

การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลสุรินทร์

Perinatal Mortality at Surin Hospital

ผการัตน์ แสงกล้า พ.บ.*

Abstract

- Background** : Perinatal Mortality is an important health index which represents the efficiency of antenatal and neonatal care. The previous studies revealed the perinatal mortality rate of developing countries including Thailand was still higher than that of developed countries. Moreover, most causes of perinatal death are preventable.
- Objective** : To identify perinatal mortality at Surin Hospital from 1 October 1999 to 30 September 2001.
- Setting** : Obstetric and Gynecological department and pediatric department, Surin Hospital.
- Research Design** : Retrospective descriptive study.
- Method** : Perinatal dead data were collected from neonatal chart and maternal chart.
- Results** : From 1 October 1999 to 30 September 2001 there were 15,432 births in Surin Hospital while 15,325 neonates were alive. There were 107 stillbirths with the rate of 6.93 per 1,000 births and 71 early neonatal dead with the rate of 4.63 per 1,000 live births. The perinatal mortality rate was 11.53 per 1,000 births. The causes of perinatal death were macerated stillbirth (33.71%), perinatal asphyxia (25.28%), Specific condition (16.29%), condition associated with immaturity (12.36 %) and congenital malformations (12.36%).
- Conclusion** : Perinatal mortality rate at Surin Hospital From 1 October 1999 to 30 September 2001 was 11.53 per 1,000 births which was slightly higher than the target in the eighth national economical and social development plan. Good caring during pregnancy, labouring, and newborn babies are highly recommended to be implemented for preventing perinatal mortality.

* นายแพทย์ 7 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

เหตุผลของการวิจัย : อัตราตายปริกำเนิด เป็นดัชนีที่บ่งถึงประสิทธิภาพของการดูแลมารดาและทารก ระดับสุขภาพอนามัยของประชากรรวมถึงการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม ของชุมชน ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา อัตราตายปริกำเนิดยัง ค่อนข้างสูงและสาเหตุการตายปริกำเนิด ส่วนใหญ่จะเป็นสาเหตุการตายที่ สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2544

สถานที่ศึกษา : กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีการศึกษา : รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของทารกตายปริกำเนิด ที่คลอดในโรงพยาบาล สุรินทร์ และคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2544

ผลการศึกษา : ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2544 จำนวนทารกที่คลอด ในโรงพยาบาลสุรินทร์ และคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 15,432 ราย มีทารกคลอดมีชีพ จำนวน 15,325 ราย ทารกตายคลอด 107 รายคิด เป็นอัตราตายคลอด 6.93 ต่อ 1,000 การคลอด ทารกแรกเกิดตายภายใน 7 วัน จำนวน 71 ราย อัตราตายของทารกแรกเกิดระยะต้น 4.63 ต่อ 1,000 การ คลอดมีชีพ ทารกตายปริกำเนิด 178 ราย คิดเป็นอัตราตายปริกำเนิด 11.53 ต่อ 1,000 การคลอด สาเหตุการตายปริกำเนิด ส่วนใหญ่เป็นการตายเปื่อย (ร้อยละ 33.71) ถัดไป คือภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด (ร้อยละ 25.28) สาเหตุ เฉพาะ (ร้อยละ 16.29) ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 12.36) และความพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 12.36)

สรุป : อัตราตายปริกำเนิด ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 30 กันยายน 2544 เท่ากับ 11.53 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เล็กน้อย แนวทางแก้ไข เพื่อลดอัตราตายปริกำเนิด จะต้องปรับปรุงคุณภาพการดูแลในระยะตั้งครรภ์ การดูแลในระยะคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด ให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

บทนำ

อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) เป็นดัชนีที่บ่งถึงประสิทธิภาพของการดูแลมารดาและทารก ระดับสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากร และยังรวมไปถึงการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคม ของชุมชนด้วย^{1,2} การตายของทารกปริกำเนิดนอกจากจะมีผลกระทบต่อประชากรวัยทารกแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์อีกด้วย ซึ่งประชากรทั้ง 2 กลุ่มนี้ถือเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ นอกจากนี้การตายของทารกปริกำเนิดยังถือเป็นการสูญเสียเปล่าทางเศรษฐกิจ² โดยจะพบว่าอัตราตายของทารกปริกำเนิดในประเทศด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนายังคงอยู่ในระดับสูง และสาเหตุการตายของทารกส่วนใหญ่จะเป็นการตายจากภาวะขาดเลือดหรือภาวะขาดออกซิเจนจากภาวะติดเชื้อมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ทั้งสิ้น แต่ในทางตรงกันข้ามในประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราตายของทารกปริกำเนิดจะอยู่ในระดับต่ำ และสาเหตุมักเป็นการตายจากการคลอดก่อนกำหนดกับภาวะทารกพิการแต่กำเนิดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งป้องกันได้ยาก^{2,3}

