

การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

Perinatal Mortality at Sisaket Hospital

ปิยวัฒน์ อังคะนิช 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 Sisaket Hospital from 1 October 2002 to 30 September 2005.
- Setting** : Obstetric and Gynecological department and pediatric department, Sisaket Hospital.
- Research Design** : Retrospective descriptive study.
- Method** : Perinatal dead data were collected from maternal chart and neonatal chart.
- Results** : From 1 October 2002 to 30 September 2005 there were 11,806 births in Sisaket Hospital while 11,684 neonates were alive. There were 122 stillbirths with the rate of 10.33 per 1,000 births and 72 early neonatal deaths with the rate of 6.16 per 1,000 live births. The perinatal mortality rate was 16.43 per 1,000 births. The causes of perinatal death were macerated stillbirth (41.2%), congenital malformations (23.7%), conditions associated with immaturity (15.0%), perinatal asphyxia (13.4%) and specific conditions (6.7%).
- Conclusion** : Perinatal mortality rate at Sisaket Hospital from 1 October 2002 to 30 September 2005 was 16.43 per 1,000 births which was higher than the target in the ninth national economical and social development plan. Good caring during pregnancy, labouring and newborn babies are highly recommended to be implemented for preventing perinatal mortality.
- Keywords** : Mortality

บทคัดย่อ

เหตุผลของการวิจัย : อัตราตายปริกำเนิดเป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการดูแลมารดาและทารกตลอดจนระดับสุขภาพอนามัยของประชากรรวมถึงการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาอัตราตายปริกำเนิดยังค่อนข้างสูงและสาเหตุการตายปริกำเนิด ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุการตายที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการตายปริกำเนิดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2548

สถานที่ศึกษา : กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และกลุ่มงานกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลศรีสะเกษ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีการศึกษา : รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของทารกตายปริกำเนิดที่คลอดในโรงพยาบาลและคลอดระหว่างทางมาโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2548

ผลการศึกษา : ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2548 จำนวนทารกที่คลอดในโรงพยาบาลและคลอดระหว่างทางมาโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 11,806 ราย มีทารกคลอดมีชีพจำนวน 11,684 ราย ทารกตายคลอด 122 ราย คิดเป็นอัตราตายคลอด 10.33 ต่อ 1,000 การคลอด ทารกแรกเกิดตายภายใน 7 วัน จำนวน 72 ราย อัตราตายของทารกแรกเกิดระยะต้น 6.16 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพ ทารกตายปริกำเนิด 194 ราย คิดเป็นอัตราตายปริกำเนิด 16.43 ต่อ 1,000 การคลอด สาเหตุการตายปริกำเนิดส่วนใหญ่เป็นการตายเปื่อย (ร้อยละ 41.2) ถัดไปคือความพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 23.7) ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 15.0) ภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด (ร้อยละ 13.4) และสาเหตุเฉพาะ (ร้อยละ 6.7)

สรุป : อัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลศรีสะเกษตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2548 เท่ากับ 16.43 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 แนวทางแก้ไขเพื่อลดอัตราตายปริกำเนิดจะต้องพัฒนาคุณภาพการดูแลในระยะตั้งครรภ์ การดูแลในระยะคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การตายของทารกปริกำเนิด (Perinatal mortality) ยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะอัตราการตายปริกำเนิด เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของการดูแลมารดาและทารกแรกคลอด ทั้งยังใช้เป็นตัวชี้วัดการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนด้วย^{1,2,3} อัตราตายปริกำเนิดมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม โภชนาการ สภาพแวดล้อม ตลอดจนการอนามัยแม่และเด็ก โดยพบว่าอัตราการตายของทารกปริกำเนิดในประเทศด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนายังคงอยู่ในระดับสูง และสาเหตุการตายของทารกส่วนใหญ่เป็นการตายจากการขาดออกซิเจนขณะคลอดหรือจากการติดเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วอัตราการตายของทารกปริกำเนิดจะอยู่ในระดับต่ำและสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดและทารกพิการแต่กำเนิด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ยาก^{2,4,5}

