห็น cervical lips ทั้งสองข้างมีความกว้างเท่ากัน
- 7) ขยายภาพปากมดลูกประมาณร้อยละ 50-75 ของหน้าจอ
- 8) วัดความยาวปากมดลูกโดยวาง calipers ระหว่าง internal os และ external os
- 9) วัดทั้งหมด 3 ครั้ง และเลือกใช้ความยาวปากมดลูกที่สั้นที่สุด

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 10/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ธ.ค. 2568

10) Identify funneling, amniotic fluid debris, sludge, membrane separation, vasa previa, low-lying placenta, abnormally invasive placenta

11) pitfalls ได้แก่ full bladder มากเกินไป, การใช้แรงกดหัว probe มากเกินไปอาจทำให้ความยาวปากมดลูกเพิ่มขึ้น, Lower uterine segment ที่หนาขึ้นหรือการหดตัวของมดลูกอาจดูคล้าย funneling และ cervical mucus อาจจะดูสับสนกับ funneling

วิธีที่ 2 TACL

การตรวจ TACL ให้ความแม่นยำน้อยกว่า TVCL แต่ทำได้ง่าย และผู้ป่วยยอมรับมากกว่า มีขั้นตอนดังนี้

- 1) ไม่ต้องปัสสาวะก่อนเข้ารับการตรวจ
- 2) นอนหงายบนเตียงตรวจ และเปิดผ้าคลุมท้อง
- 3) เลือกใช้หัว probe สำหรับ transabdominal ultrasound
- 4) วาง probe ตามแนว longitudinal axis เพื่อให้เห็นมดลูกในระนาบ sagittal plane
- 5) Identify structure Inferior bladder border, external os, endocervical canal and mucosa, internal os.
- 6) ใช้แรงกดให้น้อยที่สุด ให้เห็น cervical lips ทั้งสองข้างมีความกว้างเท่ากัน
- 7) ขยายภาพปากมดลูกร้อยละ 50-75 ของหน้าจอ
- 8) วัดความยาวปากมดลูกโดยวาง calipers ระหว่าง internal os และ external os
- 9) วัดรวม 3 ครั้ง และเลือกค่าที่ถูกต้องที่สุด

10) Identify funneling, amniotic fluid debris, sludge, membrane separation, vasa previa, low-lying placenta, abnormally invasive placenta

11) pitfalls ได้แก่ full bladder มากเกินไป, การใช้แรงกดหัว probe มากเกินไปอาจทำให้ความยาวปากมดลูกเพิ่มขึ้น, Lower uterine segment ที่หนาขึ้นหรือการหดตัวของมดลูกอาจดูคล้าย funneling และ cervical mucus อาจจะดูสับสนกับ funneling



โรงพยาบาลอุดรธานี
Udon Thani Hospital

แนวทางปฏิบัติ

เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนด
(preterm labor prevention and treatment)