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาการตายของทารกปริกำเนิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 โดย วิฑูร โสตานนท์ ที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นแห่งแรก² หลังจากนั้นก็มีการศึกษาเรื่องนี้กันอย่างกว้างขวางตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศ โดยมีอัตราตายของทารกปริกำเนิดแตกต่างกันแล้วแต่สถานที่ เวลา และจำนวนประชากร^{2,4-7}

สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544⁸ ได้กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพเด็กเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาในอนาคต โดยกำหนด อัตราตายปริกำเนิด ไม่เกิน 10 ต่อ 1,000 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด รายงานนี้ได้รวบรวมอัตราและสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดโดยอาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก โดยได้จำแนกอัตราตายตามน้ำหนักแรกเกิด ศึกษาปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับการตายของทารก ได้แก่ การฝากครรภ์ อายุครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ และการคลอด รวมถึงอายุของมารดา เพื่อให้ทราบปัญหาและอัตราตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทางสูติกรรมและการดูแลทารกหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากสมุดทะเบียนทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสุรินทร์ จากแฟ้มประวัติทารกที่ตายคลอดและตายใน 7 วัน แรกหลังคลอด รวมทั้งทารกที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2544 โดยใช้ คำจำกัดความดังนี้²

ทารกตายคลอด (Stillbirth) คือ ทารกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัม ที่ตายก่อนคลอด

อัตราตายของทารกแรกเกิดระยะต้น (early neonatal mortality rate, ENMR) ; จำนวนทารกที่เสียชีวิตใน 7 วันแรกหลังคลอด ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย โดยในรายงานนี้ ใช้ทารกที่น้ำหนัก 1,000 กรัม ขึ้นไปเช่นกัน

: อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate, PMR) คือ จำนวนทารกตายคลอด รวมกับทารกที่เสียชีวิตใน 7 วัน หลังคลอดต่อ 1,000 การคลอด

: Perinatal asphyxia⁹ แบ่งออกเป็น

- mild asphyxia หมายถึง ทารกแรกคลอดมี APGAR Score 4-7 ในนาทีที่ 1

- Severe asphyxia หมายถึง ทารกแรกคลอด มี APGAR Score 0-3 ใน นาทีที่ 1

: ทารกเกิดมีชีพ หมายถึง ทารกแรกคลอดที่มีอาการแสดงของการมีชีวิตอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มีการหายใจ หัวใจเต้น มีการเต้นของหลอดเลือดที่สายสะดือ มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

: การจำแนกการตายของทารกปริกำเนิด ตามแบบของ Wigglesworth Classification¹⁰ ซึ่งจำแนกการตายของทารกปริกำเนิดออกเป็น 5 กลุ่มย่อย

1. ทารกตายคลอดตัวเปื่อย แต่รูปร่างปกติ (normally formed macerated stillbirth)

2. ความพิการแต่กำเนิด (Congenital Malformations) ซึ่งทารกอาจตายในครรภ์ หรือตายหลังคลอด

3. ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด (Conditions associated with immaturity)

4. ทารกตายจากภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด (Asphyxial conditions developing in labour)

5. สาเหตุเฉพาะ (Specific conditions other than above)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ, อัตราส่วน

ผลการศึกษา

อุบัติการณ์

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2544 เป็นเวลา 2 ปี มีทารกที่คลอดในโรงพยาบาลสุรินทร์และคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลสุรินทร์ (BBA) ตายทั้งหมด 178 ราย

- ทารกตายคลอด 107 ราย

ชาย : หญิง 56 : 51 เท่ากับ 1.09 : 1

- ทารกตาย 0-7 วันแรกหลังเกิด 71 ราย

หญิง : ชาย 35 : 34 เท่ากับ 1.03 : 1

(ส่วนอีก 2 ราย มีอวัยวะเพศกำกวม)

- ทารกตายปริกำเนิด 178 ราย

ชาย : หญิง 90 : 86 เท่ากับ 1.05 : 1

(2 รายมีอวัยวะเพศกำกวม)

พบว่าอัตราตายปริกำเนิดในปีงบประมาณ 2543 เท่ากับ 11.76 ต่อ พันการคลอดและในปีงบประมาณ 2544 เท่ากับ 11.30 ต่อพันการคลอด เฉลี่ยเท่ากับ 11.53 ต่อพันการคลอด

