

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิด
ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
Factors affected to Birth Asphyxia in Nakornping Hospital,
Chiang Mai Province

นางเยาว์ สุวรรณกันทา พ.บ. ว.ว.

Nongyao Suwankanta

M.D.

สูตินรีเวชวิทยา Dip Thai Board Obstetric & Gynecology,
โรงพยาบาลนครพิงค์ Nakornping Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิดในโรงพยาบาล นครพิงค์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ที่คลอดบุตรมี Apgar score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 จำนวน 84 ราย และสุ่มอย่างง่ายแบบมีระบบ ในมารดาที่คลอดบุตรมี Apgar score มากกว่า 7 จำนวน 168 ราย รวมทั้งหมด 252 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงทางมารดา การคลอดและทารก ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วยคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Fisher's Exact Test ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในการกปรกกำเนิด คิดเป็น 54.79 รายต่อหนึ่งพันทารกคลอดมีชีพ ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิด การได้รับยาระงับปวด การคลอดที่ส่วนนำไม่ใช่ศีรษะ ภาวะทารกติดไหล่ ภาวะสายสะดือถูกกด ทารกอยู่ในภาวะเครียด มีภาวะความดันโลหิตสูง ทารกเพศชาย ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกแฝดสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : ภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิด ทารกปรกกำเนิด คะแนนแอฟการ์ คลอดก่อนกำหนด คลอดครบกำหนด คลอดเกินกำหนด ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกอยู่ในภาวะเครียด

Abstract

This research is retrospective analysis aimed to investigate the incidence of Birth asphyxia and the factors that affected to asphyxia in newborn. Collected data of mother who were born baby that APGAR score at 1 minuted ≤ 7 , 84 cases and APGAR score > 7 , 168 cases, totally 252 cases. The data was concerned about demographical data and the Birth asphyxia factor such as mother, labor and newborn between January 1st to June 30th, 2013. The data analyses performed number, percentage and Fisher's Exact Test. The results showed that the incidence of Birth asphyxia 54.79/1000 of newborn. Maternal hypertension, sedation, non-vertex delivery, shoulder dystocia, Umbilical cord compression, fetal distress, male newborn, preterm labor and twin is significant to Birth Asphyxia.

Keywords : Birth Asphyxia, Newborn, APGAR score, Preterm, Term, Postterm, Intrauterine growth retardation (IUGR), Fetal distress

บทนำ

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกปรีกำเนิดยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารก ซึ่งอาจจะเกิดได้กับทารกในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและระยะหลังคลอด ส่วนใหญ่มักจะเกิดในช่วงก่อนคลอดและขณะคลอด (Agata Y. *et al.*, 1995) ภาวะขาดออกซิเจนในทารกปรีกำเนิด หมายถึงภาวะที่มีการลดลงของการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในระบบทางเดินหายใจของทารก ส่งผลให้เกิดความเป็นกรด (acidosis) เกิดความผิดปกติของระบบประสาทเช่น ชัก ซึมลง แขนขาอ่อนแรง ความผิดปกติของระบบหัวใจ ทางเดินอาหาร ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ ตับ ไตทำงานผิดปกติและอาจทำให้ทารกเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้น หรือส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในระยะยาวไปตลอดชีวิต (Cunningham *et al.*, 2010) ซึ่งการขาดออกซิเจนในทารกปรีกำเนิดเกิดได้จากหลายสาเหตุได้แก่ สาเหตุจากมารดา สาเหตุจากการคลอด และสาเหตุจากทารก (เยื่อนันตินันท์, 2551)

แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ตัวชี้วัดและเป้าหมายงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กตั้งเป้าหมายให้การขาดออกซิเจนของทารกปรีกำเนิดไม่เกิน 30 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10, 2550) ในโรงพยาบาล นครพิงค์พบการขาดออกซิเจนของทารกปรีกำเนิด มากกว่า 50 ต่อพันทารกเกิดมีชีพต่อเนื่องหลายปี (แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. 2557) อุบัติการณ์สูงกว่าเกณฑ์ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกปรีกำเนิดจึงยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งหาทางแก้ไข โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกปรีกำเนิด โดยทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาและทารกที่คลอดในโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2556 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ทารกแรกคลอดที่มี APGAR Score ที่ 1 นาทีก่อนหรือเท่ากับ 7 ซึ่งองค์การอนามัยโลก

