

ภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดในโรงพยาบาลลำปลายมาศ

จังหวัดบุรีรัมย์ 2547

Birth Asphyxia at Lampaimat Hospital, Buriram Province 2004.

ประเสริฐ พินิจวัฒนา พ.บ.*

ABSTRACT

Background : Birth asphyxia is always the most importance cause of death in perinatal period; not only death but it also leaves organ damage in survivors especially in CNS, cardiovascular system or respiratory system.

Objectives : To study risk factors which may take part to cause birth asphyxia.

Research method : Survey research.

Subject : 22 mothers whose delivery asphyxia newborns, one mother had twin pregnancy so there are 23 newborns to study. All of them laboured in Lamplaimas hospital between Januarys to December 2004.

Result : From the study of subjects above indicated that risk factors which may cause birth asphyxia include:

- 1) Motheral factors, most of them were 20-34 years old, there was 9.09% teenage pregnancy and 13.64 % of elderly gravidars. Only one had twin pregnancy, 27.27% were nulliparas compared to 72.73% multiparas. Mothers whose had history of antepartum hemorrhage was 9.09%, history of hypertention during pregnant was 4.45%, history of perinatal death was

4.55%, none of them had history of Diabetes. Majorities were term pregnancies, preterm labour was about 13.64% and post term labour was 9.09%.

- 2) Labour factors, only 26.09% was normal labour compared to 73.91% needed intervention such as forceps extraction, vacuum extraction, breech maneuver, especially Caesarian section take part of 40.91%. There was 18.18% needed oxytocin intravenous before delivery, and 21.74% were delay second stage of labour.
- 3) Newborn factors, weight is a very important factor. 39.13% of these groups of newborn were below 2500 gms body weight. History of meconium stained before was 4.35%, history of abnormal fetal heart rate during in labour period was 17.39%. 5 cases were breech presentation measured to 21.74%.

Conclusion :

With advance technology now, there are many ways monitor or measurement fetus whose may have problem of birth asphyxia such as electrical Fetal Heart Monitoring (EFM), Amniocentesis, Fetal scalp blood sampling or ultrasonography, but all of them need expensive specific and complicated tools which must be used or interpreted by expert, these is not practical and not available in most primary hospital, so monitoring clinical risk factors is necessary to predicted this condition, then we can prevent and prepare to proper management.

Keyword :

Birth Asphyxia

บทคัดย่อ

เหตุผลในการศึกษา : ภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดจะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของทารกปรกติกำเนิดและพบว่าทารกที่ขาดออกซิเจนแรกเกิดมีอัตราการตายสูงแล้ว ภาวะการขาดออกซิเจนแรกเกิดยังมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญ คือ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบหัวใจ ระบบการหายใจซึ่งทำให้ทารกเจ็บป่วยและพิการ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรที่ศึกษา : หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลลำปลายมาศและได้รับการวินิจฉัยว่าทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน จำนวน 22 ราย และทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะขาดออกซิเจน จำนวน 23 ราย

ผลการศึกษา : จากการศึกษาในหญิงคลอดบุตรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในเด็กแรกเกิดในโรงพยาบาลลำปลายมาศ สรุปได้ดังนี้

ลักษณะทางคลินิกของมารดา พบว่า อายุของมารดาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 77.27 กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 9.09 กลุ่มอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 13.64 ลักษณะการตั้งครรภ์ เป็นการตั้งครรภ์แฝด 1 ราย เป็นการคลอดบุตรครั้งที่ 2 ร้อยละ 59.09 มีประวัติตกเลือดก่อนคลอด ร้อยละ 9.09 มีประวัติการตายของทารกปรกติก่อนเกิด ร้อยละ 4.55 มีประวัติความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 4.45 และอายุครรภ์ส่วนใหญ่ ครบกำหนดคลอดร้อยละ 77.27 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.64 คลอดหลังกำหนด ร้อยละ 9.09