อัตราทารก 0-7 วัน ตาย เท่ากับ 4.41 อัตราของทารกในปีงบประมาณ 2543- และ 4.87 ต่อพันการคลอดมีชีพ ใน ปีงบประมาณ 2544 ดังแสดงในตารางที่ 1 และทารกตายปริ 2543 และ 2544 ตามลำดับ เฉลี่ย 4.63 ต่อ กำเนิดแยกตามน้ำหนักแสดงในตารางที่ 2 พันการคลอดมีชีพ

ตารางที่ 1 แสดงอัตราตายของทารก ปีงบประมาณ 2543-2544

	ปีงบประมาณ 2543	ปีงบประมาณ 2544	รวม
Total Births (ราย)	7,996	7,436	15,432
Live births (ราย)	7,937	7,388	15,325
Stillbirths (ราย)	59	48	107
Early neonatal deaths (ราย)	35	36	71
Perinatal deaths (ราย)	94	84	178
Stillbirth rate(*)	7.38	6.46	6.93
Early Neonatal mortality rate (**)	4.41	4.87	4.63
Perinatal mortatity rate(*)	11.76	11.30	11.53

(*) ต่อพันการคลอด

(**) ต่อพันการคลอดมีชีพ

ตารางที่ 2 ทารกตายปรกติกำเนิด แยกตามน้ำหนัก

น้ำหนัก (กรัม)	ทารกตายคลอด (ราย)	ทารกตาย 0-7 วัน (ราย)	รวม	ร้อยละ
1,000-1,499	31	19	50	28.09
1,500-1,999	14	14	28	15.73
2,000-2,499	20	15	35	19.66
2,500-2,999	19	11	30	16.85
3,000-3,499	16	11	27	15.17
3,500-3,999	4	0	4	2.25
ตั้งแต่ 4,000	3	1	4	2.25
รวม	107	71	178	100

จากตารางที่ 2 ทารกตายปรกติกำเนิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีจำนวน 103 คน เท่ากับ ร้อยละ 63.48

สาเหตุการตายของทารกตายคลอด ตาม Wigglesworth Classification แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สาเหตุการตายของทารกตายคลอด ตาม Wigglesworth Classification

สาเหตุการตาย	ปีงบประมาณ 2543	ปีงบประมาณ 2544	รวม	ร้อยละ
1. ตายเปื่อย	34	26	60	56.08
2. ความพิการแต่กำเนิด	3	4	7	6.54
3. ขาดออกซิเจนระยะคลอด	16	17	33	30.84
4. สาเหตุเฉพาะ	6	1	7	6.54
รวม	59	48	107	100

ความพิการแต่กำเนิด พบ 7 ราย เป็น Anecephalus 3 ราย Hydrocephalus 2 ราย รูปวิปริตมากกว่า 2 อย่าง 2 ราย (แขนขาพิการ และมีก้อนเนื้อบริเวณก้นกบ อีกรายไม่มีบันทึก รายละเอียดความผิดปกติไว้)

ตายจากการขาดออกซิเจนระยะคลอด 33 ราย ซึ่งเกิดจากการคลอดที่ติดขัด 8 ราย (ท่าก้น 4 ราย, ติดไหล่ 1 ราย, ท่าหงายหน้า 1 ราย, ท่าขวาง 1 ราย, Prolapsed Arm 1 ราย) สายสะดือย้อย 2 ราย และจากภาวะ Antepartum

hemorrhage 16 ราย แม่ได้รับอุบัติเหตุมดลูกแตก 1 ราย ภาวะ Placental insufficiency 1 ราย ไม่ทราบสาเหตุ 5 ราย

ตายจากสาเหตุเฉพาะ 7 ราย เป็น Hydrop felalis 5 ราย คลอดเกินกำหนด (Post term) 1 ราย และติดเชื้อ (Chorioamnionitis) 1 ราย

สาเหตุการตายของทารก 0-7 วัน แรกหลังเกิดแยกตาม Wigglesworth Classification ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สาเหตุการตายของทารก 0-7 วัน แยกตาม Wigglesworth Classification

สาเหตุการตาย	ปีงบประมาณ 2543	ปีงบประมาณ 2544	รวม	ร้อยละ
1. ความพิการแต่กำเนิด	6	9	15	21.12
2. ตายจากการคลอดก่อนกำหนด	11	11	22	30.99
3. ขาดออกซิเจนระยะคลอด	7	5	12	16.90
4. สาเหตุเฉพาะ	11	11	22	30.99
รวม	35	36	71	100

