

ความชุกของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน
(Prevalence of Birth Asphyxia in Srisangwan Hospital, Mae Hong Son Province)

รัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ว.ว. สุติศาสตร์นรีเวชวิทยา

Rathasart Mahathep M.D., Cert. Prof. (OB-GYN)

โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Srisangwal Regional Hospital, Mae Hong Son Province

บทคัดย่อ

ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการในทารกที่ยังคงพบได้เสมอในโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลในระหว่างการคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อหาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลให้ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน โดย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ในสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดทารกในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2553 จำนวน 2,394 ราย โดยศึกษาปัจจัยของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ซึ่งหมายถึง ทารกที่มี Apgar score แรกเกิดที่ 1 นานที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดปี 2551-2553 คือ 131.24, 134.03 และ 87.78 ต่อพันการเกิดมีชีวิตตามลำดับ สาเหตุที่พบได้แก่ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และการส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลชุมชน ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ระยะการคลอดที่ยาวนาน การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด ภาวะทารกค้ำชันในครรภ์ และภาวะการมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะขาดออกซิเจน, โรงพยาบาลศรีสังวาลย์

Abstract

Birth asphyxia is an important cause of perinatal death. The cause of birth asphyxia are mostly due to the processes during labour that may be prevented. This retrospective descriptive study aims to determine risk factors of birth asphyxia in Srisangwal Regional Hospital, Mae Hongson Province. This study was conducted from 1 October 2007 and 30 September 2010. The cause and risk factor of birth asphyxia were recorded. The diagnosis of birth asphyxia was defined by Apgar score at 1 minute of 7 or less. The incident of birth asphyxia in 2008, 2009 and 2010 was 131.24, 134.03 and 87.78 per 1,000 live births. The factors associated with birth asphyxia are included not completed ANC refer, pregnancy induce hypertension, prolong labour, vacuum extraction, vaginal breech delivery, fetal distress and meconium stained amniotic fluid were common factors. The results of this study suggest that the health personnel should be concerned these factors to prevent birth asphyxia.

Keywords: Birth asphyxia, Srisangwal Hospital

บทนำ

การตายของทารกปริกำเนิด ถือเป็นดัชนีชี้วัดที่สะท้อนสภาวะสุขภาพอนามัยของมารดาและทารก โดยตัวชี้วัดหนึ่งที่มีความสำคัญ คือ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) ซึ่งเป็นภาวะที่ประกอบด้วยเลือดขาดออกซิเจน (Hypoxemia) , คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (Hypercarbia) และเลือดเป็นกรดเนื่องจากมีการระบายอากาศที่ปอด (Ventilation) และ Pulmonary perfusion ไม่เพียงพอ หรือไม่มีภายหลังคลอดแล้วหลายสาเหตุที่ส่งผลให้อวัยวะต่างๆภายในร่างกายมีเลือดและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงไม่พอ เป็นเหตุให้เซลล์หรืออวัยวะต่างๆภายในร่างกายตายหรือเสียหายที่ ซึ่งจะมีปัญหาตามมาได้แก่ ภาวะลมชัก สมอภการได้ (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2536; สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, 2007) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (The International Classification of Disease) ได้กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินทารกแรกเกิดโดยประเมินคะแนน Apgar ที่ 1 และ 5 นาที และแบ่งความรุนแรงเป็น 2 ระดับคือ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดระดับรุนแรง (severe birth asphyxia) มีคะแนน Apgar ที่ 1 นาทีเท่ากับ 0-3 และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดระดับอ่อนหรือปานกลาง (mild or moderate birth asphyxia) มีคะแนน Apgar ที่ 1 นาทีเท่ากับ 4-7 โดยภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการในทารกที่ยังคงพบได้เสมอในโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2540-2547 พบว่าการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของทารก การสำรวจโรงพยาบาลศูนย์และ

โรงพยาบาลทั่วไปในปี พ.ศ. 2543 พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเท่ากับ 61 ต่อพันการเกิดมีชีพ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำให้เกิดภาวะนี้ได้ไม่เกิน 30 ต่อพันการเกิดมีชีพ ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะนี้ส่วนใหญ่เป็นเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ (วารสารแม่ แสงทวีสิน; วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล และ สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, 2550) และในปี 2550-2552 พบการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเท่ากับ 21.20, 19.17 และ 20.52 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ

ปัจจุบันปัญหาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคเหนือ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพทางภูมิศาสตร์ที่เป็นพื้นที่สูงและกลุ่มประชากรชาวเขาที่ยังเข้าถึงบริการด้านสุขภาพต่ำ โดยจังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรม รวมทั้งความห่างไกลของพื้นที่ จากสถิติข้อมูลบริการคลอดในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอนประจำปีงบประมาณ 2549 และ 2550 พบอัตราทารกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนเท่ากับ 104.6 และ 103.92 ต่อพันการเกิดมีชีพ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ที่กำหนดไว้ว่าอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนต้องน้อยกว่า 30 ต่อพันการเกิดมีชีพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ เพื่อใช้พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขปัจจัยต่างๆที่สามารถกระทำได้ เพื่อให้บรรลุมเป้าหมายลูกเกิดรอดและแม่ปลอดภัย

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเพิ่มประวัติผู้ป่วยในและแบบบันทึกข้อมูล birth asphyxia ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง 30 กันยายน 2553 โดยเกณฑ์การคัดเลือกคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จำนวน 2,394 ราย ข้อมูลที่ทำการศึกษา คือ อายุ,ประวัติการฝากครรภ์,การส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน,ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์,ปัจจัยด้านการคลอด,วิธีการคลอด,ปัจจัยด้านทารก,น้ำหนักทารกและสาเหตุของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยศึกษาปัจจัยของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ซึ่งหมายถึง ทารกที่มี Apgar score แรกเกิดที่ 1 นานีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 2 ระดับ คือ ระดับรุนแรง (Severe) หมายถึง Apgar score 0-3 ระดับอ่อนหรือปานกลาง (mild to moderate) หมายถึง Apgar score 4-7 ตามนิยามของกรมอนามัย (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2536)

นำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยคำนวณหาความชุกของอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อทารกเกิดมีชีวิตทั้งหมด และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด แสดงผลเป็นร้อยละ

ผลการศึกษา

อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดปี 2551,2552 และ 2553 คิดเป็น 131.24,134.03 และ 87.78 ต่อพันการเกิดมีชีวิตตามลำดับ (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกตามกลุ่มผู้รับบริการ ในปี 2551-2553 พบว่าทารกที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นคนไทยมีอัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจน 84.1, 107.6 และ 55.8 ต่อพันการเกิดมีชีวิตตามลำดับ สำหรับอัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจนที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นต่างด้าวมีอัตราการเกิดทารกขาด

ออกซิเจน 177.8, 161.7 และ 122.2 ต่อพันการเกิดมีชีวิตตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 อัตราทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์

ปีงบประมาณ	จำนวนทารก Asphyxia (ราย)	จำนวนทารก เกิดมีชีวิต (ราย)	อัตราทารก Asphyxia: เกิดมีชีวิต 1000 ราย
2551	113	861	131.24
2552	102	761	134.03
2553	67	772	87.78
รวม	282	2,394	117.00

ตารางที่ 2 สถิติทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนจำแนกตามกลุ่มผู้รับบริการ

ปีงบประมาณ	จำนวนทารก Asphyxia (ราย)		จำนวนทารก เกิดมีชีวิต (ราย)		อัตราทารก Asphyxia: เกิดมีชีวิต 1000 ราย	
	ไทย	ต่างด้าว	ไทย	ต่างด้าว	ไทย	ต่างด้าว
2551	36	77	428	433	84.1	177.8
2552	42	60	390	371	107.6	161.7
2553	23	44	412	360	55.8	122.2
รวม	101	181	1,230	1,164	82	155

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แบ่งเป็นสาเหตุ คือ ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยจากการคลอด และปัจจัยด้านทารก เมื่อศึกษาปัจจัยด้านมารดาพบว่ามีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 53 ราย (ร้อยละ 18.8) โดยที่มี 3 ราย (ร้อยละ 1) ไม่ได้ฝากครรภ์และอีก 54 ราย (ร้อยละ 19.1) รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์พบถึง 22 ราย (ร้อยละ 7.8)