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาการตายของทารกปริกำเนิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 โดย วิฑูร โสตานนท์ ที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นแห่งแรก² หลังจากนั้นได้มีการศึกษาเรื่องนี้กันอย่างกว้างขวางตามโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศ โดยมีอัตราการตายของทารกปริกำเนิดแตกต่างกัน แล้วแต่สถานที่ เวลาและจำนวนประชากร^{2,6-8}

สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9⁹ พ.ศ. 2545-2549 ได้กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาในอนาคต โดยกำหนดอัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อ 1,000 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด

การศึกษานี้ได้รวบรวมอัตราและสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด โดยอาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก ศึกษาปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องกับการตายของทารกได้แก่ การฝากครรภ์ อายุครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ อายุของมารดา ตลอดจนสถานที่ฝากครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดของทารก เพื่อให้ทราบปัญหาและอัตราการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรมและทารกหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสมุดทะเบียนทารกแรกเกิด และจากแฟ้มประวัติทารกที่ตายคลอดและตายใน 7 วันแรกหลังคลอดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2545 ถึง 30 กันยายน 2548 รวม 3 ปี โดยใช้คำจำกัดความดังนี้²

ทารกตายคลอด (Stillbirth) หมายถึงทารกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป ที่ตายก่อนคลอด

อัตราตายของทารกแรกเกิดระยะต้น (Early neonatal mortality rate) หมายถึง จำนวนทารกที่เสียชีวิตใน 7 วันแรกหลังคลอด ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์หรือน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัม ขึ้นไป

อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) หมายถึง จำนวนทารกตายคลอด รวมกับทารกที่เสียชีวิตใน 7 วันหลังคลอดต่อ 1,000 การคลอด

ทารกเกิดมีชีพ หมายถึง ทารกแรกคลอด ที่มีอาการแสดงของการมีชีวิตอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มีการหายใจ หัวใจเต้น มีการเต้นของหลอดเลือดที่สายสะดือ มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

Birth asphyxia¹⁰ แบ่งออกเป็น

Mild asphyxia หมายถึง ทารกแรกคลอดที่มี APGAR score 4-7 ในนาทีที่ 1

Severe asphyxia หมายถึง ทารกแรกคลอดที่มี APGAR score 0-3 ในนาทีที่ 1

การจำแนกการตายของทารกปริกำเนิด ตามแบบของ Wigglesworth classification¹¹ แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1. ทารกตายคลอดตัวเปื่อยแต่รูปร่างปกติ (Normally formed macerated still-birth)

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

ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละและอัตราส่วน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราตายของทารกปีงบประมาณ 2546-2548

	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	รวม
1) Total births (ราย)	3,847	3,841	4,118	11,806
2) Live births (ราย)	3,797	3,811	4,076	11,684
3) Stillbirths (ราย)	50	30	42	122
4) Early neonatal deaths (ราย)	17	20	35	72
5) Perinatal deaths (ราย)	67	50	77	194
6) Stillbirth rate(*)	13.0	7.81	10.20	10.33
7) Early neonatal mortality rate(**)	4.48	5.25	8.59	6.16
8) Perinatal mortality rate(*)	17.42	13.02	18.70	16.43

(*) ต่อพันการคลอด

(**) ต่อพันการคลอดมีชีพ

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2548 เป็นเวลา 3 ปี มีทารกคลอดในโรงพยาบาลและคลอดระหว่างทางมาโรงพยาบาลศรีสะเกษ (BBA) ตายทั้งหมด 194 ราย ทารกตายคลอด 122 ราย ทารกตาย 0-7 วันแรกหลังคลอด 72 ราย รวมเป็นทารกตายปรักำเนิด 194 ราย

พบว่าอัตราตายปรักำเนิดในปีงบประมาณ 2546, 2547 และ 2548 เท่ากับ 17.42, 13.02 และ 18.70 ต่อพันการคลอดตามลำดับ เฉลี่ยเท่ากับ 16.43 ต่อพันการคลอด

อัตราทารกตาย 0-7 วัน แรกหลังคลอด ในปีงบประมาณ 2546, 2547 และ 2548 เท่ากับ 4.48, 5.25 และ 8.59 ต่อพันการคลอด มีชีพตามลำดับ เฉลี่ยเท่ากับ 6.16 ต่อพันการคลอดมีชีพ