ความพิการแต่กำเนิด พบ Anencephalus 8 ราย Hydrocephalus 3 ราย (1 ราย มี Clef lip และ Cleft palate ร่วมด้วย) Gastroschisis 1 ราย รูปวิปริตมากกว่า 2 อย่าง 2 ราย Thanatophoric dysplasia 1 ราย

ตายจากการขาดออกซิเจนระยะคลอด 12 ราย ซึ่งเกิดจากการคลอดติดขัด 4 ราย (คลอดท่าก้นติดหัว 1 ราย, คลอดท่าแขนหน้า 1 ราย, การคลอดที่ยาวนาน 2 ราย) ภาวะ Antepartum hemorrhage 7 ราย และสายสะดือย้อย 1 ราย

สาเหตุเฉพาะ พบ Cytomegalovirus infection 1 ราย Congenital infection ไม่ระบุเชื้อ 1 ราย Sepsis 8 ราย Meconium aspiration syndrome 4 ราย Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn 1 ราย Right Chylothorax 1 ราย โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 1 ราย และ Hydrop fetalis 5 ราย

จากตารางที่ 3 และตารางที่ 4 สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด ที่พบมากที่สุดคือตายเปื่อย 60 ราย (ร้อยละ 33.71) ขาดออกซิเจนระยะคลอด 45 ราย (ร้อยละ 25.28) สาเหตุเฉพาะ 29 ราย (ร้อยละ 16.29) ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด 22 ราย (ร้อยละ 12.36) และความพิการแต่กำเนิด 22 ราย (ร้อยละ 12.36)

ทารกตายปริกำเนิดที่ทำการศึกษา พบว่าคู่แฝดที่เสียชีวิตทั้ง 2 คน มี 3 คู่ คู่แรก น้ำหนัก 2,000 กรัม และ 2,800 กรัม ตายเปื่อยทั้งคู่ คู่ที่ 2 น้ำหนัก 1,100 กรัม และ 1,050 กรัม ตายจากการคลอดก่อนกำหนด และคู่ที่ 3 น้ำหนัก 2,400 กรัม ตายสด น้ำหนัก 2,800 กรัม ตายเปื่อย

อายุของมารดาที่ทารกตาย พบว่ามารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และมารดาที่อายุมากกว่า 35 ปี ทารกตายร้อยละ 9.71 และ 18.86 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงอายุมารดาของทารกตายปริกำเนิด

อายุมารดา	ปีงบประมาณ 43	ปีงบประมาณ 44	รวม	ร้อยละ
15-19 ปี	10	7	17	9.71
20-24 ปี	20	22	42	24.00
25-29 ปี	19	20	39	22.29
30-35 ปี	23	21	44	25.14
36-40 ปี	16	9	25	14.29
≥ 41 ปี	5	3	8	4.57
รวม	93	82	175	100

ลำดับกรรมมารดาที่ทารกตายปริกำเนิด แสดงในตารางที่ 6 พบว่าครรภ์ ที่ 1,2,3 ตาย ร้อยละ 27.43, 36.00 และ 19.43 ตามลำดับ ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป ทารกตายร้อยละ 17.14

ตารางที่ 6 ทารกตายปริกำเนิด ตามลำดับครรภ์

ลำดับครรภ์ที่ (Partiry)	ปีงบประมาณ 2543 (ราย)	ปีงบประมาณ 2544 (ราย)	รวม (ราย)	ร้อยละ
1	25	23	48	27.43
2	29	34	63	36.00
3	19	15	34	19.43
4	14	3	17	9.71
5	2	6	8	4.57
6	3	1	4	2.29
≥ 7	1		1	0.57
รวม	93	82	175	100

การฝากครรภ์ของมารดา

มารดาฝากครรภ์ 157 ราย (ร้อยละ 89.71) ไม่ฝากครรภ์ 18 ราย (ร้อยละ 10.29) มารดาที่ฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 61.71) พบว่า ฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลสุรินทร์ 45 ราย (ร้อยละ 25.71) และโรงพยาบาลชุมชน 40 ราย (ร้อยละ 22.86) ฝากครรภ์ที่สถานีนอนมัย 39 ราย (ร้อยละ 22.29) ดังแสดงในตารางที่ 7 และ 8

ตารางที่ 7 จำนวนฝากครรภ์ ของมารดาที่ทารกตายปริกำเนิด

จำนวนครั้งการฝากครรภ์	ปีงบประมาณ 2543 (ราย)	ปีงบประมาณ 2544 (ราย)	รวม (ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้ฝากครรภ์	9	9	18	10.29
ไม่ได้ระบุจำนวน	1	6	7	4.00
ฝาก 1 ครั้ง	6	5	11	6.29
ฝาก 2 ครั้ง	9	6	15	8.57
ฝาก 3 ครั้ง	8	8	16	9.14
ฝาก 4 ครั้ง	9	5	14	8.00
ฝาก 5 ครั้ง	14	10	24	13.71
ฝาก 6 ครั้ง	8	4	12	6.86
ฝาก 7 ครั้ง	5	7	12	6.86
ฝาก 8 ครั้ง	5	9	14	8.00
ฝาก 9 ครั้ง	9	7	16	9.14
ฝาก 10 ครั้งขึ้นไป	10	6	16	9.14
รวม	93	82	175	100