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด*

ปัจจัย	จำนวนทารก Asphyxia (ราย)	ร้อยละ	ปัจจัย	จำนวนทารก Asphyxia (ราย)	ร้อยละ
ปัจจัยด้านมารดา			2. วิธีการคลอด		
1. อายุมารดา			ทารกคลอดท่าก้นทางช่องคลอด	31	(10.9)
≥ 35 ปี	20	(7.1)	ผ่าตัดทางหน้าท้อง	14	(4.9)
18 – 35 ปี	249	(88.3)	ผ่าตัดทางหน้าท้องยาก	4	(1.4)
< 18 ปี	13	(4.6)	เครื่องมือดูดสุญญากาศช่วยคลอด	29	(10.3)
2. ประวัติการฝากครรภ์			การใช้เข็มช่วยคลอด	0	(0)
2.1 ไม่ฝากครรภ์	3	(1)	การคลอดไหล่ยาก	4	(1.4)
2.2 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	53	(18.8)	ภาวะสายสะดือพันคอ	2	(0.7)
3. การส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน	54	(19.1)	3. ภาวะน้ำเดินก่อนการคลอด	2	(0.7)
4. ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์			4. การได้รับยาแก้ปวด Pethidine	5	(1.8)
4.1 ความดันโลหิตสูง	22	(7.8)	ปัจจัยด้านทารก		
4.2 รกเกาะต่ำ	4	(1.4)	1. น้ำหนักตัวน้อย		
4.3 รกลอกตัวก่อนกำหนด	2	(0.7)	คลอดก่อนกำหนด (ครรภ์เดียว)	27	(9.6)
4.4 ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม	3	(1.0)	แฝด	12	(4.3)
4.5 การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์	3	(1.0)	2. ภาวะทารกโตช้าในครรภ์	4	(1.4)
4.6 การตั้งครรภ์เกินกำหนดคลอด	0	(0)	3. ภาวะทารกค้ำขังในครรภ์	56	(20)
ปัจจัยด้านการคลอด			4. ภาวะมีขี้เทาในน้ำคร่ำ	51	(18)
1. การคลอดระยะที่ 2 ยาวนาน	43	(15.2)	5. ทารกมีความผิดปกติ	7	(2.5)

* ทารกแรกคลอดที่เกิดภาวะขาดออกซิเจน อาจจะมีมากกว่า 1 สาเหตุ ในทารก 1 ราย

สำหรับสาเหตุจากปัจจัยด้านการคลอดนั้น การคลอดระยะที่ 2 ยาวนานมี 42 ราย (ร้อยละ 15.2) ซึ่งสัมพันธ์กับการทำหัตถการช่วยคลอด คือ การใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด 29 ราย (ร้อยละ 10.3) และการผ่าตัดคลอด 14 ราย (ร้อยละ 4.9) สำหรับปัจจัยอื่นที่สำคัญ คือ การคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดพบ 31 ราย (ร้อยละ 10.9) สาเหตุจากปัจจัยด้านทารกที่พบมาก ได้แก่ ภาวะทารกค้ำขังในครรภ์ 56 ราย (ร้อยละ 20) และการมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ 51 ราย (ร้อยละ 18) สาเหตุอื่นที่พบได้คือ ทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด ทารกมีความผิดปกติ และทารกโตช้า

ในครรภ์ (ตารางที่ 3) ทารกแรกเกิดที่ 1 นาทีมีคะแนน Apgar อยู่ในระดับอ่อนหรือปานกลาง 212 ราย (ร้อยละ 75.2) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับที่รุนแรง เมื่อประเมินคะแนน Apgar ที่ 5 นาทีอีกครั้ง พบทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar ที่ดีขึ้น โดย 202 ราย (ร้อยละ 71.6) มีคะแนน Apgar มากกว่า 7 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการติดตามทารกแรกคลอดที่เกิดภาวะขาดออกซิเจน เมื่อประเมินคะแนน Apgar ที่ 1 และ 5 นาที จำนวน 282 ราย