อัตราทารกตายคลอดในปีงบประมาณ 2546, 2547 และ 2548 เท่ากับ 13.0, 7.81 และ 10.20 ต่อพันการคลอดตามลำดับ เฉลี่ยเท่ากับ 10.33 ต่อพันการคลอด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด ตาม Wigglesworth Classification

สาเหตุการตาย	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	รวม	ร้อยละ
1) ตายเปื่อยยุ่ย	31	21	28	80	41.2
2) ขาดออกซิเจน ระยะคลอด	12	5	9	26	13.4
3) คลอดก่อนกำหนด	12	7	10	29	15.0
4) พิกัดแต่กำเนิด	10	15	21	46	23.7
5) สาเหตุเฉพาะ	2	2	9	13	6.7
รวม	67	50	77	194	100

สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดได้แสดงในตารางที่ 2 โดยแยกตาม Wigglesworth Classification เรียงตามลำดับที่พบดังนี้ ตายเปื่อยยุ่ย 80 ราย (ร้อยละ 41.2) ความพิการแต่กำเนิด 46 ราย (ร้อยละ 23.7) การคลอดก่อนกำหนด 29 ราย (ร้อยละ 15.0) ขาดออกซิเจนระยะคลอด 26 ราย (ร้อยละ 13.4) และสาเหตุเฉพาะ 13 ราย (ร้อยละ 6.7)

ตารางที่ 3 ทารกตายปริกำเนิด แยกตามน้ำหนัก

น้ำหนัก (กรัม)	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	รวม	ร้อยละ
1) น้อยกว่า 1,000	7	8	8	23	11.9
2) 1,000-1,499	16	7	24	47	24.2
3) 1,500-1,999	14	11	14	39	20.1
4) 2,000-2,499	10	6	12	28	14.4
5) 2,500-2,999	11	9	10	30	15.5
6) 3,000-3,499	6	5	6	17	8.8
7) 3,500-3,999	2	3	2	7	3.6
8) ตั้งแต่ 4,000	1	1	1	3	1.5
รวม	67	50	77	194	100

ในตารางที่ 3 แสดงน้ำหนักทารกตายปรกติ ที่พบมากที่สุดคือ น้ำหนัก 1,000-1,499 กรัม 47 ราย (ร้อยละ 24.2) รองลงมาคือ น้ำหนัก 1,500-1,999 กรัม 39 ราย (ร้อยละ 20.1) และพบว่า 137 ราย (ร้อยละ 70.6) น้ำหนักทารกตายน้อยกว่า 2,500 กรัม

ตารางที่ 4 ทารกตายปรกติจำแนกตามกลุ่มอายุมารดา

อายุมารดา (ปี)	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	รวม	ร้อยละ
1) 15-19	6	4	11	21	10.8
2) 20-24	19	9	23	51	26.3
3) 25-29	12	14	11	37	19.1
4) 30-35	23	14	21	58	29.9
5) 36-40	4	7	8	19	9.8
6) ตั้งแต่ 41 ขึ้นไป	3	2	3	8	4.1
รวม	67	50	77	194	100

อายุของมารดาที่ทารกตาย พบว่า มารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และมารดาที่อายุมากกว่า 35 ปี ทารกตายน้อยละ 10.8 และ 13.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 5 ทารกตายปรกติจำแนกตามลำดับครรภ์

ลำดับครรภ์ที่ (Parity)	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	รวม	ร้อยละ
1) 1	23	17	30	70	36.1
2) 2	26	12	25	63	32.5
3) 3	10	11	10	31	16.0
4) 4	5	6	7	18	9.3
5) 5	2	2	5	9	4.6
6) ตั้งแต่ 6 ขึ้นไป	1	2	0	3	1.5
รวม	67	50	77	194	100

ลำดับครรภ์มารดาที่ทารกตายปริกำเนิด แสดงในตารางที่ 5 พบว่าครรภ์ที่ 1,2 และ 3 ตาย ร้อยละ 36.1, 32.5 และ 16.0 ตามลำดับ ส่วนครรภ์ที่ 4 ขึ้นไปทารกตายร้อยละ 15.4