(World Health Organization, 1993) แบ่งภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็น 2 ระดับ คือ แบบรุนแรงคือมี APGAR Score ที่ 1 นาทีก่อนหรือเท่ากับ 0-3 แบบ ปานกลางหรือเล็กน้อย คือมี APGAR Score ที่ 1 นาทีก่อนหรือเท่ากับ 4-7 และกลุ่มควบคุมคือทารกแรกคลอดที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน โดยมี APGAR Score ที่ 1 นาทีก่อนหรือเท่ากับ 8-10 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (Cochran, 1953)

$$n = Z^2PQ/d^2$$

$$Z = 1.96$$

$P =$ สัดส่วนที่รายงานไว้ = 0.058 (อัตรา
การเกิดภาวะขาดออกซิเจนทารก ปรีกำเนิด ปี 2555 คือ
58 ต่อพันการคลอดมีชีพ)

$$Q = 1-P$$

$$d = 0.05$$

$$\text{แทนค่า } n = 84$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย กลุ่มควบคุม 168 ราย
รวมเป็น 252 ราย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytical research) จากข้อมูลในเวชระเบียนมารดาคลอด เลือกลุ่มตัวอย่างทุกรายจำนวน 84 ราย และกลุ่มทารกปกติสุ่มแบบมีระบบจำนวน 168 ราย เก็บข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เชื้อชาติ การตั้งครรภ์ครั้งที่ อายุครรภ์ ความเข้มข้นเลือด วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด การเจ็บป่วยของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การตกเลือดก่อนคลอด ไข้ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงการคลอด ปัญหาหดร่อคลอด และปัญหาทารกหลังคลอด แบ่งระดับความรุนแรงภาวะรุนแรงมากคะแนนแอปการ์ที่ 1 นาทีก่อน น้อยกว่า 3 แบบปานกลางหรือเล็กน้อยคะแนนแอปการ์ที่ 1 นาทีก่อนหรือเท่ากับ 4-7 และกลุ่มปกติคะแนนแอปการ์ที่ 1 นาทีก่อนหรือเท่ากับ 8-10

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่
จำนวน ร้อยละ

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) เปรียบ
เทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติได้แก่ Fisher's Exact test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
อยู่ในกลุ่มอายุ 21-34 ปี ร้อยละ 71 รองลงมาคืออายุ

มากกว่า 35 ปีและอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 15.5 และ
13.5 ตามลำดับ ส่วนมากมีเชื้อชาติไทยร้อยละ 65.5
เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์
ครบกำหนด ร้อยละ 78.2 มารดามีความเข้มข้นเลือด
ปกติ ร้อยละ 86.9 วิธีการคลอดธรรมชาติและผ่าตัด ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 46.4 และ 44.8 ส่วนการคลอดด้วยวิธี
อื่น พบเป็นส่วนน้อย ร้อยละ 8.7 และทารกร้อยละ 77
มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม ดังรายละเอียด
ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาที่คลอดบุตร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20	34	13.5
20-34	179	71.0
≥ 35	39	15.5
เชื้อชาติ		
ไทย	165	65.5
ต่างด้าว	87	34.5
ครรภ์ที่		
ครรภ์แรก	105	41.7
ครรภ์ที่สอง	89	35.3
มากกว่าครรภ์ที่สาม	58	23.0
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
0-36	55	21.8
มากกว่า 37	197	78.2
ความเข้มข้นเลือด		
<ร้อยละ 33	33	13.1
≥ร้อยละ 33	219	86.9
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอดปกติ	117	46.4
ผ่าตัดคลอด	113	44.8
วิธีอื่น ๆ (เครื่องดูด คีม หรือการคลอดท่าก้น)	22	8.7
น้ำหนักแรกคลอด		
<2,500 กรัม	56	22.2
≥2,500 กรัม	196	77.8

2. อุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

อุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิด ตั้งแต่เดือน 1 มกราคม – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2556 พบเป็น 54.79 ต่อหนึ่งพันการคลอดมีชีพ แยกเป็นรุนแรง ปานกลาง หรือเล็กน้อย 65 ราย (77%) รุนแรงมาก 19 ราย (23%)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางมารดากับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