คะแนน Apgar	จำนวนทารก (ราย)	ร้อยละ	เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แบ่งเป็นสาเหตุ คือ ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยจากการคลอด และปัจจัยด้านทารก เมื่อศึกษาปัจจัยด้านมารดาพบว่ามีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 53 ราย (ร้อยละ 18.8) โดยมี 3 ราย (ร้อยละ 1) ไม่ได้ฝากครรภ์ และอีก 54 ราย (ร้อยละ 19.1) รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากการเดินทางมาฝากครรภ์ทำได้ยากลำบาก และโรงพยาบาลชุมชนไม่มีสูติแพทย์ สำหรับ
ที่ 1 นาที			ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์พบถึง 22 ราย (ร้อยละ 7.8) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (บรรพจน์ สุวรรณชาติ, 2547; มนตรี ฐิริปัญญาวณิช, 2008) ซึ่งพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีหลอดเลือดแดงหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณรกลดลง ดังนั้นการเน้นการป้องกันและดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เหมาะสมในระยะฝากครรภ์และระยะคลอดที่เหมาะสมจะสามารถลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดลงได้ สำหรับปัจจัยด้านการคลอดนั้น การคลอดระยะที่ 2 ยาวนาน (มนตรี ฐิริปัญญาวณิช, 2008; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, 2547; วันชัย วงศ์สุวรรณ, 2547) สัมพันธ์กับการทำหัตถการช่วยคลอด คือ การใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด 29 ราย (ร้อยละ 10.3) และการผ่าตัดคลอด 14 ราย (ร้อยละ 4.9) การมีแนวทางมีการดูแลระยะคลอด การใช้ partograph ในการดูแลการคลอดทุกราย มีการเตรียมพร้อมทีมช่วยชีวิตทารกที่คลอดออกมาให้หายใจเร็วที่สุดหลังคลอด มีแนวทางปฏิบัติและข้อบ่งชี้สำหรับการทำหัตถการช่วยคลอดและการผ่าตัดคลอดที่ชัดเจนและครอบคลุมจะสามารถลดอัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจนลงได้ สำหรับการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศเสี่ยงมากกว่าการคลอดปกติ (อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี,
Severe (รุนแรง)	70	24.8	
Mild-Mod (อ่อนหรือปานกลาง)	212	75.2	
ที่ 5 นาที			
Severe (รุนแรง)	31	11	
Mild-Mod (อ่อนหรือปานกลาง)	49	17.4	
มากกว่า 7	202	71.6	

อภิปรายผล

อุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลศรีสวาล ปี 2551-2553 เท่ากับ 131.24, 134.03 และ 87.8 ต่อพันการเกิดมีชีพ ซึ่งมีแนวโน้มที่ลดลงจากการที่มีการออกแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีแนวทางการฝากครรภ์ทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนแต่ยังสูงกว่าเป้าหมายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ที่กำหนดไว้ว่าอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนต้องน้อยกว่า 30 ต่อพันการเกิดมีชีพ

เมื่อจำแนกตามเชื้อชาติของสตรีตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ ในปี 2551-2553 พบว่าทารกที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นคนไทยมีอัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจน 84.1, 107.6 และ 55.8 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าอัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจนที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นต่างดาวและต่ำกว่าอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในภาพรวมทั้งจังหวัด เนื่องจากจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีภูมิประเทศที่เป็นภูเขาทำให้การเดินทางทำได้ลำบากและได้รับการรักษาที่ล่าช้า นอกจากนี้ยังมีความยุ่งยากในเรื่องภาษาที่หลากหลายอีกด้วย

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แบ่งเป็นสาเหตุ คือ ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยจากการคลอด และปัจจัยด้านทารก เมื่อศึกษาปัจจัยด้านมารดาพบว่ามีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 53 ราย (ร้อยละ 18.8) โดยมี 3 ราย (ร้อยละ 1) ไม่ได้ฝากครรภ์ และอีก 54 ราย (ร้อยละ 19.1) รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากการเดินทางมาฝากครรภ์ทำได้ยากลำบาก และโรงพยาบาลชุมชนไม่มีสูติแพทย์ สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์พบถึง 22 ราย (ร้อยละ 7.8) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (บรรพจน์ สุวรรณชาติ, 2547; มนตรี ฐิริปัญญาวณิช, 2008) ซึ่งพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีหลอดเลือดแดงหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณรกลดลง ดังนั้นการเน้นการป้องกันและดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เหมาะสมในระยะฝากครรภ์และระยะคลอดที่เหมาะสมจะสามารถลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดลงได้ สำหรับปัจจัยด้านการคลอดนั้น การคลอดระยะที่ 2 ยาวนาน (มนตรี ฐิริปัญญาวณิช, 2008; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, 2547; วันชัย วงศ์สุวรรณ, 2547) สัมพันธ์กับการทำหัตถการช่วยคลอด คือ การใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด 29 ราย (ร้อยละ 10.3) และการผ่าตัดคลอด 14 ราย (ร้อยละ 4.9) การมีแนวทางมีการดูแลระยะคลอด การใช้ partograph ในการดูแลการคลอดทุกราย มีการเตรียมพร้อมทีมช่วยชีวิตทารกที่คลอดออกมาให้หายใจเร็วที่สุดหลังคลอด มีแนวทางปฏิบัติและข้อบ่งชี้สำหรับการทำหัตถการช่วยคลอดและการผ่าตัดคลอดที่ชัดเจนและครอบคลุมจะสามารถลดอัตราการเกิดทารกขาดออกซิเจนลงได้ สำหรับการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศเสี่ยงมากกว่าการคลอดปกติ (อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี,