หน้า 11/24

รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01

แก้ไขครั้งที่ : 01

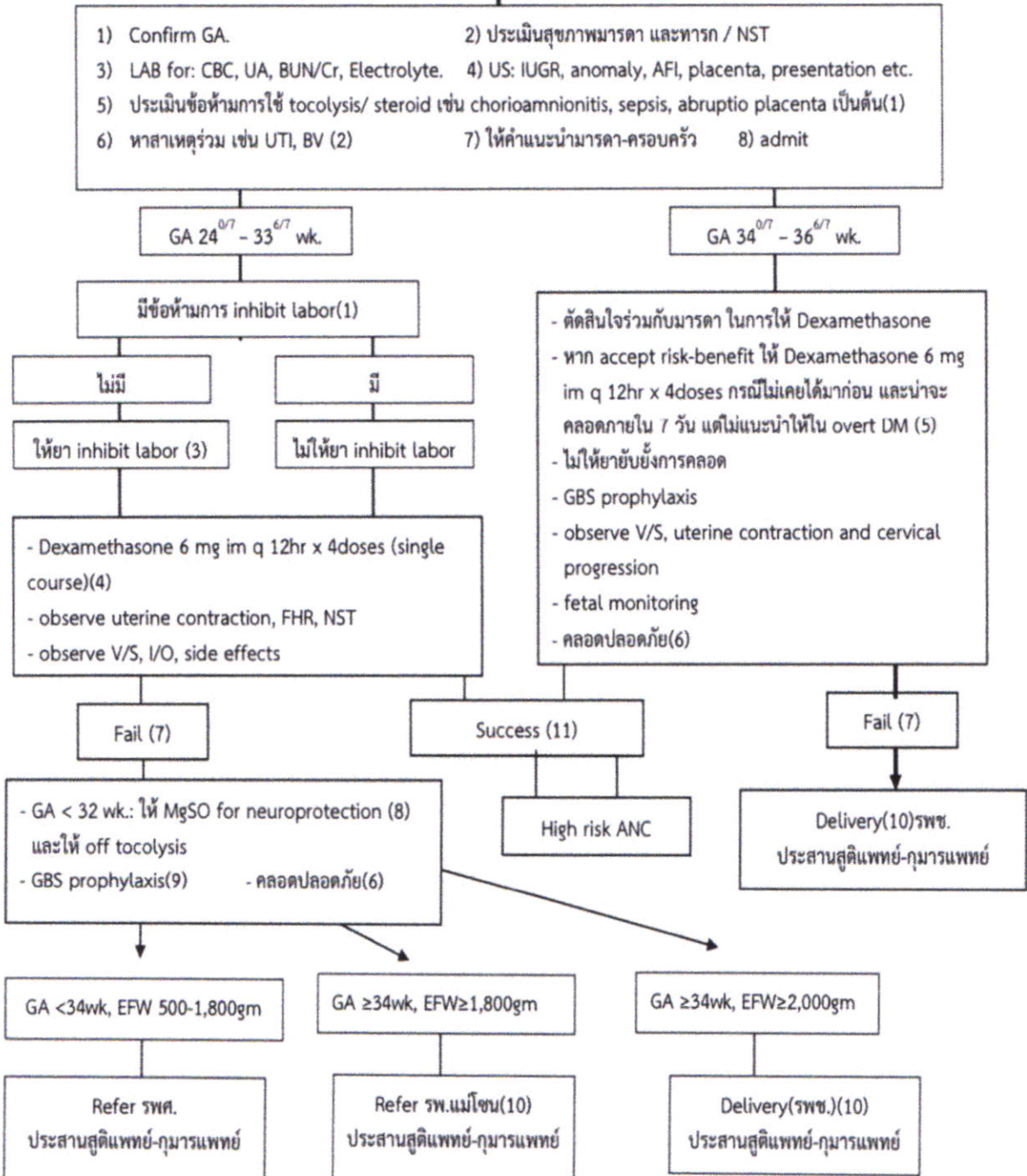
วันที่แก้ไข : 15 ส.ค. 2568

แผนผัง 3 แนวทางการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor)

วินิจฉัย Preterm labor: regular uterine contraction (อย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที)

ตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} - 36^{6/7} สัปดาห์ (หรือ 259 วันนับจาก LMP) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก ได้แก่

1. ปากมดลูกเปลี่ยนแปลงชัดเจน หรือ 2. ปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 2 ซม. หรือ 3. ปากมดลูกบางตัวตั้งแคร์ระยะ 80 ขึ้นไป



 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 12/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 มี.ค. 2568

1) ข้อห้ามการให้ tocolytic agents.

1.1 contraindication for terbutaline or salbutamol ได้แก่ drug allergy to terbutaline or salbutamol, maternal heart disease, maternal HR > 120 /min., arrhythmia, pulmonary edema, maternal blood loss or hypovolemia, poorly controlled hyperthyroidism and poorly controlled diabetes mellitus

1.2 contraindication for nifedipine ได้แก่ drug allergy to nifedipine or other calcium channel blocker, hypotension, cardiogenic shock, AML, aortic stenosis, aortic insufficiency, current use with beta blocker, hypertrophic cardiomyopathy, cirrhosis, renal failure

1.3 contraindication for inhibit labor: ข้อห้ามทั่ว ๆ ไป ได้แก่ active phase of labor, fetal death, fetal distress, chorioamnionitis, maternal hemorrhage, sepsis, abruptio placenta, pre-eclampsia with severe feature, severe maternal condition

(2) หาสาเหตุร่วมของภาวะ preterm labor ได้แก่ UTI, placenta previa, abruptio placenta, hydramnios, IUGR, malpresentation, multiple pregnancy, acute appendicitis, adnexal mass, PROM เป็นต้น

(3) แนวทางการให้ tocolysis:

- ย้ายยับยั้งการหดตัวของมดลูก (tocolysis) ในอายุครรภ์ 24^{0/7} – 33^{6/7} สัปดาห์ ดังรายละเอียดตารางด้านล่าง
- แพทย์ GP สามารถบริหารยาเบื้องต้นได้ก่อน refer
- สามารถโทรปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ได้ 24 ชม.
- กรณี threatened preterm labor สามารถ ให้ tocolysis ได้ ตามดุลยพินิจของสูติ-นรีแพทย์

(4) แนวทางการให้ Dexamethasone กรณี GA 24^{0/7} – 33^{6/7} wk.

- ให้แบบ single course ในกรณีที่คาดว่าจะคลอดภายใน 7 วัน และอาจให้ซ้ำได้อีก 1 course โดยให้เป็น Rescue course ในกรณีที่ได้รับ dexamethasone มานานเกิน 7 วัน และมีแนวโน้มจะคลอดในระยะเวลาอันใกล้ เช่น ภายใน 48 ชั่วโมง
- Single repeat course ในกรณีที่มีความเสี่ยงที่จะคลอดภายใน 7 วัน และได้รับ dexamethasone มาก่อนหน้านี้นานเกิน 14 วัน และ อายุครรภ์ยังคงไม่เกิน 34 สัปดาห์
- แพทย์ GP สามารถบริหารยาเบื้องต้นได้ก่อน refer
- สามารถโทรปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ได้ 24 ชม.

(5) แนวทางการให้ Dexamethasone กรณี GA 34^{0/7} – 36^{6/7} wk.

- ให้ยา dexamethasone แบบ single course หากไม่เคยได้มาก่อน และมีโอกาสคลอดสูงภายใน 7 วัน และ อายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์
- โดยไม่ต้องให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกเพื่อรอให้ยา dexamethasone ครบ
- โอกาสสูงที่จะคลอดภายใน 7 วัน เช่น ปากมดลูกเปิดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร บางตัวมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 ถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือมีข้อบ่งชี้ให้คลอด

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 13/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 175 ส.ค. 2568

- ให้คำแนะนำแก่มารดา และครอบครัวด้านความเสี่ยงต่อทารก ได้แก่ neonatal hypoglycemia, neurodevelopmental outcomes เป็นต้น และเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างสตรีตั้งครรภ์และทีมรักษา
- อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด pregestational DM หรือ poor control DM เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิด neonatal hypoglycemia มากกว่าปกติ และไม่แนะนำให้ในรายที่มี chorioamnionitis
- แพทย์ GP สามารถบริหารยาเบื้องต้นได้ก่อน refer
- สามารถโทรปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ได้ 24 ชม.
การบริหารยา มีดังนี้
 - Betamethasone ขนาด 12 mg. IM q 24 hr. x 2 doses
 - Dexamethasone ขนาด 5-6 mg. IM q 12 hr. x 4 doses หรือ 12 mg. IM q 24 hr. x 2 doses