ตารางที่ 8 สถานที่ฝากครรภ์ของมารดา

สถานที่ฝากครรภ์	ปีงบประมาณ 2543 (ราย)	ปีงบประมาณ 2544 (ราย)	รวม (ราย)	ร้อยละ
1. สถานีอนามัย	22	17	39	22.29
2. โรงพยาบาลชุมชน	21	19	40	22.86
3. โรงพยาบาลสุรินทร์	26	19	45	25.71
4. คลินิกแพทย์	8	7	15	8.57
5. โรงพยาบาลอื่น ๆนอกจังหวัดสุรินทร์	2	4	6	3.43
6. สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน	-	1	1	0.57
7. สถานีอนามัยและโรงพยาบาลสุรินทร์	2	2	4	2.28
8. โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสุรินทร์	3	2	5	2.86
9. โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลสุรินทร์	-	2	2	1.14
10. ไม่ได้ฝากครรภ์	9	9	18	10.29
รวม	93	82	175	100

อายุครรภ์ของมารดา

มารดาที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มี 107 ราย (ร้อยละ 61.14) มารดาที่อายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์มี 4 ราย (ร้อยละ 2.29) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 อายุครรภ์ของมารดาที่คลอดทารกตายปรักำเนิด

อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ปีงบประมาณ 2543 (ราย)	ปีงบประมาณ 2544 (ราย)	รวม (ราย)	ร้อยละ
28-32	35	23	58	33.14
33-34	9	13	22	12.57
35	7	6	13	7.43
36	7	7	14	8.00
37	5	5	10	5.72
38	6	4	10	5.71
39	9	4	13	7.43
40	9	13	22	12.57
41	1	1	2	1.14
42	2	3	5	2.86
≥ 43	2	2	4	2.29
ไม่ระบุอายุครรภ์	1	1	2	1.14
รวม	93	82	175	100

มารดาที่มีประวัติแท้ง 39 ราย (ร้อยละ 22.28) เป็นการแท้ง 1 ครั้ง 34 ราย แท้ง 2 ครั้ง 4 ราย และแท้ง 3 ครั้ง 1 ราย และมารดาที่มีประวัติลูกตายในครรภ์ 1 ราย

วิธีการคลอด คลอดปกติ 99 ราย (ร้อยละ 55.62) ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 44 ราย (ร้อยละ 24.72) คลอดทำกัน (ทั้ง Breech assisting และ Spontaneous Breech) 28 ราย (ร้อยละ 15.73) ดังแสดงในตารางที่ 10

อาชีพของมารดาส่วนใหญ่เป็น เกษตรกร ทำนา 129 ราย (ร้อยละ 73.71) รองลงมาคือ รับจ้าง 14 ราย (ร้อยละ 8) แม่บ้าน 11 ราย (ร้อยละ 6.28)

การศึกษาของมารดา มีข้อมูลบันทึกไว้เพียง 27 ราย คือ ประถมศึกษา 21 ราย มัธยมต้น 2 ราย มัธยมปลายหรือเทียบเท่า 2 ราย ปริญญาตรี 2 ราย

ตารางที่ 10 แสดงวิธีการคลอด

วิธีการคลอด	ตายคลอด		ตายใน 7 วัน		ตายปริกำเนิด	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
คลอดปกติ	68	63.55	31	43.66	99	55.62
ดูดด้วยสุญญากาศ	1	0.93	2	2.82	3	1.68
คลอดทำกัน	15	14.02	13	18.31	28	15.73
ผ่าตัดทางหน้าท้อง	21	19.63	23	32.39	44	24.72
คลอดระหว่างทางมาโรงพยาบาล (BBA)	2	1.87	2	2.82	4	2.25
รวม	107	100	71	100	178	100

วิจารณ์

อัตราตายปริกำเนิดของทารกในโรงพยาบาลสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2543 และ 2544 เท่ากับ 11.76 และ 11.30 ต่อพันการคลอดตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.53 ต่อพันการคลอด ส่วนอัตราตายของทารกแรกเกิดระยะต้น เท่ากับ 4.41 และ 4.87 ต่อพัน