ตารางที่ 6 ทารกตายปริกำเนิดจำแนกตามจำนวนการฝากครรภ์มารดา

การฝากครรภ์(ครั้ง)	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	รวม	ร้อยละ
1) ไม่ได้ฝากครรภ์	3	1	4	8	4.1
2) 1	1	0	0	1	0.5
3) 2	5	1	3	9	4.6
4) 3	8	20	7	35	18.1
5) 4	8	9	14	31	16.0
6) 5	13	6	16	35	18.1
7) 6	11	1	11	23	11.9
8) 7	12	5	12	29	14.9
9) 8	2	2	4	8	4.1
10) 9	2	3	2	7	3.6
11) ตั้งแต่ 10 ขึ้นไป	2	2	4	8	4.1
รวม	67	50	77	194	100

ตารางที่ 7 ทารกตายปรีกำเนิด จำแนกตามสถานที่ฝากครรภ์ของมารดา

สถานที่ฝากครรภ์	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	รวม	ร้อยละ
1) สถานีอนามัย	37	26	26	89	45.9
2) โรงพยาบาลชุมชน	9	14	23	46	23.7
3) โรงพยาบาล ศรีสะเกษ	9	1	16	26	13.4
4) โรงพยาบาลอื่นๆ นอกจังหวัด ศรีสะเกษ	3	2	3	8	4.1
5) คลินิกแพทย์	6	6	5	17	8.8
6) ไม่ได้ฝากครรภ์	3	1	4	8	4.1
รวม	67	50	77	194	100

จากตารางที่ 6 การฝากครรภ์ของมารดา พบว่ามารดาฝากครรภ์ 186 ราย (ร้อยละ 95.9) ไม่ฝากครรภ์ 8 ราย (ร้อยละ 4.1) และมารดาที่ฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป จำนวน 141 ราย (ร้อยละ 72.7) และพบว่าฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย 89 ราย (ร้อยละ 45.9) และฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน 46 ราย (ร้อยละ 23.7) และที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ 26 ราย (ร้อยละ 13.4) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 8 ทารกตายปริกำเนิดจำแนกตามอายุครรภ์ของมารดาที่คลอด

อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	รวม	ร้อยละ
1) ไม่ระบุอายุครรภ์	4	0	1	5	2.6
2) 28-32	21	17	32	70	36.1
3) 33-34	6	9	10	25	12.9
4) 35	7	6	7	20	10.3
5) 36	9	4	4	17	8.8
6) 37	4	1	8	13	6.7
7) 38	2	4	4	10	5.1
8) 39	2	3	1	6	3.1
9) 40	7	4	8	19	9.8
10) 41	1	1	0	2	1.0
11) 42	3	1	1	5	2.6
12) ตั้งแต่ 43 ขึ้นไป	1	0	1	2	1.0
รวม	67	50	77	194	100

อายุครรภ์ของมารดาที่ทารกตายพบว่า มารดาที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์มี 132 ราย (ร้อยละ 68.1) และมารดาที่อายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์มี 2 ราย (ร้อยละ 1.0) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 9 ทารกตายปริกำเนิดจำแนกตามวิธีการคลอด

อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ปีงบประมาณ 2546	ปีงบประมาณ 2547	ปีงบประมาณ 2548	รวม	ร้อยละ
1) คลอดปกติ	40	28	48	116	59.8
2) ตูดด้วยสูญญากาศ	1	0	2	3	1.5
3) ผ่าตัดทางหน้าท้อง	14	13	16	43	22.2
4) คลอดทำกัน	11	9	8	28	14.5
5) คลอดด้วยคีม	0	0	1	1	0.5
6) คลอดระหว่างมา โรงพยาบาล(BBA)	1	0	2	3	1.5
รวม	67	50	77	194	100

วิธีการคลอดพบว่า คลอดปกติ 116 ราย (ร้อยละ 59.8) ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 43 ราย (ร้อยละ 22.2) คลอดทำกัน 28 ราย (ร้อยละ 14.5) และคลอดระหว่างทางมาโรงพยาบาล (BBA) 3 ราย (ร้อยละ 1.5) ดังแสดงในตารางที่ 9