2547) โดยส่วนใหญ่การทำหัตถการช่วยคลอด ต้องมีข้อบ่งชี้ อาจเป็นข้อบ่งชี้ด้านมารดา การคลอดไม่ก้าวหน้าหรือจากตัวทารกเอง จึงเป็นไปได้ว่า ทารกกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนอยู่แล้ว สำหรับปัจจัยอื่นที่สำคัญ คือ การคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดพบ 31 ราย (ร้อยละ 10.9) (มนตรี ฎริปัญญาวานิช, 2008; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, 2547; ชาญ พานิชวัฒนะและคนอื่นๆ, 2543; สุจิต คุณประดิษฐ์, 2546.) ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะสายสะดือย้อยและสายสะดือถูกกดมากกว่าทารกที่มีศีรษะเป็นส่วนนำ ดังนั้นการตัดสินใจผ่าตัดคลอด หรือการทำคลอดท่าก้นในระยะเวลาที่เหมาะสม

ปัจจัยด้านทารกพบมากที่สุดคือภาวะทารกค้ำข้นในครรภ์ (มนตรี ฎริปัญญาวานิช, 2008; วันชัย วงศ์สุวรรณ, 2547; ชีระ จิตต์วีโรดม, 2545; ลาวัลย์ ปัจจักษณ์, 2545) พบ 56 ราย (ร้อยละ 20) สำหรับ ภาวะทารกค้ำข้นในครรภ์ คือ ทารกที่อยู่ในภาวะที่แพทย์ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของทารก (non-reassuring fetal status) และถ้าไม่ให้คลอดโดยเร็วทารกน่าจะได้รับอันตราย ควรมีการดูแลระยะคลอดที่เหมาะสม มีการติดตามการเต้นของหัวใจทารกจากการฟัง หรือการตรวจด้วยเครื่อง Electronic Fetal Monitoring (EFM) อย่างใกล้ชิด รองลงมาได้แก่ ภาวะการมีซีเทาปนในน้ำคร่ำ (มนตรี ฎริปัญญาวานิช, 2008; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, 2547; ชีระพันธ์ ทวีธรรมสถิต, 2547) พบ 51 ราย (ร้อยละ 18) ดังนั้นการเฝ้าระวังภาวะน้ำคร่ำปนเปื้อนซีเทาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการคลอด การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว โดยการเจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อดูลักษณะสีของน้ำคร่ำเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และให้การ ดูแลระยะการคลอดที่เหมาะสม และการใส่ท่อช่วยหายใจทารกแรกเกิดเพื่อดูเอาซีเทาออกและการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืน

ชีพทารกแรกเกิดของบุคลากรทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะการสลักซีเทาเข้าปอดลงได้ (Chaturvedi P, Yadav B and Bharambe MS, 2000) คะแนน Apgar ที่ 1 นาที บ่งบอกถึงความต้องการฟื้นคืนชีพของทารก (immediate resuscitation) และคะแนนที่ 5 นาทีบ่งถึงพยากรณ์โรคของทารก (prognosis for neonatal survival) Cunningham FG, et.al., 2005.) และบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด เมื่อทารกได้รับการดูแลแก้ไขอย่างทันท่วงทีก็จะเพิ่มคะแนน Apgar และก็จะลดอัตราการตายลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับจากข้อมูลตารางที่ 4 เมื่อพิจารณา คะแนน Apgar ที่ 5 นาที พบว่า ทารกมากกว่าร้อยละ 60 มีคะแนนมากกว่า 7

ในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ได้แก่ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ การส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ระยะการคลอดที่ยาวนาน, การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ การคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด ภาวะทารกค้ำข้นในครรภ์และภาวะการมีซีเทาปนในน้ำคร่ำ