ตัวแปร	การเกิดภาวะขาดออกซิเจน			P
	รุนแรง(%)	เล็กน้อย(%)	ไม่เกิด(%)	
มารดาการตกเลือดก่อนคลอด				
ไม่มี	18(94.7)	63(96.9)	167(99.4)	0.079
มี	1(5.3)	2(3.1)	1(6)	
มารดามีไข้ก่อนคลอด				
ไม่มี	19(100)	60(92.3)	165(98.2)	0.079
มี	0(0)	5(7.7)	3(1.8)	
มารดาเป็นเบาหวาน				
ไม่มี	19(100)	64(98.5)	168(100)	0.33
มี	0(0)	1(1.5)	0(0)	
มารดาเป็นความดันโลหิตสูง				
ไม่มี	16(84.2)	53(81.5)	165(98.2)	0.00*
มี	3(15.8)	12(18.5)	3(1.8)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ (Fisher's Exact test)

ผลการศึกษาพบว่า การคลอดที่ส่วนนำไม่ใช่ท่าศีรษะ การได้รับยาระงับปวด ทารกคลอดติดไหล่ สายสะดือถูกกด (Prolapsed Cord) และทารกอยู่ในภาวะเครียด (Fetal distress) สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดแบบรุนแรง แบบปานกลางหรือเล็กน้อย และแบบปกติจากการคลอดไม่ใช่

ผลการศึกษาพบว่ามารดามีภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับทารกมีภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P 0.00$) ส่วนภาวะมารดาตกเลือดก่อนคลอด มีไข้ และเป็นเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิด ดังแสดงในตารางที่ 2

ท่าศีรษะเป็นส่วนนำ ร้อยละ 42.1, 15.4 และ 7.1 การได้ยาระงับปวด ร้อยละ 5.3, 1.5 และ 0 ภาวะทารกติดไหล่ ร้อยละ 0, 4.6 และ 0 ภาวะสายสะดือถูกกด ร้อยละ 0, 10.8 และ 6 และทารกอยู่ในภาวะเครียด ร้อยละ 26.3, 24.6 และ 4.2 ตามลำดับ ส่วนภาวะผิวดำส่วนระหว่างศีรษะกับเชิงกรานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางการคลอดกับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

ตัวแปร	การเกิดภาวะขาดออกซิเจน			P
	รุนแรง(%)	เล็กน้อย(%)	ไม่เกิด(%)	
ภาวะผิวด้านระหว่างศีรษะกับเชิงกราน				
ไม่มี	15(78.9)	53(81.5)	136(82.4)	0.863
มี	4(21.1)	12(18.5)	29(17.6)	
คลอดส่วนนำไม่ใช่ท่าศีรษะ				
ไม่มี	11(57.9)	55(84.6)	156(92.9)	0.000*
มี	8(42.1)	10(15.4)	12(7.1)	
การได้รับยาระงับปวด				
ไม่ได้	18(94.7)	64(98.5)	168(100)	0.044*
ได้	1(5.3)	1(1.5)	0(0)	
ภาวะทารกติดไหล่				
ไม่มี	19(100)	62(95.4)	168(100)	0.047*
มี	0(0)	3(4.6)	0(0)	
ภาวะสายสะดือถูกกด				
ไม่มี	19(100)	58(89.2)	167(99.4)	0.001*
มี	0(0)	7(10.8)	1(6)	
ทารกอยู่ในภาวะเครียด				
ไม่มี	14(73.7)	49(75.4)	161(95.8)	0.000*
มี	5(26.3)	16(24.6)	7(4.2)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติ P < 0.05 (Fisher's Exact test)

ผลการศึกษาพบว่าทารกเพศชาย ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกแฝดสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดแบบรุนแรง แบบปานกลางถึงเล็กน้อย และแบบปกติ พบในทารกเพศชาย

ร้อยละ 84.2, 53.8 และ 50 ทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 68.4, 33.8 และ 8.9 ทารกแฝด ร้อยละ 21.1, 0 และ 0 ตามลำดับ ส่วนทารกคลอดเกินกำหนด ทารกคลอดน้ำหนักน้อย และทารกผิดปกติไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางทารกกับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