(6) แนวทางการคลอดปลอดภัย ดังนี้

- Consult / notify team: pediatrics, obstetrics. (anesthesia, medicine เมื่อมีข้อบ่งชี้)
- Intrauterine refer ตามแนวทางข้อ 10
- แพทย์ GP สามารถบริหารยา neuroprotection, GBS prophylaxis ได้
- ระมัดระวัง birth asphyxia, birth trauma และ intraventricular hemorrhage
- ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ
- Cesarean section เมื่อมี obstetric indication
- แนะนำให้ทำการตัดสายสะดือช้า (delayed cord clamping) โดยรอประมาณ 30 วินาที ถึง 3 นาที โดยตำแหน่งทารกควรอยู่ต่ำกว่าระดับรก
- ยกเว้นกรณีทารกต้องการความรีบด่วนในการกู้ชีพ อาจใช้วิธีการรัดสายสะดือ (umbilical cord milking)
- การดูแลหลังคลอด ให้การดูแลทารกในความดูแลของกุมารแพทย์อย่างใกล้ชิด และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ โดยพิจารณาเป็นราย ๆ ไป ขึ้นกับสภาวะ และน้ำหนักของทารกแรกเกิด

(7) **Fail inhibit:** หมายถึง มดลูกหดตัวถี่ขึ้น และการดำเนินการคลอดเข้าสู่ active phase หรือปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 cm. และ effacement >80 % หรือ มีผลข้างเคียงจากยา tocolysis ที่รุนแรงจนไม่สามารถให้ยาต่อได้

(8) แนวทางการให้ยาป้องกันระบบประสาทของทารกในครรภ์ (neuroprotection)

- ในอายุครรภ์ < 32 wk. ที่มีแนวโน้มจะคลอดในเวลาอันใกล้ เช่น มดลูกหดตัวถี่ร่วมกับปากมดลูกเปิดมากกว่า หรือเท่ากับ 4 cm. โดยอาจมีถุงน้ำคร่ำแตกร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้
- พิจารณาให้ยา magnesium sulfate (MgSO₄) ก่อนคลอดแล้ว ให้หยุด tocolytic agent เนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้แล้ว และจะต้องระวังภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจาก magnesium sulfate เสริมฤทธิ์กับ tocolytic agent
- ขนาดยาให้ MgSO₄ 4 gm. IV drip กว่า 20-30 นาที (loading dose) ตามด้วย 1 gm/hr. (maintenance dose) จนกว่าจะคลอดหรือไม่เกิน 24 ชั่วโมง



- ขณะให้ยา observe toxicity of $MgSO_4$ ได้แก่ serum Mg, present deep tendon reflex, urine output ต้อง ≥ 25 cc/hr. , V/S, RR ≥ 16 /min. (ใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังแบบเดียวกับการให้ยาใน pre-eclampsia with severe feature แต่ให้ maintenance dose 1 gm./hr. เท่านั้น และปรับตาม serum creatinine และ Mg level)
- ในกรณีที่มียาพิษสวามะน้อย หรือ มีภาวะไตวาย หรือมีอาการ magnesium toxicity ให้พิจารณาหยุดยา
- Contraindication for $MgSO_4$: 1) maternal myasthenia gravis, 2) ผู้ป่วยโรคหัวใจ หรือ EKG ผิดปกติ 3) ผู้ป่วยโรคไต หรือ Creatinine > 2 , 4) ผู้ป่วยที่ดื้อยาในกลุ่ม Calcium channel blocker (Nifedipine)
- แพทย์ GP สามารถบริหารยา neuroprotection, GBS prophylaxis ได้
- สามารถโทรปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ได้ 24 ชม.

(9) GBS prophylaxis : สำหรับป้องกัน GBS ในทารกแรกเกิด ดังนี้

- Ampicillin 2 gm. IV ตามด้วย 1 gm. IV ทุก 4 ชม.จนคลอด จนกว่าจะคลอด
- กรณีแพ้ penicillin แบบ high risk ให้ Clindamycin-susceptible GBS: clindamycin ขนาด 900 mg. IV q 8 hr. จนกว่าจะคลอด
- ไม่แนะนำให้ Augmentin
- แพทย์ GP สามารถบริหารยา neuroprotection, GBS prophylaxis ได้
- สามารถโทรปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ได้ 24 ชม.

(10) เกณฑ์การ refer กรณี fail inhibit มีดังนี้

- หากการยับยั้งการตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ ได้แก่ ปากมดลูกเปิดเพิ่มขึ้นหรือ ใช้น้ำยายับยั้งการเจ็บครรภ์ปริมาณมาก ให้ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย
- รพช.ที่ไม่มีสูติแพทย์ให้ส่งต่อ หรือประสานการยับยั้งการตั้งครรภ์ รพช.แม่ข่าย/รพศ. โดยพิจารณาตามความเห็นของสูติแพทย์
- แพทย์ GP สามารถบริหารยา nifedipine, neuroprotection, GBS prophylaxis ได้
- สามารถโทรปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ได้ 24 ชม.
- ศักยภาพของโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตสุขภาพที่ 8 ในการรองรับการคลอดโดยมีรายละเอียดน้ำหนักทารก ดังนี้

▶ ทำคลอดทารกน้ำหนัก ≥ 500 กรัม ได้แก่ รพ.อุดรธานี, รพ.เลย, รพ.หนองคาย, รพ.หนองบัวลำภู, รพ.สกลนคร

▶ ทำคลอดทารกน้ำหนัก > 800 กรัม ได้แก่ รพ.บึงกาฬ, รพ.นครพนม, รพ.สว่างแดนดิน, รพ.วานรนิวาส

▶ ทำคลอดทารกน้ำหนัก $> 1,500$ กรัม ได้แก่ รพ.กุมภวาปี, รพ.บ้านดุง, รพ.ท่าบ่อ, รพ.อากาศอำนวย, รพ.พังโคน