การคลอดมีชีพ ในปีงบประมาณ 2543 และ ปีงบประมาณ 2544 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ต่อพันการคลอดมีชีพ

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ที่กำหนดให้อัตราการตายปริกำเนิดไม่เกิน 10 ต่อพันการคลอด พบว่าอัตราการตายปริกำเนิดของ

โรงพยาบาลสุรินทร์มีค่าใกล้เคียงโดยสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 ปีที่ทำการศึกษาพบว่า อัตราตายปริกำเนิดมีค่าใกล้เคียงกัน โดยมีค่าลดลงเล็กน้อย เนื่องจากยังไม่เคยมีการรวบรวมและรายงานการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลสุรินทร์มาก่อนหน้านี้ จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบอัตราตายปริกำเนิดของทารกในโรงพยาบาลสุรินทร์ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษากับช่วงเวลาก่อนหน้านี้ได้ ส่วนการศึกษาจากที่อื่น เช่น การศึกษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยสมบุญรต์ สมหล่อ¹¹ พบว่า อัตราตายทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลพระปกเกล้ามีแนวโน้มลดลง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2530- พ.ศ. 2534 อัตราตายทารกปริกำเนิด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.89 ต่อพันการคลอด ส่วนในช่วงปี 2535-2539 อัตราตายปริกำเนิด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.10 ต่อพันการคลอด เช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเด็ก ก็พบว่าอัตราตายปริกำเนิดก็ลดลงเช่นกัน^{12,13,14}

ทารกตายปริกำเนิด เมื่อแยกตามน้ำหนักแรกคลอด พบทารกน้ำหนักตัวน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) มีมากถึงร้อยละ 63.48 ซึ่งค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ ชาตรี ดันติยวงศ์ และ ภาวินี กาญจนถวัลย์¹⁵ ซึ่งศึกษาการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมหาราชนิก ในปีงบประมาณ 2535-2537 พบทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 60.78 และจากการศึกษานี้ พบ

เด็กทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 61.14 ซึ่งทารกคลอดก่อนกำหนดก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่จะทำให้ภาวะ RDS และภาวะการขาดออกซิเจนระยะคลอด¹⁶

สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด เมื่อจำแนกตาม Wigglesworth Classification พบว่า ทารกตายเปื่อยมากที่สุด ร้อยละ 33.71 รองลงมาคือการขาดออกซิเจนระยะคลอด ร้อยละ 24.72 ส่วนสาเหตุการตายลำดับถัดไป คือตายจากสาเหตุเฉพาะ, ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด และความพิการแต่กำเนิดตามลำดับ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาจากที่อื่น ๆ^{11,15,17,18,19} ซึ่งการลดการตายปริกำเนิดจากสาเหตุทารกตายคลอดตัวเปื่อยจะต้องดำเนินการแก้ไขเรื่องการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น^{2,10} ซึ่งนอกจากการแนะนำให้สตรีมีครรภ์ฝากครรภ์อย่าง น้อย 4 ครั้งตามเกณฑ์กำหนดของกระทรวงสาธารณสุขแล้วจะต้องปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการการฝากครรภ์ แก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการฝากครรภ์ และการตรวจพบความผิดปกติที่อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ทารกตายในครรภ์ได้อย่างรวดเร็ว เช่น สามารถวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่าอัตราปกติหรือไม่เพิ่มขึ้น ทารกในครรภ์คั่งน้ำน้อยกว่าปกติหรือไม่คั่งเป็นต้น นอกจากนี้แพทย์สามารถให้บริการการตรวจดูสภาวะของทารกใน

ครรภ์โดยใช้เครื่อง Fetal monitoring และ
แปลผลการตรวจได้ถูกต้องและแม่นยำ²⁰

การตายจากภาวะขาดออกซิเจนในระยะ
คลอดเป็นสาเหตุการตายปริกำเนิดที่พบเป็น
ลำดับสอง ซึ่งจะต้องปรับปรุงคุณภาพการดูแล
ในระยะคลอด^{2,10,19} แพทย์ พยาบาล จะต้องเฝ้า
ดูแลมารดาที่มากคลอดอย่างใกล้ชิด ฟังเสียงหัวใจ
ทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ, มีการทำ Fetal
monitoring ในรายที่สงสัยว่าจะมีภาวะขาด
ออกซิเจนของทารกในครรภ์ ควรใช้ partograph
ทุกราย และมีการทำสูติศาสตร์หัตถการอย่าง
เหมาะสม เพื่อลดอันตรายของทารกจากการคลอด
รวมถึงมีการเตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
ซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาแล้ว คอยช่วยเหลือ
ทารกแรกเกิดที่อาจมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะ
คลอด จะทำให้การตายปริกำเนิดจากภาวะขาด
ออกซิเจนในระยะคลอดลดลงได้^{13,21,22,23,24}