ปัจจัยการคลอดพบว่าชนิดการคลอด เป็นการคลอดปกติ ร้อยละ 26.09 และได้รับการช่วยคลอด ร้อยละ 73.91 เช่น การใช้คีม การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ มีการผ่าตัดคลอดคลอด ร้อยละ 40.91 ได้รับยากระตุ้นก่อนคลอด ร้อยละ 18.18 ส่วนนำของทารก เป็นท่าก้น ร้อยละ 4.35 และมีระยะเวลารอคอยคลอดระยะที่ 2 นาน ร้อยละ 21.74

ทารกแรกเกิด พบว่า ทารกแรกเกิด มีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 39.13 มีไข้ภายในน้ำคร่ำ ร้อยละ 4.35 การเต้นของหัวใจทารกผิดปกติระหว่างรอกคลอด ร้อยละ 17.39 และคลอดท่าก้น ร้อยละ 4.35

ปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีปัจจุบันสามารถเฝ้าระวังทารกที่อาจมีปัญหาคาราคาออกซิเจนแรกเกิดได้หลายวิธี เช่น การใช้ Electical Fetal Motitoring (EFM) การทำ Amniocentesis การทำ Fetal scalp blood sampling และการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasonography) ซึ่งวิธีการดังกล่าว จะต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงและต้องใช้นุศลากรที่ชำนาญการ ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับเตรียมการช่วยเหลือและเฝ้าระวังป้องกันต่อไป

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537 พบว่า การตายของทารกปริกำเนิดเกิดจากภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดร้อยละ 20.8 สูงเป็นอันดับสองของสาเหตุทั้งหมด⁽¹⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ นอกจากนี้ ภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดยังทำให้สมองขาดออกซิเจนเป็นผลให้ทารกเกิดความพิการภายหลังได้ในประเทศอินเดีย⁽²⁾ พบการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดร้อยละ 3.62 ส่วนประเทศไทยในโรงพยาบาลรามาริบัติ⁽³⁾ พบร้อยละ 3.4 โรงพยาบาลพระปกเกล้า⁽⁴⁾ พ.ศ. 2535 - 2539 พบร้อยละ 4.99 และโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์⁽⁵⁾ พ.ศ. 2537 พบร้อยละ 3.24 จะเห็นได้ว่าอัตราการภาวะทารกขาดออกซิเจนแรก

เกิดยังมีอัตราค่อนข้างสูง

จากรายงานการการขาดออกซิเจนในทารกของจังหวัดบุรีรัมย์ในปี 2545 และปี 2546^(6,7) พบว่า ภาพรวมทั้งจังหวัด มีอัตราการขาดออกซิเจนในทารกลดลง โดยในปี 2545 มีอัตรา 35.8 ต่อพันการเกิดมีชีพ (จำนวน 654 รายจากเด็กเกิดมีชีพ 18,220 ราย) ปี 2546 มีอัตรา 32.79 ต่อพันการเกิดมีชีพ (จำนวน 564 รายจากเด็กเกิดมีชีพ 17,196 ราย) ดัง และหากพิจารณาในรายละเอียดของปี 2546 มีจำนวนเด็กเกิดใหม่จำนวน 17,196 ราย มีการขาดออกซิเจนในทารกทั้งสิ้น 564 ราย คิดเป็นอัตรา 32.78 ต่อพันการเกิดมีชีพ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการการขาดออกซิเจนในทารกต่อจำนวนเด็กเกิดแล้ว พบว่า อำเภอขามเฒ่า มีอัตราการขาดออกซิเจนในทารกสูงสุด คิดเป็น 61.73 รองลง