▶ ทำคลอดทารกน้ำหนัก $> 1,800$ กรัม ได้แก่ รพ.เพ็ญ, รพ.บ้านผือ, รพ.หนองหาน, รพ.ด่านซ้าย, รพ.วังสะพุง, รพ.ศรีบุญเรือง, รพ.เซกา, รพ.โพนพิสัย, รพ.ธาตุพนม, รพ.ศรีสงคราม

หมายเหตุ : 1. รพ.นากลาง กรณีคลอดก่อนกำหนด Refer ไป รพ.หนองบัวลำภู เนื่องจากไม่มีกุมารแพทย์
2. รพช.ในจังหวัดนครพนมหากกรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ พิจารณา Refer ไป รพ.นครพนม

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 15/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ต.ค. 2568

(11) การยับยั้งการคลอดสำเร็จ (success inhibit labor) หมายถึง หลังจากได้ tocolysis มารดา และทารกในครรภ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนต้องหยุดยา และการหดตัวของมดลูกห่างออก และ interval มากกว่า 10 นาที ควรให้ยายับยั้งต่อจนครบ 24 ชม.

ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก (tocolysis) ในอายุครรภ์ 24^{0/7} – 33^{6/7} สัปดาห์

1) First line tocolysis คือ กลุ่ม calcium channel blockers:

nifedipine (Adalat®) แนะนำให้ใช้เป็นยาตัวแรก ยกเว้นมีข้อห้าม

รูปแบบ	ยาเม็ดขนาด 10 mg./tab
วิธีบริหารยา	รับประทานโดยการกลืน (การเคี้ยว บด หรือทำให้ยาแตก อาจส่งผลต่อ ประสิทธิภาพ ความคงตัวของยา)
Loading dose	- 10 mg. PO. stat. - หากมดลูกยังหดตัว ให้อีก 10 mg. q 15 นาที ให้ได้สูงสุดจำนวน 4 ครั้ง หรือ - 10-20 mg. stat. - หากมดลูกยังหดตัว ให้อีก 20 mg. q 30 นาที ให้ได้สูงสุดจำนวน 3 ครั้ง
Maintenance dose	- control release 60-160 mg./day หรือ 20 - 40 mg. q 6-8 ชั่วโมง โดยขนาดยา สูงสุดไม่เกิน 160 mg./day - สามารถคงขนาดของยาที่ใช้สักระยะ เมื่อการหดตัวของมดลูกเริ่มหายไป - กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของยา ให้หยุดยา หรือ ลดขนาดของยาลง หรือ เปลี่ยน ชนิดของยา - การพิจารณาหยุดให้ยาขึ้นกับ อายุครรภ์, การได้รับยา dexamethasone, อาการ ช่างเคียง และศักยภาพของโรงพยาบาล โดยทั่วไปไม่ควรให้ เกิน 7 วัน
อาการไม่พึงประสงค์	- Transient hypotension - Transient tachycardia - Transient fetal hypoxia จากการที่มี maternal hypotension - Flushing - Headache, dizziness, Nausea
การเฝ้าระวังระหว่างให้ ยา	- V/S q 1 hr. ในระยะแรก - หลังจากนั้นหาก V/S stable ให้วัดห่างออกได้ แต่ต้องไม่น้อยเกิน 4 ชั่วโมง - Notify if systolic BP < 100 mmHg, PR > 100/min, BT > 37.5° C - Observe FHR and UC - ถ้า NST reactive ให้บันทึก FHR ต่อไป q 1 ชั่วโมง ในระยะแรก - หลังจากนั้น ห่างออกไม่เกินทุก 6 ชั่วโมง เป็น เวลา 48 ชั่วโมง
Toxicity เมื่อได้ยาเกิน ขนาด	- Hypotension - Tachycardia - Metabolic acidosis - Cardiogenic shock with pulmonary edema - alteration of conscious - hyperglycemia - hypoxia



โรงพยาบาลอุดรธานี
Udon Thani Hospital

แนวทางปฏิบัติ

เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนด

(preterm labor prevention and treatment)

หน้า 16/24

รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01

แก้ไขครั้งที่ : 01

วันที่แก้ไข : 11/5 พ.ค. 2560

Second-line tocolysis คือ beta-adrenergic receptor agonist

ยา terbutaline หรือ salbutamol เฉพาะในรูปแบบฉีด (injectable form) ใช้ในการยับยั้งการหดตัวของมดลูก แนะนำให้ใช้ในคนไข้ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น และ ไม่ควรให้นานกว่า 48-72 ชั่วโมง ในปัจจุบัน National Institute for Health and Care Excellence (NICE) และ World Health Organization (WHO) ไม่แนะนำให้ใช้เนื่องจากอาจมีผลข้างเคียงที่รุนแรงต่อมารดาและทารกในครรภ์ แต่อาจพิจารณาใช้เฉพาะในระยะเวลาสั้น ๆ หรือ ในกรณีเร่งด่วน เช่น ใช้แก้ไขภาวะ uterine tachysystole, prolapsed cord เป็นต้น