จากปัจจัยเสี่ยงที่พบในการวิจัยนี้ ทำให้สามารถหาแนวทางป้องกันหรือลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ โดยการดูแลในระหว่างการฝากครรภ์ พัฒนาการให้ความรู้และการดูแลตนเอง พัฒนาเกณฑ์ในการใช้คัดกรองมารดาที่มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ โดยเน้นการป้องกันและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งจังหวัด พัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของบุคลากรทุกระดับซึ่งมีความสำคัญ เพราะการช่วยฟื้นคืนชีพทารกอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและการตายในทารกแรกเกิดได้ พัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศรีสังวาลย์





เนื่องจากระยะเวลาในการส่งต่อถึงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ต้องใช้เวลานาน ทำให้ทารกในครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนอยู่แล้วมีภาวะเครียด (fetal distress) เพิ่มขึ้น ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลการคลอดในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดทารกขาดออกซิเจน การพัฒนาทักษะทำคลอดทารกทำกันทางช่องคลอดในกรณีฉุกเฉิน รวมไปถึงการร่วมกันจัดทำแนวทางเพื่อการวินิจฉัยภาวะ fetal distress เร็วขึ้น น่าจะทำให้สามารถให้การดูแลหรือส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะ

จากปัจจัยที่พบดังกล่าว ทีมสูติกรรมควรได้รับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์อุดง ศรีรัตนบัลล์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ เจ้าหน้าที่งานสูติกรรม และบุคลากรในโรงพยาบาลทุกท่านที่ช่วยให้งานวิจัยนี้เสร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. Perinatal Asphyxia. การดูแลระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2536: 1-22.

ชาญ พานิชวัฒน์ สุจินต์ ธรรมดี เต็มดวง เข้มแข็ง ประภาภรณ์ เลียงเชื้อ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกคลอดในโรงพยาบาลอุดรดิษฐ์. วารสารแพทย์เขต 8. 2543; 2(3): 53-66.

ธีระ จิตต์วโรดม. ภาวะขาดออกซิเจนเมื่อขณะเกิดของทารกที่คลอดในโรงพยาบาลสตูล. วารสารวิชาการเขต 12. 2545; 13(3): 43-54.

ธีระพันธ์ ทวีธรรมสถิตย์. ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดทารกคะแนนแอปการ์ที่ 1 นานที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ในโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร. สรรพสิทธิเวชสาร 2547; 25(4): 273-82.

บรรพจน์ สุวรรณชาติ. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2547; 19(4): 233-40.

มนตรี ภูริปัญญวานิช. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลเสนา. J Health Res 2008; 22(2): 83-9.

ลาวัลย์ ปัจจกขภักดี. ปัจจัยเสี่ยงทางสูติศาสตร์ต่อการเกิดคะแนน Apgar ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 7 ที่หนึ่งนาทีหลังคลอดและผลกระทบที่มีต่อการครบกำหนดของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2545; 16: 21-33.

วารภรณ์ แสงทิวสิน วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล สุนทร อ้อเผ่าพันธ์. ปัญหาทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนเพรส จำกัด, 2550.

วันชัย วงศ์สุวรรณ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดโรงพยาบาลเสนา. วารสารวิชาการรพ.ศ./รพท.เขต 1. 2547; 6(1): 28-33.

สุจิต คุณประดิษฐ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลลำพูน. วารสารแพทย์เขต 8. 2546; 11: 131-43.

สุนทร อ้อเผ่าพันธ์. Defining the scope of perinatal asphyxia. ใน: สุนทร อ้อเผ่าพันธ์ บรรณาธิการ. Neonatology. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด, 2007: 76-97.





สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. ข้อเสนอแนะการดูแลทางสูติกรรมและกุมารเวชกรรมเพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542: 1-26.

อรุณพล เกิดอรุณสุขศรี. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์. วชิรเวชสาร 2547; 48(2): 79-86.

Chaturvedi P,Yadav B,Bharambe MS. Delivery room management of neonates born through meconium

stained amniotic fluid. Indian Pediatrics 2000; 37: 1251-5.

Cunningham FG,Leveno KJ,Bloom SL,Hauth JC,Glistrap III LC,Wenstrom KD. Management of neonates born through meconium stained amniotic fluid. The Newborn Infant. Williams Obstetrics 22th ed. New york: McGraw-hill, 2005: 633-48.