มาได้แก่ อำเภอนินดินแดง คิดเป็น 54.05 และ อำเภอเมืองบุรีรัมย์ คิดเป็น 50.31 ตามลำดับ ในขณะที่อำเภอลำปลายมาศ มีอัตราการขาดออกซิเจนในทารก 41.11 ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลลำปลายมาศ จึงสนใจที่จะศึกษาภาวะทารกขาดออกซิเจนในโรงพยาบาลลำปลายมาศ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด ให้การดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอด และเตรียมการช่วยเหลือทารกแรกเกิดให้ดี อันจะทำให้สามารถลดอัตราการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด ทั้งด้านมารดา การคลอด และทารกในโรงพยาบาลลำปลายมาศและเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นการลดอัตราการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด ซึ่งจะส่งผลทำให้ลดอัตราการเจ็บป่วยพิการของทารกแรกเกิดและลดอัตราการตายของทารกปริกำเนิดและเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ การดำเนินงานโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดในโรงพยาบาลลำปลายมาศ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

การทำวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดตามปัจจัยเกี่ยวกับมารดา

การคลอดและทารก ในตัวแปรดังต่อไปนี้

ปัจจัยเกี่ยวกับมารดา ได้แก่ อายุมารดา จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์ ประวัติความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติโรคเบาหวาน ประวัติการตกเลือดก่อนคลอด ประวัติการตายของทารกปริกำเนิด และลักษณะการตั้งครรภ์

ปัจจัยเกี่ยวกับการคลอด ได้แก่ การได้รับยากระตุ้นคลอด การรอกคลอดระยะที่ 2 เนิ่นนาน และชนิดการคลอด

ปัจจัยเกี่ยวกับทารก ได้แก่ ส่วนนำของทารก ประวัติการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ระหว่างรอกคลอด ประวัติการมีไข้ท่อน้ำคั่ง และน้ำหนักรกแรกเกิด

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่ โรงพยาบาลลำปลายมาศ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 22 คน ในกลุ่มตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่างๆ 15 ตัวแปร คือ อายุมารดา จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์ ประวัติความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติโรคเบาหวาน ประวัติการตกเลือดก่อนคลอด ประวัติการตายของทารกปริกำเนิด ลักษณะการตั้งครรภ์ การได้รับยากระตุ้นคลอด การรอกคลอดระยะที่ 2 เนิ่นนาน ชนิดการคลอด ส่วนนำของทารก ประวัติการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติระหว่างรอกคลอด ประวัติการมีไข้ท่อน้ำคั่ง และน้ำหนักรกแรกเกิด

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

การวินิจฉัย ภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด ในการวิจัยนี้ใช้การประเมินทารกแรกเกิดโดยการให้คะแนนแอสการ์ด ซึ่งมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของมารดาทุกคน ทารกที่มีคะแนนแอสการ์ดที่ 1 นาที 0-7 บ่งบอกว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะทารก

ขาดออกซิเจนแรกเกิด

1. การวินิจฉัยภาวะทารกแรกเกิด

ขาดออกซิเจน

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการของทารกที่ใช้ประเมินค่า คะแนนแอสการ์ด

อาการแสดง	คะแนน		
	0	1	2
1. ลักษณะสีผิว	ตัวเขียวคล้ำ ชีด	อาการเขียวที่ส่วนปลายมือปลายเท้า	สีชมพู
2. ชีพจรหรืออัตรา การเต้นของหัวใจ	ไม่มี	ช้า(น้อยกว่า 100 ต่อนาที)	มากกว่า 100 ต่อนาที
3. การตอบสนองต่อ การกระตุ้น	ไม่ตอบสนอง	หน้าเบะ (grimace)	ร้องเสียงดัง
4. การเคลื่อนไหวหรือ ความตึงตัวของ กล้ามเนื้อ	อ่อนปวกเปียก	งอแขนขาบ้าง	เคลื่อนไหวดี
5. การหายใจ	ไม่หายใจ	ช้า ไม่สม่ำเสมอ	ดีร้องดัง

ที่มา : ทารกแรกเกิด โครงการตำรา - ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล
2536; 57⁽⁸⁾