การบริหารยา มี 2 วิธี ดังนี้

2.1 รูปแบบ IV drip

รูปแบบ IV drip	Terbutaline (Bricanyl®) ampule (0.5 mg./ml. หรือ 500 µg./ml.)
วิธีบริหารยา	Continuous intravenous infusion การบริหารยาควรใช้เครื่องcontrolled infusion เพื่อควบคุมขนาดยาและปริมาณสารละลาย
ขนาดยาเริ่มต้น	ผสม Bricanyl® 5 ampules (เท่ากับ 2,500 µg.) ใน 5% D/W หรือ 0.9% NSS 500 ml. IV drip 2.5-5 µg./min (7.5-15 drops/min)
หากมดลูกยังหดตัวหลังให้ยาแล้ว 30 นาที	ปรับยาขึ้นครั้งละ 2.5-5 µg./min (7.5-15 drops/min) q 20-30 min. จนถึงขนาดสูงสุด 25 µg./min (75 drops/min.) หรือ มดลูกไม่มีการหดตัว
หากมดลูกไม่มีการหดตัวแล้ว	- ให้อ่อน ๆ ลดขนาดยาลงครั้งละ 2.5-5 µg./min - จนถึงขนาดยาดำสุดที่สามารถทำให้มดลูกไม่มีการหดตัว - การพิจารณาหยุดให้ยาขึ้นกับอายุครรภ์ การได้รับ dexamethasone เพื่อกระตุ้นปอดทารก และศักยภาพของโรงพยาบาล - โดยทั่วไปไม่ควรให้นานเกิน 48-72 ชั่วโมง - FDA มีคำเตือนให้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงกับประโยชน์หากจะใช้ยาในกลุ่มนี้นานเกินกว่า 48-72 ชั่วโมง
หากพบว่า - ชีพจรแม่ > 120 /min - หรือ arrhythmia. - หรือ FHR > 180 /min	ให้หยุดยา หรือ ปรับลดอัตราการให้ยาลงจนกระทั่ง maternal HR หรือ FHR ลดลงต่ำกว่าระดับดังกล่าว
อาการไม่พึงประสงค์	- Tremor, anxiety, nervousness, sweating, Headache - Palpitation, arrhythmia, tachycardia - Myocardial ischemia, dyspnea, pulmonary edema - Muscle cramp, hypokalemia - Hyperglycemia

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 17/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 11 5 ค.ค. 2568

รูปแบบ IV drip	Terbutaline (Bricanyl®) ampule (0.5 mg./ml. หรือ 500 µg./ml.)
การเฝ้าระวังระหว่างให้ยา	- V/S และทุกครั้งหลังเพิ่มยา - หาก V/S stable ให้วัดทางออกได้ แต่ต้องไม่น้อยเกินกว่า 4 ชั่วโมง - fluid intake/output, urine output - observe dyspnea, chest pain, tachycardia - FHR q 1 ชั่วโมง ทุกครั้งหลังเพิ่มยา - หาก stable observe FHR ทางออกไม่เกิน ทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 48 ชั่วโมง - observe UC, NST
Contraindication for beta-mimetic drugs.	- Maternal heart disease - maternal HR > 120 /min. - Maternal hemorrhage or hypovolemia - Poorly controlled hyperthyroidism - Poorly controlled diabetes mellitus

2.2 รูปแบบ subcutaneous injection

รูปแบบ subcutaneous injection.	Terbutaline (Bricanyl®) ampule (0.5 mg./ml. หรือ 500 µg./ml.)
วิธีบริหารยา	Intermittent subcutaneous injection
ขนาดยาเริ่มต้น	0.25 mg. หรือ 250 µg. (0.5 ml.) ฉีดใต้ผิวหนัง
หากมดลูกยังหดตัวหลังให้ยาแล้ว 30 นาที	- ฉีดซ้ำในขนาด 0.25 mg. q 20-30 min. จนถึง 4 ครั้ง - หรือ จนไม่มีการหดตัวของมดลูก
หากมดลูกไม่มีการหดตัวแล้ว	- ฉีดยาในขนาด 0.25 mg. ห่างออก q 3-4 hr. - จนกระทั่งไม่มีการหดตัวของมดลูก เป็นเวลา 24 ชั่วโมง
หากพบว่า - ชีพจรแม่ > 120 /min - หรือ arrhythmia. - หรือ FHR > 180 /min	ให้หยุดยา หรือ ปรับลดอัตราการให้ยาลงจนกระทั่ง maternal HR หรือ FHR ลดลงต่ำกว่าระดับดังกล่าว
อาการไม่พึงประสงค์	- Tremor, anxiety, nervousness, sweating, Headache - Palpitation, arrhythmia, tachycardia - Myocardial ischemia, dyspnea, pulmonary edema - Muscle cramp, hypokalemia - Hyperglycemia
การเฝ้าระวังระหว่างให้ยา	- V/S และทุกครั้งหลังเพิ่มยา - หาก V/S stable ให้วัดทางออกได้ แต่ต้องไม่น้อยเกินกว่า 4 ชั่วโมง - fluid intake/output, urine output

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 18/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 175 ค.ค. 2568

	- observe dyspnea, chest pain, tachycardia - FHR q 1 ชั่วโมง ทุกครั้งหลังเพิ่มยา - หาก stable observe FHR ห่างออกไม่เกิน ทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 48 ชั่วโมง - observe UC, NST
Contraindication for beta-mimetic drugs.	- Maternal heart disease - maternal HR > 120 /min - Maternal hemorrhage or hypovolemia - Poorly controlled hyperthyroidism - Poorly controlled diabetes mellitus

ข้อควรระวังในการให้ tocolysis

- ควรระมัดระวังการใช้ beta-adrenergic receptor agonists หรือ calcium channel blockers ร่วมกับ magnesium sulfate
- ระยะเวลาของการให้ tocolysis ไม่ควรเกิน 48-72 ชั่วโมง
- ในกรณีที่ยังคงมีการหดตัวของมดลูกแม้ว่าจะให้ tocolysis แล้ว ควรประเมินซ้ำ และหากพบว่าปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 cm. ให้หยุดให้ tocolysis
- ในราย PPRM ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ไม่มี chorioamnionitis และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น การให้ tocolysis อาจมีประโยชน์ในการช่วยยืดอายุครรภ์ไป 48 ชั่วโมงเพื่อบริการ corticosteroids ออกฤทธิ์เต็มที่ หรือเพื่อให้มีเวลาในการส่งตัวสตรีตั้งครรภ์ไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ
- ไม่แนะนำการให้ maintenance tocolysis ชนิดรับประทานต่อระยะยาว หลังจาก สามารถยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้แล้ว เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึง ประโยชน์ในการป้องกัน preterm birth หรือช่วยเพิ่ม neonatal outcome ให้ดีขึ้น
- แพทย์ GP สามารถบริหารยา nifedipine, neuroprotection, GBS prophylaxis ได้
- สามารถโทรปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ได้ 24 ชม.