วิจารณ์

อัตราตายปริกำเนิดของทารกในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2546-2548 เท่ากับ 17.42, 13.02 และ 18.70 ต่อพันการคลอดตามลำดับโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.43 ต่อพันการคลอด ส่วนอัตราทารกตายคลอดในปีงบประมาณ 2546-2548 เท่ากับ 13.0, 7.81 และ 10.20 ต่อพันการคลอด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.33 ต่อพันการคลอด

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ที่กำหนดให้อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการคลอด

พบว่าอัตราตายปริกำเนิด ของโรงพยาบาลศรีสะเกษมีค่าสูงกว่า เป้าหมายที่กำหนดไว้และเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่าง 3 ปี ที่ทำการศึกษาพบว่าอัตราตายปริกำเนิดมีค่าแตกต่างกันพอสมควร

เมื่อเปรียบเทียบการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ กับช่วงเวลาก่อนหน้านี้ ที่ทำการศึกษาโดยสมคิด สุริยเลิศ¹² เมื่อปีงบประมาณ 2537-2539 พบว่าอัตราตายปริกำเนิดมีค่าลดลง ส่วนการศึกษาจากที่อื่น เช่นการศึกษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าโดยสมบูรณ์ สมหล่อ¹³ พบว่าอัตราตายปริกำเนิดมีแนว

โน้มลดลง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2530-2534 อัตราตายปริกำเนิดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.89 ต่อพันการคลอดส่วนในช่วงปี พ.ศ. 2535-2539 อัตราตายปริกำเนิดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.10 ต่อพันการคลอด เช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลเด็ก พบว่าอัตราตายปริกำเนิดมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน^{14,15,16}

สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดเมื่อจำแนกตาม Wigglesworth Classification พบว่าทารกตายเปื่อยมากที่สุดร้อยละ 41.2 รองลงมาคือความพิการแต่กำเนิดร้อยละ 23.7 ส่วนสาเหตุการตายลำดับถัดไปคือการคลอดก่อนกำหนด การขาดออกซิเจนในระยะคลอด และตายจากสาเหตุเฉพาะตามลำดับ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาจากที่อื่น ๆ^{13,17,18} ซึ่งการลดการตายปริกำเนิดจากสาเหตุทารกตายคลอดตัวเปื่อยจะต้องดำเนินการแก้ไขเรื่องการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งนอกจากการแนะนำ ให้สตรีมีครรภ์เข้าใจถึงประโยชน์และความสำคัญของการฝากครรภ์ตลอดจนการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้งตามเกณฑ์ ของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว จะต้องปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการการฝากครรภ์ของบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพรวมทั้งสามารถตรวจวินิจฉัยความผิดปกติที่อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ทารกตายในครรภ์ได้อย่างรวดเร็ว เช่น

ทารกในครรภ์ค้ำคั่งน้อยกว่าปกติ น้ำหนักมารดาเพิ่มขึ้นมากหรือน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตสูงและ การมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์เป็นต้น นอกจากนี้แพทย์สามารถให้บริการตรวจดูสภาวะของทารกในครรภ์ โดยการใช้เครื่องเสียงความถี่สูง (Ultrasound) และ Fetal monitoring และแปรผลการตรวจได้ถูกต้องและแม่นยำ

ทารกตายปริกำเนิดจากความพิการแต่กำเนิดพบมากเป็นลำดับที่ 2 คือร้อยละ 23.7 ที่พบผิดปกติเช่น Anencephalus, Hydrocephalus เป็นต้น เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2548 พบแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การลดการตายของทารกจากความพิการแต่กำเนิด สามารถทำได้โดยเริ่มตั้งแต่จัดให้มีการให้คำแนะนำก่อนตั้งครรภ์ในรายที่เสี่ยงต่อการเกิดความพิการแต่กำเนิด การตรวจวินิจฉัยความผิดปกติตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์โดยเครื่องเสียงความถี่สูง การทำ Prenatal screening การตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์ เพื่อพิจารณายุติการตั้งครรภ์ในรายที่ทารกมีความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง^{2,19} ก็จะช่วยให้อัตราตายปริกำเนิดลดลงได้

สำหรับการคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดมากเป็นลำดับที่ 3 คือร้อยละ 15.0 จากการศึกษาพบทารกตายปริกำเนิด คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ถึงร้อยละ 68.1 และเมื่อแยกตามน้ำหนักแรกคลอดพบทารกน้ำหนักตัวน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม)

มากถึงร้อยละ 70.6 ซึ่งทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะ Respiratory distress syndrome และภาวะการขาดออกซิเจนระยะคลอด²⁰ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ สมคิด สุริยเลิศ¹² ซึ่งศึกษาการตายของทารกปรักำเนิดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2537-2539 พบทารกน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 66.7 และใกล้เคียงกับ ผลการันต์ แสงกล้า²¹ ซึ่งศึกษาการตายของทารกปรักำเนิดในโรงพยาบาลสุรินทร์ ในปีงบประมาณ 2543-2544 พบทารกน้ำหนักตัวน้อยร้อยละ 63.5

การตายของทารกปรักำเนิดจากการขาดออกซิเจนในระยะคลอด จากการศึกษพบว่าร้อยละ 13.4 ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ ควรมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาในระยะคลอด^{2,11,18} แพทย์และพยาบาลจะต้องเฝ้าดูแลมารดาที่มาคลอดอย่างใกล้ชิด พังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอมีการตรวจ Fetal monitoring ในมารดาที่มาคลอดทุกราย และทำซ้ำในรายที่สงสัยว่าจะมีภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ ควรใช้ Partograph ทุกรายและมีการทำสถิติศาสตร์ หัตถการอย่างเหมาะสม เพื่อลดอันตรายของทารกจากการคลอด รวมถึงมีการเตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาแล้วคอยช่วยเหลือ ทารกแรกเกิดที่อาจมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอดจะทำให้การตายของทารกปรักำเนิดจากภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอดลดลงได้^{15,22}

สำหรับการตายของทารกปรักำเนิดจากสาเหตุเฉพาะจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 6.7 โดยสาเหตุที่พบมากคือ Hydrop fetalis และการติดเชื้อ ซึ่งการลดอัตราตายปรักำเนิดจากสาเหตุเฉพาะนี้ จะต้องอาศัยแพทย์และบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัยความผิดปกติ รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพร่วมด้วย²²

ช่วงอายุของมารดาที่ทารกตายปรักำเนิดจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 75.3 ของทารกตายปรักำเนิดมารดามีอายุตั้งแต่ 20-35 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์คลอด ในขณะที่กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือมากกว่านี้ พบทารกตายเพียงร้อยละ 24.7 แสดงว่าน่าจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องกับการตายของทารกปรักำเนิดมากกว่าปัจจัยเรื่องอายุของมารดาและเช่นเดียวกันลำดับครรภ์ของมารดาที่ทารกตายปรักำเนิดพบว่าส่วนใหญ่เกิดในครรภ์ที่ 1, 2 และ 3 พบร้อยละ 36.1, 32.5 และ 16.0 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษานี้ยังไม่อาจกล่าวได้ว่าลำดับครรภ์มีความสัมพันธ์กับการตายของทารกปรักำเนิด

สำหรับการฝากครรภ์ของมารดาที่ทารกตายปรักำเนิด จากการศึกษพบว่าส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่สถานอนามัย (ร้อยละ 45.9) และพบว่าร้อยละ 72.7 มารดาฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางด้านสูติกรรม ควรได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ดียิ่งขึ้น และต่อเนื่อง

สรุป

จากการศึกษาการตายของทารกปรักำเนิดในโรงพยาบาลศรีสะเกษตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 ถึงกันยายน พ.ศ. 2548 มีทารกที่คลอดระหว่างเดินทางมาโรงพยาบาลและคลอดในโรงพยาบาลศรีสะเกษตาย 194 ราย เป็นทารกตายคลอด 122 ราย และตายภายใน 7 วันแรกหลังคลอด 72 ราย อัตราตายปรักำเนิดเฉลี่ยเท่ากับ 16.43 ต่อพันการคลอด ส่วนใหญ่เป็นทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย และคลอดก่อนกำหนด สาเหตุการตายของทารกปรักำเนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ ตายเปื่อย