สาเหตุการตายทารกปริกำเนิดลำดับที่สาม
คือสาเหตุเฉพาะ ซึ่งสาเหตุที่พบมาก คือ Hydrop
fetalis และการติดเชื้อ โดยพบทารกเสียชีวิต จาก
Hydrop fetalis 10 ราย และจากการติดเชื้อ 9
ราย (Sepsis 8 ราย Chorioamnionitis 1 ราย)
การลดอัตราการตายทารกปริกำเนิดจากสาเหตุเฉพาะนี้
จะต้องอาศัยแพทย์ และบุคลากรที่มีความรู้ความ
สามารถในการวินิจฉัยความผิดปกติ รวมถึงการ
ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพร่วมด้วย^{22,24}

การตายจากภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอด
ก่อนกำหนดแก้ไขโดยการดูแลที่ดีในระยะตั้งครรภ์

เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด การดูแลที่ดี
ในระยะคลอด รวมถึงการดูแลทารกหลังคลอดที่ดี
มีทีมงาน และเครื่องมือที่พร้อม จึงสามารถลด
การตายจากภาวะนี้ลงได้¹⁶

ส่วนการตายจากความพิการแต่กำเนิด 3
ลำดับแรก ได้แก่ Anencephalus พบมากที่สุด
11 ราย, Hydrocephalus 5 ราย รูปวิปริตมากกว่า
2 อย่าง 4 ราย การลดการตายจากความพิการ
แต่กำเนิดทำได้โดยการตรวจวินิจฉัยความผิด
ปกติตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ โดยการตรวจโดย
เครื่องเสียงความถี่สูง (Ultrasonogram) การทำ
Prenatal Screening, ตรวจโครโมโซมของ
ทารกในครรภ์ เพื่อพิจารณายุติการตั้งครรภ์ใน
รายที่ทารกมีความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง^{2,25}

สรุป

ได้รายงานการศึกษาทารกตายปริกำเนิด
ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.
2542 ถึงกันยายน พ.ศ. 2544 มีทารกที่คลอด
ในโรงพยาบาลสุรินทร์และคลอดก่อนมาถึง
โรงพยาบาลสุรินทร์ ตาย 178 ราย เป็นทารก
ตายคลอด 107 ราย ตายภายใน 7 วันหลังคลอด
71 ราย อัตราตายปริกำเนิด เท่ากับ 11.53 ต่อ
พันการคลอด ส่วนใหญ่เป็นทารกที่มีน้ำหนักตัว
น้อยและคลอดก่อนกำหนด สาเหตุการตายของ
ทารกตายคลอดที่พบบ่อยที่สุด คือ ตายเปื่อย
ส่วนสาเหตุการตายของทารกตายใน 7 วันหลัง
คลอดคือการขาดออกซิเจนในระยะคลอด

ดังนั้นการลดการตายปรกติ จะต้อง
ดำเนินการ แก้ไขปรับปรุงคุณภาพ การดูแลระยะ
ตั้งครรภ์การดูแลในระยะคลอดและการดูแล
ทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ปราโมทย์
สุจินพรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่
อนุญาตให้ทำการศึกษาและนำเสนอรายงานการ
ศึกษา ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ที่ให้ความ
ช่วยเหลือในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธราธิป โคละทัต. การเสียชีวิตของทารก
แรกเกิด. ใน มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี,
อรุณ วงษ์จิรายุทธ์, ประอร ชวลิตธำรง
และพิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมาร
เวชศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว
การพิมพ์, 2540 : หน้า 203-11
2. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ และกำแหง
จาตุรจินดา. การตายของทารกปรกติ. ใน
: ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัว
ประดิษฐ์ และ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล,
บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาธิบดี 1.
นิพนธ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับ
ลิชชิ่ง, 2539 : หน้า 61-86.
3. วิทยา ถิฐาพันธ์ และสายฝน ขวาลไพบุลย์.
การตายของทารกปรกติ. ใน : เขื่อน