โรงพยาบาลอุดรธานี
Udon Thani Hospital

แนวทางปฏิบัติ

เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนด
(preterm labor prevention and treatment)

หน้า 19/24

รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01

แก้ไขครั้งที่ : 01

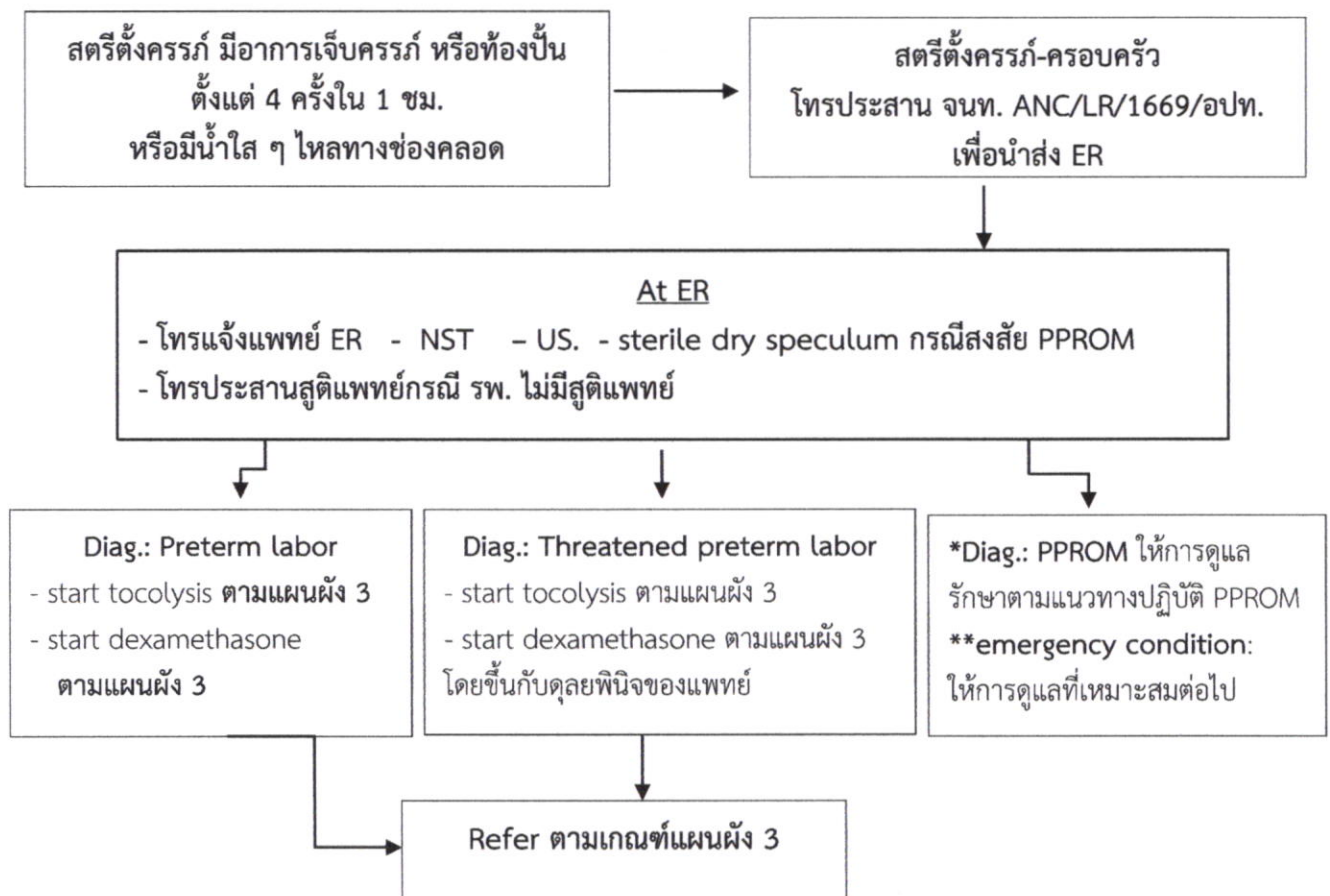
วันที่แก้ไข : 15 ส.ค. 2568

แผนผัง 4 Preterm labor fast track

Preterm labor fast track หมายถึง แนวทางการวินิจฉัย preterm labor, threatened preterm labor และ PPROM ที่รวดเร็ว เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาถูกต้อง รวดเร็ว และได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม ตามศักยภาพ โดยมีเป้าหมายดังนี้

- สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ได้รับคำแนะนำเรื่อง warning signs of preterm labor and PPROM.
- สตรีตั้งครรภ์ทราบแนวทางการปรึกษาทีมแพทย์-พยาบาล-อสม.ได้ทันที เช่น ระบบโทรศัพท์, line 1669 หรือ อปท.
- สตรีตั้งครรภ์มาพบแพทย์เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 2 ซม.
- สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำคร่ำรั่วก่อนการเจ็บครรภ์ (PPROM) มาพบแพทย์ภายใน 2 ชม.
- รพช. และ รพท. สามารถส่งต่อได้เหมาะสมตามศักยภาพ โดยสามารถโทรปรึกษาสูติแพทย์ได้ 24 ชม. และสามารถเริ่มให้ยาได้ตามคำแนะนำของสูติแพทย์
- สตรีตั้งครรภ์มาที่ ER ได้รับการตรวจ NST, US ที่ ER และประเมินภาวะ prolapsed cord, fetal distress, abruptio placenta หรือ emergency condition ที่ ER
- กรณีที่ไม่มี emergency condition หรือข้อห้ามการ inhibit labor สามารถย้ายผู้ป่วยมาที่ preterm unit และให้หาคูดูแลรักษาที่เหมาะสม
- สามารถยับยั้งการคลอดได้อย่างน้อย 48 ชม.
- สตรีตั้งครรภ์ได้รับ dexamethasone ครบ
- อัตราการ readmit จาก preterm labor ลดลง