ในการประเมินทารกแรกเกิด Dr. Virginia Apgar⁽⁹⁾ เป็นผู้ที่ริเริ่มนำเอาลักษณะอาการต่าง ๆ ของทารก มาใช้ในการประเมินว่ามีภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด มากน้อยเพียงใด และจำเป็นจะต้องแก้ไขทารกอย่างไร โดยการประเมินจากอาการแสดง 5 อย่าง และให้คะแนนแต่ละอาการแสดงด้วยคะแนน 0-2 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 เมื่อรวมกันทั้ง 5 อย่างแล้วจะได้คะแนนแอสการ์ด ตั้งแต่ 0-10 ซึ่งแสดงภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดจากมากไปหาน้อย

การประเมินค่าคะแนนแอสการ์นั้น ทำหลังจากที่คลอดเสร็จแล้วเมื่อ 1 นาที เพื่อที่จะบ่งชี้ว่าควรแก้ไขทารกอย่างไร และเมื่อ 5 นาที เพื่อประเมินดูแลผลของการแก้ไขทารก ถ้ายังไม่ดีขึ้นอย่างเป็นที่น่าพอใจ ก็ควรจะประเมินดูอีกเมื่อครบ 10 และ 15 นาที ค่าคะแนนแอสการ์ที่ 5 นาที จะมีความสำคัญในการพยากรณ์ภาวะของทารกกว่าจะเป็นอย่างไรต่อไป โอกาสรอดมีมากหรือน้อย และถ้าทารกจะเป็นปกติหรือไม่ การประเมินค่าคะแนนแอสการ์นั้นควรจะเป็นไปโดยอัตโนมัติ และทำไป ในขณะที่เดียวกับที่ตรวจ หรือดูดเสมหะให้ทารก

การวินิจฉัย ภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด ให้พิจารณาจากค่าคะแนนแอสการ์ 0-7 ที่ 1 นาที บ่งบอกว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ค่าคะแนนแอสการ์ เป็นเพียงสิ่งบ่งชี้ว่าควร แก้ไขทารกในระยะแรกเกิดอย่างไรเท่านั้น หากสามารถวินิจฉัยภาวะทารกขาดออกซิเจน ได้ก่อนคลอดจะช่วยได้ เตรียมการแก้ไขทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาการภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลลำปลายมาศครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดตามปัจจัยเกี่ยวกับมารดา การคลอดและทารก ที่มาคลอดในโรงพยาบาล

ลำปลายมาศ ดังมีรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลลำปลายมาศ และได้รับการวินิจฉัยว่าทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน จำนวน 22 ราย และทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะขาดออกซิเจนจำนวน 23 ราย

ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูลตั้งแต่ พฤษภาคม 2548-มิถุนายน 2548

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับมารดา การคลอด และทารก

ข้อมูลเกี่ยวกับมารดา ได้แก่ อายุมารดา จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์ ประวัติความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติโรคเบาหวาน ประวัติการตกเลือดก่อนคลอด ประวัติการตายของทารกปริกำเนิด และลักษณะการตั้งครรภ์

ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ได้แก่ การได้รับยากระตุ้นคลอด การรอกคลอดระยะที่ 2 เน้นนาน และชนิดการคลอด

ข้อมูลเกี่ยวกับทารก ได้แก่ ส่วนนำของทารก ประวัติทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ประวัติการเดินของหัวใจทารกผิดปกติระหว่างรอคอด ประวัติการมีไข้เท่าในน้ำคร่ำ และ น้ำหนักทารกแรกเกิด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งผู้วิจัยคัดลอกมาจากเวชระเบียนของมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลลำปลายมาศในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2547 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2547 โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของมารดา (N = 22)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	2	9.09
20-34 ปี	17	77.27
มากกว่า 35 ปี	3	13.64
ลักษณะการตั้งครรภ์		
ครรภ์เดียว	21	95.45
ครรภ์แฝด	1	4.55
จำนวนครั้งการคลอด		
คลอดครั้งที่ 1	6	27.27
คลอดครั้งที่ 2	13	59.09
คลอดครั้งที่ 3	1	4.55
คลอดครั้งที่ 4	2	9.09

1. รวบรวมเลขประจำตัวโรงพยาบาลของมารดาที่คลอดบุตรมีชีพทั้งหมด จากเวชสถิติโรงพยาบาลลำปลายมาศ