ตัวแปร	การเกิดภาวะขาดออกซิเจน			P
	รุนแรง(%)	เล็กน้อย(%)	ไม่เกิด(%)	
เพศทารก				
ชาย	16(84.2)	35(53.8)	84(50.0)	0.016
หญิง	3(15.8)	30(46.2)	84(50.0)	
ทารกคลอดก่อนกำหนด				
ไม่มี	6(31.6)	43(66.2)	153(91.1)	0.000*
มี	13(68.4)	22(33.8)	15(8.9)	
ทารกคลอดเกินกำหนด				
ไม่มี	19(100)	63(96.9)	167(99.4)	0.360
มี	0(0)	2(3.1)	1(0.6)	
ทารกคลอดน้ำหนักน้อย				
ไม่มี	18(94.7)	62(95.4)	165(98.2)	0.264
มี	1(5.3)	3(4.6)	3(1.8)	
ทารกแฝด				
ไม่แฝด	15(78.9)	65(100)	167(99.4)	0.000*
แฝด	4(21.1)	0(0)	1(0.6)	
ทารกผิดปกติ				
ไม่มี	18(94.7)	63(96.9)	166(98.8)	0.149
มี	1(5.3)	2(3.1)	2(1.2)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ (Fisher's Exact test)

วิจารณ์และอภิปรายผล

อุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิดที่คลอดในโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่เดือน 1 มกราคม – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2556 พบเป็น 54.79 ต่อหนึ่งพันทารกคลอดมีชีพ ใกล้เคียงกับข้อมูลในปีงบประมาณ 2555 พบเป็น 58.33 ต่อหนึ่งพันทารกคลอดมีชีพ (แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรมโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่, 2557)

มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับทารกมีภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงพบได้บ่อย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อยร่วมด้วย สอดคล้องกับสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ คือ มารดาที่มี

ความเสี่ยงสูงต่อการคลอดทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน จะมีประวัติโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคภูมิคุ้มกันผิดปกติ โรคหัวใจ โรคไทรอยด์เป็นพิษและโรคหอบที่ซึ่งมีอาการอยู่ (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2542) และมารดาที่มีความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการเกิดทารกขาดออกซิเจนปริกำเนิด มากกว่ากลุ่มความดันปกติ (บรรพจน์ สุวรรณชาติ, 2547)

การคลอดไม่ใช่ศีรษะเป็นส่วนนำ หากคลอดทางช่องคลอดจะพบปัญหาการช่วยคลอดศีรษะช้า ปริมาณน้ำคร่ำเหลือน้อยมาก หรือสายสะดือโผล่ย้อยก่อนทารกคลอด การคลอดท่าก้นพบบ่อยในรายคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อย บางครั้งผู้ช่วยมาถึงโรงพยาบาลช้า การช่วยคลอดท่าก้นทางช่องคลอดจึงเพิ่มการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิดได้ สอดคล้องกับการศึกษา

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนที่พบว่าส่วนนำของทารกเป็นกัน (ชญาศักดิ์ พิศวร และคณะ, 2554)

การได้รับยาระงับปวดของมารดาส่งผลให้เกิดการกดระบบหายใจของทารก (ชญาศักดิ์ พิศวร และคณะ, 2554) ทั้งนี้สัมพันธ์กับปริมาณยาที่ได้รับ

ภาวะสายสะดือถูกกด (Prolaped Cord) (Linda Hogana *et al.*, 2007) ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองทารกได้ลดลง อาการแสดงที่พบคือหัวใจทารกเต้นช้าลง เกิดภาวะทารกเครียด (Fetal distress) ซึ่งอาจถ่ายซีเทาออกมา ซึ่งถ้าไม่รีบช่วยให้คลอดทารกจะเกิดภาวะขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้ จากข้อมูลยังพบภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดแบบรุนแรง และแบบปานกลางถึงน้อยมาก ร้อยละ 73.7 และ 75.4 ในรายที่ไม่สามารถวินิจฉัยทารกอยู่ในภาวะเครียดก่อนคลอด อาจแสดงถึงการดูแลในห้องคลอด หรือการอ่านผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ที่ไม่ถูกต้อง จึงควรทบทวนเมื่อพบปัญหาเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ

ทารกคลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตของปอดยังไม่สมบูรณ์ บางครั้งจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเช่นเดียวกับทารกแฝด ซึ่งมักคลอดก่อนกำหนด (ฐิติพร สิริวรชัย และคณะ, 2546) ในงานวิจัยนี้ข้อมูลครรภ์แฝดคลอดก่อนกำหนดทุกราย สาเหตุจึงน่าจะเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด

ภาวะทารกคลอดติดไหล่พบในทารกตัวโต มารดาเป็นเบาหวาน วินิจฉัยได้เมื่อหลังจากศีรษะทารกคลอดนานมากกว่า 1 นาที ถ้าไม่สามารถคลอดไหล่และตัวทารกออกมาได้จะทำให้ทารกขาดออกซิเจนและรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ (ประนอม บุพศิริ, 2554) ในการศึกษาี้ทารกคลอดติดไหล่ บางส่วนไม่ใช่ทารกตัวโต ถ้าแก้ไขเรื่องเทคนิคการช่วยคลอดน่าจะลดปัญหานี้ได้

เพศทารก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยและพบการ

คลอดทารกเพศชายมากกว่าหญิง เพศทารกจึงไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิด

ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่นการตกเลือดก่อนคลอด มารดามีไข้ระหว่างคลอดหรือเป็นเบาหวาน ไม่ได้ทำการศึกษาในการศึกษานี้แยกข้อมูลทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย(IUGR) ออกจากกันเพื่อแสดงให้เห็นว่า แม้ว่าทารกน้ำหนักตัวน้อยแต่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง อาจไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิดได้

ข้อเสนอแนะ

ในโรงพยาบาลนครพิงค์ปัญหาการขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิดเป็นปัญหาที่สำคัญพบมากกว่าเกณฑ์ บางครั้งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น คลอดก่อนกำหนด ทำกัน และการคลอดทำกันทางช่องคลอด ซึ่งบางสาเหตุสามารถป้องกันแก้ไขได้ ควรมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลของโรงพยาบาลเครือข่ายตั้งแต่ขณะฝากครรภ์ ประเมินความเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง การตรวจหน้าท้องทำส่วนนำ ทารกโตหรือเล็กกว่าอายุครรภ์หรือครรภ์แฝดเพื่อส่งปรึกษาสูติแพทย์ในการวางแผนการดูแลทั้งระยะก่อนคลอดและระยะคลอด คัดกรองเบาหวาน ฝึกให้สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและรีบมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ให้ยาระงับปวดหลังตัดสายสะดือ ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ สำหรับบุคลากรควรฝึกหลักการต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ การใช้เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ และการแปลผลอย่างถูกต้อง การช่วยคลอดกรณีติดไหล่ การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ประสานกุมารแพทย์รับเด็กในรายที่มีความเสี่ยง และเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่แท้จริงจึงควรมีการศึกษาแต่ละปัจจัยโดยละเอียดต่อเนื่องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วิรัช พันธุ์พานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลการศึกษานี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลนครพิงค์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

และขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่เป็นพี่ปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2550
- ชญาศักดิ์ พิศวง ปริศนา พานิชกุล. ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด. เวชสารแพทย์ ทหารบก. 2554; 64:109-19
- จิตติพร สิริวรชัยชัย อรวรรณ รุจิรกุล บานเย็น แสนเรียน ทศนิวรรณ โพธิ์หนูด. ติดตามผลการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร.2546; 27(3):172-88
- แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ) กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. 2557. เอกสารเผยแพร่
- บรรพต สุวรรณชาติ. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์ เวชสาร. 2547; 9(4):233-240
- ประนอม บุพศิริ. คลอดติดไหล่. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2554; 26(1):64-69
- เยื่อน ต้นตินันต์. 2551. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย. ภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิด, 305-21
- Agata Y, Hiraishi A, Misawa H, et al. Hemodynamic adaptations at birth in neonates delivered vaginally and cesarean section. Biol Neonate 1995: 68:404-11
- Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetrics. United states of America: The McGraw-Hill Companies, 2010; 410-440
- Linda Hogan, Ingemar Ingemarsson, Kristina Thorngren-Jerneck, Andreas Herbst. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 130 (2007) 169–175
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems.10th revision, 1993.