Preterm fast-track flow



 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 20/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ต.ค. 2568

7. เอกสารอ้างอิง :

7.1 แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด RCOG Clinical Practice Guideline Management of Preterm Labor and Preterm Prelabour Rupture of Membranes เอกสารหมายเลข OB 67-035 (ใช้แทนเอกสารหมายเลข OB 66-033) จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567 วันที่อนุมัติต้นฉบับ 19 กรกฎาคม 2567

7.2 รูปแบบการจัดบริการคลินิกป้องกันการคลอดก่อนกำหนด Preterm corner model จัดทำโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2567

7.3 แนวทางปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2566 จัดทำโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

8. ตัวชี้วัด : ไม่มี

9. ภาคผนวก :

Template การเก็บข้อมูลการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth)

KPI	การคลอดก่อนกำหนด preterm birth
หน่วยวัด	ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด
Definition.	- อายุครรภ์ คำนวณจาก - กรณี LMP แน่นนอน ตรงกับ US ให้ใช้ GA-EDC จาก LMP - กรณี LMP ไม่แน่นนอน ไม่สอดคล้องกับ US เกินเกณฑ์ ให้ใช้ GA-EDC จาก US-CRL ถ้าไม่มี US-CRL ให้ใช้ BPD-AC-FL ที่ตรวจ early ที่สุด - กรณีไม่เคย ANC ไม่สามารถประเมิน GA ได้ ให้ใช้ Ballard score - การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) หมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} – 36^{6/7} สัปดาห์ หรือ 259 วัน นับจาก LMP (ในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นนอนให้ใช้น้ำหนักทารก ตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไปเป็นเกณฑ์) - Early preterm birth หมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} - 33^{6/7} สัปดาห์ - Late preterm birth หมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 34^{0/7} - 36^{6/7} สัปดาห์ - การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) หมายถึง การเจ็บครรภ์ที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ (4 ครั้ง ใน 20 นาที หรือ 8 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง) ร่วมกับการบางตัวลง (effacement $\geq$ 80 %) และ/หรือ การเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น (หรือปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 2 ซม.) ตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} – 36^{6/7} สัปดาห์ (ในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นนอนให้ใช้น้ำหนักทารกตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไปเป็นเกณฑ์) - การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม (Threatened preterm labor) หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยที่ปากมดลูกไม่มีการเปิดและไม่มีน้ำคร่ำรั่ว ตั้งแต่อายุครรภ์ 20^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36^{6/7} สัปดาห์

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 21/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ต.ค. 2568

KPI	การคลอดก่อนกำหนด preterm birth
หน่วยวัด	ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด
	7. Spontaneous preterm birth หมายถึง การคลอดก่อนกำหนดจากสาเหตุต่อไปนี้ คือ preterm labor, preterm spontaneous rupture of membranes และ cervical insufficiency โดยไม่มีข้อบ่งชี้อื่นๆ ในการยุติการตั้งครรภ์เช่น จากโรคของมารดาหรือทารก (maternal and fetal condition) 8. ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (preterm prolabor rupture of membranes) หมายถึง ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนการเจ็บครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36^{6/7} สัปดาห์ 9. ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด หมายถึง เคยมีการคลอดทารกก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง จากภาวะเจ็บครรภ์คลอด (preterm labor) หรือมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด (PPROM) หรือ ปากมดลูก เปิดโดยไม่มีการเจ็บครรภ์นำมาก่อน (cervical insufficiency) และต้องไม่มีสาเหตุอื่น เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ อุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาหรือทารกที่เป็นเหตุให้ต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนด
สาเหตุ	สาเหตุของ preterm birth ได้แก่ 1. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเอง (Spontaneous unexplained preterm labor with intact membrane) (40-45%) โดยไม่ทราบสาเหตุ หรือ idiopathic preterm 2. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามหลังการแตกของถุงน้ำคร่ำ (idiopathic preterm premature rupture of membranes: PPRM) (30-35%) 3. การคลอดก่อนกำหนดโดยความตั้งใจชักนำคลอดเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ (delivery for maternal or fetal indications) (30-35%) เช่น pre-eclampsia with severe feature, abruptio placenta, placenta previa, PAS, fetal distress, FGR, chorioamnionitis 4. ครรภ์แฝด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรเกิดมีชีพในโรงพยาบาล ทุกสิทธิ์การรักษาพยาบาล)
เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 7
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของโรงพยาบาล 43 แฟ้มและบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ก 2 จาก โรงพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	A = preterm birth จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรเกิดมีชีพ ในช่วงอายุครรภ์ 24 ^{0/7} – 36 ^{6/7} สัปดาห์ หรือ 259 วันนับจาก LMP (ในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ใช้น้ำหนักทารกตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไปเป็นเกณฑ์) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = livebirths จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรเกิดมีชีพทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 3	C (Early preterm birth)

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 22/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ส.ค. 2568