2. รวบรวมเลขประจำตัวโรงพยาบาลของมารดาที่คลอดบุตรมีชีพและเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดทั้งหมด โดยค้นหาจากสมุดย่อคลอดของงานห้องคลอดโรงพยาบาลลำปลายมาศ

ผลการศึกษา

การศึกษาการภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลลำปลายมาศสามารถนำเสนอได้ ดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของมารดา (N = 22) (ต่อ)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการตกเลือดก่อนคลอด		
มี	2	9.09
ไม่มี	20	90.91
ประวัติโรคเบาหวาน		
มี	0	0
ไม่มี	22	100
ประวัติการตายของทารกปริกำเนิด		
มี	1	4.55
ไม่มี	21	95.45
ประวัติความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์		
มี	1	4.55
ไม่มี	21	95.45
อายุครรภ์		
ครบ	17	77.27
ก่อนกำหนดคลอด	3	13.64
หลังกำหนดคลอด	2	9.09

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของมารดา พบว่า อายุของมารดาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.27 ลักษณะการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.45 เป็นการคลอดบุตรครั้งที่ 2 จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.09 มีประวัติตกเลือดก่อนคลอด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 ทุกรายไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีประวัติการตายของทารกปริกำเนิด จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 4.55 มีประวัติความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 4.55 และ อายุครรภ์ ส่วนใหญ่ครบกำหนดคลอดจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.27

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยการคลอด (N = 22)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดการคลอด(N=23)		
ปกติ	6	26.09
ใช้เครื่องมือช่วยคลอด	7	30.43
คลอดทำกัน	1	4.35
ผ่าตัดคลอด	9	39.13
การได้รับยากระตุ้น(N=22)		
มี	4	18.18
ไม่มี	18	81.82
ส่วนนำของทารก(N=23)		
ศีรษะ	18	78.26
ก้น	5	21.74
ระยะเวลาการคลอดระยะที่ 2 (N=23)		
เนิ่นนาน	5	21.74
ไม่เนิ่นนาน	18	78.26

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาจากปัจจัยการคลอดพบว่าชนิดการคลอด เป็นการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดคลอด จำนวน 9 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40.91 ได้รับยากระตุ้นก่อนคลอด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.18 ส่วนนำของทารก เป็นท่าก้น จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 และมีระยะเวลาการคลอดระยะที่ 2 เนิ่นนาน จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางทารก(N = 23)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักทารกแรกเกิด		
น้อยกว่า 2500	9	39.13
2500 ขึ้นไป	14	60.87
ประวัติการมีไข้ภายในน้ำคร่ำ		
มี	1	4.35
ไม่มี	22	95.65
ประวัติการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติระหว่างรอกคลอด		
มี	4	17.39
ไม่มี	19	82.61
คะแนนแอฟการ์ ที่ 1 นาที		
3 คะแนน	2	8.70
4 คะแนน	3	13.04
5 คะแนน	6	26.09
6 คะแนน	12	52.17
คะแนนแอฟการ์ ที่ 5 นาที		
5 คะแนน	1	4.35
7 คะแนน	1	4.35
8 คะแนน	8	34.78
9 คะแนน	6	26.09
10 คะแนน	7	30.43
คะแนนแอฟการ์ ที่ 10 นาที		
8 คะแนน	3	13.04
9 คะแนน	6	26.09
10 คะแนน	14	60.87

จากตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกของทารกแรกเกิด พบว่า ทารกแรกเกิด มีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.13 มีไข้ภายในน้ำคร่ำ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.35 การเต้นของหัวใจทารกผิดปกติระหว่างรอกคลอด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.39 แอ็พการ์ที่ 1 นาที่ ส่วนใหญ่ มีคะแนนแอ็พการ์ 6 คะแนน จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.17 คะแนนแอ็พการ์ที่ 5 นาที่ มีคะแนนแอ็พการ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.8 คะแนน แอ็พการ์ที่ 10 นาที่ ทุกรายมีคะแนนแอ็พการ์ 8 คะแนนขึ้นไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในหญิงคลอดบุตรที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในเด็กแรกเกิดในโรงพยาบาล ลำปลายมาศ สรุปได้ดังนี้