- ต้นนิรันดร์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์
มารดาและทารก. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อและ
อุษาการพิมพ์, 2544 : หน้า 329-38.
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
สถิติหลักด้านอนามัยแม่และเด็ก : รายงาน
เบื้องต้น. สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร 2544
; 10 : 20-26
5. ประพุทธ ศิริบุญย์. ทารกแรกเกิด คำ
จำกัดความและภาพรวมของปัญหา. ใน :
วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์ และสุรางค์
เจียมจรรยา, บรรณาธิการ. ตำรากุมาร
เวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 2)
กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2540 :
หน้า 1-4
6. สมคิด สุริยเลิศ. การตายของทารกปรกติ
ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์
โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2540
; 12 : 31-39.
7. นลินี เดียววัฒนาวิวัฒน์. การตายปรกติ
ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช พ.ศ. 2535-
2537. วารสาร แพทย์เขต 7 2538 ; 14 :
24-32.
8. แผนพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.
2540-2544, ส่วนที่ 4 แผนงาน/โครงการ
จำแนกตามสาขา ; ส่งเสริมสุขภาพ
ควบคุมและป้องกันโรค : หน้า 73-317 :
คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนา

- เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8
ด้านสาธารณสุข.
9. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Geneva, 1992.
 10. J.S. Wigglesworth. Monitoring Perinatal Mortality A Pathophysiological Approach. Lancet 1980 ; 2 : 684-6.
 11. สมบูรณ์ สมหล่อ. อัตราตายทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลพระปกเกล้า พ.ศ. 2535-2539. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2540 ; 14 : 4-14.
 12. Vilai Ratrisawadi, Sunthorn Horpaopan, Uraivan Chotigeat, et al. Perinatal-Neonatal and Weight Specific Neonatal Mortality in Thailand in 1996 and Comparison with 1976 and 1986 : A Hospital Based study. J Med Assoc Thai 1998 ; 81 (7) 506-10
 13. Horpaopan S, Puapongh Y, Ratrisawadi V, et al. Perinatal Mortality at Childrens and Rajvithi Hospitals in 1983-1987. J. Med Assoc Thai 1993 ; 72 (2) : 119-29.
 14. ปพันธ์ พิมุ. การตายปริกำเนิดที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและโรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2540. วิทยานิพนธ์เพื่อวุฒิปัตริแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์ สถาบันฝึกอบรมสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร ; 2541.
 15. ชาตรี ดันตยวรรค์, ภาวณี กาญจนถวัลย์. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ในปีงบประมาณ 2535-2537. วารสารแพทย์เขต 7 2538 ; 1 : 15-23.
 16. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การดูแลระบบการหายใจในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2536.
 17. ประสงค์ วิทยถาวรวงศ์. การตายของทารกปริกำเนิดโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2535-2539. กุมารเวชสารก้าวหน้า 2541 ; 5 : 41-51.
 18. กิตติ วัฒนากุล. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกระหว่างเดือนตุลาคม 2532 ถึงเดือนกันยายน 2535. วารสารแพทย์เขต 7 2536 ; 12 : 113-19.
 19. วิชัย วัชรปรีชาสกุล. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 15 : 105-11.
 20. ศุภวิทย์ มุตตามระ. Intervention of Intrauterine Asphyxia. ใน : ธราธิป โคละทัต และ สุนทร อื้อเผ่าพันธ์,

- บรรณาธิการ. Neonatology for Pediatrician. กรุงเทพฯ : พี. เอ. ลิฟวิ้ง ; 2542. หน้า 14-25.
21. นราธิป โคละทัต. Neonatal Resuscitation : Clues of Success. ใน ธราธิป โคละทัต และ สุนทร อ้อเผ่าพันธ์, บรรณาธิการ. Neonatology for Pediatricians. กรุงเทพฯ : พี. เอ. ลิฟวิ้ง ; 2542. หน้า 60-77
22. ภาวินี กาญจนถวัลย์. การจัดทีมดูแลทารกที่อาจมีภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลมะเร็ง. วารสารแพทย์เขต 7 2538 ; 4 : 331-38
23. เขื่อน ดันนินันดร และธีระ วัชรปรีชานนท์. การวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะทารกบวมน้ำในครรภ์. ใน : เขื่อน ดันนินันดร, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ทารกในครรภ์. กรุงเทพมหานคร : โอเอส. พรินติ้ง เฮาส์ ; 2540, หน้า 438-58.
24. สุกัญญา ทักษพันธ์. Neonatal Sepsis and Meningitis. ใน ธราธิป โคละทัต และสุนทร อ้อเผ่าพันธ์, บรรณาธิการ. Neonatology for Pediatrician. กรุงเทพฯ : พี. เอ. ลิฟวิ้ง ; 2542. หน้า 161 -71.
25. เขื่อน ดันนินันดร. หัตถการในการวินิจฉัยทารกก่อนคลอด. ใน : เขื่อน ดันนินันดร, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ทารกในครรภ์. กรุงเทพมหานคร : โอเอส. พรินติ้ง เฮาส์ ; 2540, หน้า 116-52.