การลดการตายปรักำเนิดลง จะต้องมีการดำเนินงาน ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์ การดูแลในระยะคลอด และการดูแลทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาย วีระสุด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและนำเสนอรายงานการศึกษาตลอดจนเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wilkinson, David. Avoidable perinatal deaths in a rural hospital: strategies to improve quality of care. Tropical Doctor 1995 Jan;25:16-20.
2. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ และกำแหง จาตุรจินดา. การตายของทารกปรักำเนิด. ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์ และสุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, บรรณาธิการ .สูติศาสตร์รามาธิบดี 1. นิพนธ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โฮลิสติกพับลิชชิง ; 2539 : หน้า 61-86.
3. ธราธิป โคละทัด. การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวตติ, อรุณ วงษ์จิราษฎร์, ประอร ขวลิตรำรง และพิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2540: หน้า 203-211
4. วิทยา ถิฐาพันธ์ และสายฝน ขวาลไพบูลย์. การตายของทารกปรักำเนิด. ใน : เขื่อนตันนิรันดร์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารก. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อและอุษาการพิมพ์ ; 2544 : หน้า 329-38.
5. Beischer, Norman A. Major Fetal Malformations and Perinatal Mortality Rates: the place of late terminations (editorial). Aust NZ J obstet Gynaecol 1995 ; 35(1) : 1-2.

6. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. สถิติหลักด้านอนามัยแม่และเด็ก: รายงานเบื้องต้น. สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาสาร 2544 ;10:20-26.
7. ประพุทธ ศิริบุญย.ทารกแรกเกิด คำจำกัดความและภาพรวมของปัญหา. ใน:วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย และสุรางค์ เจียมจรรยา, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 2) กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง ; 2540 : หน้า1-4
8. นลินี เดียววัฒนาวิวัฒน์. การตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช พ.ศ. 2535-2537. วารสารแพทย์เขต 7 2538 ;14: 24-32.
9. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ ; 2544.
10. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Geneva : WHO ; 1992.
11. J.S. Wigglesworth. Monitoring Perinatal Mortality A Pathophysiological Approach. Lancet 1980 ;2:684-6.
12. สมคิด สุริยเลิศ. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์ 2540 ;12:31-39.
13. สมบูรณ์ สมหล่อ. อัตราตายทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลพระปกเกล้า พ.ศ. 2535-2539. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2540;14:4-14.
14. Vilai Ratrisawadi, Sunthorn Horpaopan, Uraiwan 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.
15. 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.
16. ปพันธ์ พิมุ. การตายปริกำเนิดที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และโรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2540. วิทยานิพนธ์เพื่อวุฒิปัตริแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาหากุมารเวชศาสตร์ สถาบันฝึกอบรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร : สถาบันฯ ; 2541.

17. ประสงค์ วิทย์ถาวรวงศ์. การตายของทารก
ปริกำเนิดโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2535-
2539. กุมารเวชสารก้าวหน้า 2541;5:
41-51.
18. วิชัย วัชรปรีชาสกุล. การตายของทารกปริ
กำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม. วารสาร
แพทย์เขต 7 2539;15:105-11.
19. เชื้อน ตันนิรันดร. หัตถการในการวินิจฉัย
ทารกก่อนคลอด. ใน : เชื้อน ตันนิรันดร,
บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ทารกในครรภ์.
กรุงเทพมหานคร:โอเอส. พรินต์ติ้งเฮาส์;
2540, หน้า 116-52.
20. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การดูแลระบบการ
หายใจในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ:
เรือนแก้วการพิมพ์;2536.
21. ผลารัตน์ แสงกล้า. การตายของทารก
ปริกำเนิดในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสาร
การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์
บุรีรัมย์ 2545;17:33-47.
22. นราธิป โคละทัด. Neonatal Resuscitation
: Clues of Success. ใน : ธราธิป โคละ
ทัด และสุนทร อื้อเผ่าพันธ์, บรรณาธิการ.
Neonatology for Pediatricians.
กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง ; 2542. หน้า
60-77.