ลักษณะทางคลินิกของมารดา พบว่า อายุของมารดาส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 77.27 ลักษณะการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว ร้อยละ 94.45 เป็นการคลอดบุตรครั้งที่ 2 ร้อยละ 59.09 มีประวัติตกเลือดก่อนคลอด ร้อยละ 9.09 ทุกรายไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีประวัติการตายของทารกปริกำเนิด ร้อยละ 4.55 มีประวัติความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 4.45 และอายุครรภ์ ส่วนใหญ่ ครบกำหนดคลอดร้อยละ 77.27

ปัจจัยการคลอดพบว่าชนิดการคลอด เป็นการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดคลอด ร้อยละ 40.91 ได้รับยากระตุ้นก่อนคลอด ร้อยละ 18.18 ส่วนนำของทารก เป็นท่าก้น ร้อยละ 21.74 และมีระยะเวลารอกคลอดระยะที่ 2 เน้นนาน ร้อยละ 21.74

ทารกแรกเกิด พบว่า ทารกแรกเกิด มีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 39.13 มีไข้ภายในน้ำคร่ำ ร้อยละ 4.35 การเต้นของหัวใจทารกผิดปกติระหว่างรอกคลอด ร้อยละ 17.39 แอ็พการ์ที่ 1 นาที่ ส่วนใหญ่ มีคะแนนแอ็พการ์ 6 คะแนน ร้อยละ 52.17 คะแนน แอ็พการ์ที่ 5 นาที่ มีคะแนนแอ็พการ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ร้อยละ 8.8 คะแนน แอ็พการ์ที่ 10 นาที่ ทุกรายมีคะแนนแอ็พการ์ 8 คะแนนขึ้นไป

ปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีปัจจุบันสามารถเฝ้าระวังทารกที่อาจมี ปัญหาการขาดออกซิเจนแรกเกิดได้หลายวิธี เช่น การใช้ Electical Fetal Motitoring (EFM) การทำ Amniocentesis การทำ Fetal scalp blood sampling และการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasonography) ซึ่งวิธีการดังกล่าว จะต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง และต้องใช้บุคลากรที่ชำนาญการ ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้ ดังนั้น การเฝ้าระวังปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเป็นข้อมูล สำหรับเตรียมการช่วยเหลือและเฝ้าระวังป้องกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วัลลภ ไทยเหนือ.ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Perinatal asphyxia) ความหวังของการพัฒนานามัยแม่และเด็ก. การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2538 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย วันที่ 16-17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2538 โรงแรมรีเจนท์ ซะอารีสอร์ท อ.ชะอำ จ.เพชรบุรี
2. Chandra S, Ramji S, Thipuram S.Perinatal asphyxia:multivariate analysis of risk factor in hospital birth.Indian Pediatrics 1997;34(3): 206-12
3. ประพุทธ ศิริบุญย์, อนันต์ เดชะเวช. การบริหารทารกแรกเกิด ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์และคณะ, บรรณาธิการ. สติศาสตร์รามาธิบดี 1. กรุงเทพฯ:เฮลท์ ออทอดิตส์, 2537: 467
4. สุภรณ์ สมหล่อ. การตายทารกปริกำเนิด จากภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลพระปกเกล้าระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539. วารสารศูนย์การแพทย์ศึกษา แพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2540;14(2):70-7
5. วาริชา เจนจินดามัย. การช่วยคืนชีพทารกแรกเกิดแนวใหม่. สงขลานครินทร์ เวชสาร. 2539;14(2):81-7
8. Word Health OrganiZation. International statisticcal classification of diseases and related health problems tenth revision. Geneva, 1992
9. Apger v.Aproposal for a new method of evaluation on the newborn infant. Curr Res Anesth Analg 1963;32: 262-5