KPI	การคลอดก่อนกำหนด preterm birth
หน่วยวัด	ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด
	= จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรเกิดมีชีพ ในช่วงอายุครรภ์ 24 ^{0/7} - 33 ^{6/7} สัปดาห์ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D (Late preterm birth) = จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรเกิดมีชีพ ในช่วงอายุครรภ์ 34 ^{0/7} - 36 ^{6/7} สัปดาห์ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 5	E (สาเหตุ preterm birth จาก Spontaneous preterm birth) = จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรเกิดมีชีพ คลอดก่อนกำหนดจากสาเหตุ spontaneous preterm labor เท่านั้น โดยไม่มีสาเหตุมาจาก PPRM, cervical incompetence และ ข้อบ่งชี้อื่นๆ ในการยุติการตั้งครรภ์ เช่น จากโรคของมารดาหรือทารก (maternal and fetal condition)
รายการข้อมูล 6	F (สาเหตุ preterm birth จากภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (preterm prolabor rupture of membranes) = จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรเกิดมีชีพ คลอดก่อนกำหนด และมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนการเจ็บครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36 ^{6/7} สัปดาห์
รายการข้อมูล 7	G (สาเหตุ preterm birth จากการคลอดก่อนกำหนด โดยความตั้งใจชักนำคลอดเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ ด้านสุขภาพมารดา หรือทารก) = จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรเกิดมีชีพ คลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36 ^{6/7} สัปดาห์ ที่ไม่ใช่สาเหตุจาก spontaneous preterm birth หรือ PPRM แต่มีความจำเป็นต้องให้คลอดด้วยสาเหตุด้านมารดา หรือทารก เช่น placenta previa with bleeding, abruptio placenta, fetal distress, pre-eclampsia with severe feature, eclampsia เป็นต้น
รายการข้อมูล 8	H (สาเหตุ preterm birth จาก multiple pregnancy) = จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่คลอดบุตรเกิดมีชีพ คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 20 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36 ^{6/7} สัปดาห์ ที่มีสาเหตุมาจาก multiple pregnancy with preterm labor
รายการข้อมูล 9	I (KPI ด้านการเข้าถึงบริการ) = จำนวนมารดาที่มี spontaneous preterm labor ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 33 ^{6/7} สัปดาห์ ที่มาพบแพทย์เมื่อปากมดลูกเปิด < 2 cm.
รายการข้อมูล 10	J (KPI ด้านการเข้าถึงบริการ) = จำนวนมารดาที่มี spontaneous preterm labor ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 33 ^{6/7} สัปดาห์ สามารถยับยั้งการคลอดได้อย่างน้อย 48 ชม.
รายการข้อมูล 11	K (KPI ด้านการรักษา) = จำนวนมารดาที่มี spontaneous preterm labor ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 33 ^{6/7} สัปดาห์ และได้ dexamethasone ครบ
รายการข้อมูล 12	L (KPI ด้านการรักษา) = จำนวนมารดาที่มี spontaneous preterm labor หรือ PPRM ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7}

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 23/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ต.ค. 2562

KPI	การคลอดก่อนกำหนด preterm birth
หน่วยวัด	ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด
	สัปดาห์ ถึง 36 ^{6/7} สัปดาห์ หรือ PROM > 18 ชม. และ ได้ GBS prophylaxis ก่อนคลอด
รายการข้อมูล 13	M (KPI ด้านการรักษา) = จำนวนมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดมีชีพตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 31 ^{6/7} สัปดาห์ และ ได้รับ neuroprotection ก่อนคลอด 24 ชม.
รายการข้อมูล 14	N (KPI ด้านการรักษา) = จำนวนมารดาที่มี PPROM ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 33 ^{6/7} สัปดาห์ และได้ antibiotic for prolonged latency period
รายการข้อมูล 15	O (KPI ด้านการเข้าถึงบริการ) = จำนวนมารดาที่มี PPROM ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36 ^{6/7} สัปดาห์ และมา รพ. เร็ว ภายใน 2 ชม.
รายการข้อมูล 16	P (KPI ด้าน health education) = จำนวนมารดาที่มี spontaneous preterm labor หรือ PPROM ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36 ^{6/7} สัปดาห์ ที่ได้รับคำแนะนำ warning signs (uterine contraction / PROM)
กำหนดเกณฑ์รับส่ง - ต่อดตามศักยภาพ -	
รพสต.	- Health literacy ในการดูแลตนเองลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยง เช่น งดยกของหนัก งดการทำงานหนัก หยุดใช้สารเสพติด การป้องกัน UTI, warning signs (PROM, threatened preterm labor) อาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น ท้องป่น ตั้งแต่ 4 ครั้งใน 1 ชม., หนองท้อง, ปวดหลัง, น้ำเดิน, มีมูกเลือด - คัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะ preterm birth ได้แก่ ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด - การกำหนด MOU-EDC - กรณีเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้โทรติดต่อประสานการส่งต่อโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และ ส่งต่อสตรีตั้งครรภ์โดยใช้ระบบ EMS-1669 - การติดตามดูแลต่อเนื่อง (COC)
โรงพยาบาลระดับ A, S+, S หรือ แพทย์ GP หรือ สูติ-นรีแพทย์	- สามารถให้ Health literacy, คัดกรองความเสี่ยง, US confirm GA ได้ - วินิจฉัย preterm labor, threatened preterm labor ได้ - Intrauterine refer ตามศักยภาพ และข้อตกลงในเขต หรือ ในจังหวัด - ก่อน refer สามารถบริหารยา nifedipine, GBS-prophylaxis, neuroprotection และการดูแลเบื้องต้นได้ - ระบบ Consultation 24 hour.(สูติ-นรีแพทย์, กุมารแพทย์) - ระบบ refer link
โรงพยาบาล P+, P, A+	- มีระบบ Refer link. - ระบบ Consultation 24 hour.(สูติ-นรีแพทย์, กุมารแพทย์) - การเตรียมพร้อม NICU
เครื่องมือ	- แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด RCTOG Clinical Practice Guideline

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การป้องกัน และดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention and treatment)	หน้า 24/24
		รหัสเอกสาร : PG-PCT-OBS-044-01 แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่แก้ไข : 15 ต.ค. 2568

KPI	การคลอดก่อนกำหนด preterm birth
หน่วยวัด	ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด
	Management of Preterm Labor and Preterm Prolabor Rupture of Membranes. - แนวทางการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด - แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth prevention) - แนวทางการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor prevention) - Checklist preterm birth risks and summary risk screening - Fast track preterm