



แนวโน้มและสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2546-2557

วิระวรรณ ถิ่นยืนยง^{1*}

กรรณิการ์ สหเมธาพันธ์²

จารุวรรณ ธาดาเดช³

¹ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ประเทศไทย

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ประเทศไทย

³ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: pthinyoung@gmail.com

Vajira Med J 2016; 60(1): 33-42

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2016.4>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแนวโน้มและสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย: ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 12 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2546-2557 ได้แก่ จำนวนคลอดทั้งหมด มารดาที่เสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด สาเหตุการเสียชีวิตที่สรุปในเวชระเบียนและรายงานของกรมอนามัย ข้อมูลเบื้องต้นของมารดาที่เสียชีวิต ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ ระดับการศึกษา พื้นที่พักอาศัย สถานที่ฝากครรภ์ มารดาที่ได้รับการส่งต่อและเสียชีวิต ผลการศึกษารายงานเป็นจำนวน ร้อยละ และอัตราส่วนต่อประชากรแสนคน

ผลการวิจัย: ระหว่างปีงบประมาณ 2546-2557 จากจำนวนคลอด 105,826 ราย พบว่า มีมารดาเสียชีวิต 42 ราย (39.69 ต่อประชากรแสนคน) ตลอดระยะเวลา 12 ปีที่ผ่านมา แนวโน้มมารดาเสียชีวิตต่อเนื่อง ดังนี้ 36.3, 21.5, 87.2, 33.4, 0, 100.5, 46.1, 34.9, 11.8, 32.6, 11.8 และ 85.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2546-2550 มีมารดาเสียชีวิต 16 ราย สาเหตุมารดาเสียชีวิตส่วนใหญ่ คือ 12 ราย (ร้อยละ 75) เป็นสาเหตุโดยตรง มารดา 4 ราย (ร้อยละ 25) เป็นสาเหตุเสียชีวิตโดยอ้อม ปีงบประมาณ 2551-2557 มารดาเสียชีวิต 26 ราย ส่วนใหญ่หรือ 18 ราย (ร้อยละ 69.2) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตโดยตรง และ 8 ราย (ร้อยละ 30.8) เป็นสาเหตุเสียชีวิตโดยอ้อม โดยสาเหตุที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ การตกเลือดหลังคลอด ภาวะแท้งไม่ปลอดภัย และภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด

สรุป: อัตราของมารดาเสียชีวิตในจังหวัดเพชรบูรณ์ในช่วง 12 ปียังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยสาเหตุการเสียชีวิตพบบ่อย คือ การตกเลือดหลังคลอด แท้งไม่ปลอดภัยและภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด



Trends and Causes of Maternal Mortality in Phetchabun Province during 2003-2014

Wiravan Thinyoung^{1*}

Kannikar Sahamethapat²

Charuwan Tadadej³

¹ Senior Public Health Personnel, Phetchabun Public Health Office. Thailand.

² Expert Public Health Personnel, Phetchabun Public Health Office. Thailand.

³ Faculty of Public Health, Mahidol University. Thailand.

* Corresponding author, e-mail address: pthinyoung@gmail.com

Vajira Med J 2016; 60(1): 33-42

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2016.4>

Abstract

Objective: To evaluate the trend and causes of maternal death in Phetchabun province.

Methods: Patients' hospital charts during 2003 to 2014 were collected from the provincial and statistic sheets of Phetchabun Provincial Public Health Office. Data collected were age, ethnic, occupation, education, residence, place of antenatal care, rate of referral from the district hospital to tertiary hospital, and rate of maternal deaths.

Results: From 105,826 deliveries, there were 42 maternal deaths (39.69 per 100,000 women). Each year from a 12-year duration from 2546 to 2557, the annual rates of maternal deaths per 100,000 women were: 36.3, 21.5, 87.2, 33.4, 0, 100.5, 46.1, 34.9, 11.8, 32.6, 11.8 and 85.4. The numbers of maternal deaths during 2546-2550 and 2551-2557 were 16 and 26 patients respectively. Direct cause of death was more common than indirect cause: 75.0% and 69.2% compared to 25.0% and 30.8% in the two periods respectively. The three most common causes of maternal death were: postpartum hemorrhage, unsafe abortion and amniotic fluid embolism.

Conclusion: Maternal death rate in Phetchabun province was still higher than the upper limit of a standard recommendation. The 3 most common causes were: postpartum hemorrhage, unsafe abortion, and amniotic fluid embolism.

Keywords: Maternal mortality, Phetchabun province, mortality rate

บทนำ

อัตราส่วนมารดาเสียชีวิต (maternal mortality rate, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยที่สำคัญของประชาชน และเป็นตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ที่บ่งบอกความเป็นอยู่ของสตรี การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนความเพียงพอด้านสถานบริการสุขภาพ¹ สถานการณ์มารดาเสียชีวิตในภาพรวมในโลก มีแนวโน้มลดลง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก จำนวนมารดาเสียชีวิตลดลงร้อยละ 44 ระหว่างปี พ.ศ.2533-2558 (ค.ศ.1990-2015)²

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราการมารดาเสียชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 110 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน³ ส่วนประเทศไทย มีอัตราการมารดาเสียชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 40 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน³ สาเหตุมารดาเสียชีวิต 1 ใน 3 เกิดจากการบริหารจัดการการคลอด และ 2 ใน 3 มารดาเสียชีวิตมีโรคหรือภาวะโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ ข้อมูลดังกล่าว บ่งชี้ว่าปัญหาการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ในส่วนของจังหวัดเพชรบูรณ์ อัตราการมารดาเสียชีวิต จังหวัดเพชรบูรณ์ มีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ โดยต่ำสุดในปีงบประมาณ 2550 คือ ไม่มีมารดาเสียชีวิตเลย และสูงสุดในปีงบประมาณ 2551 ซึ่งมีอัตราการมารดาเสียชีวิต เท่ากับ 100.5 อัตราเฉลี่ยมารดาเสียชีวิตระหว่างปีงบประมาณ 2546-2556 เท่ากับ 41.8 ต่อแสนของการเกิดมีชีพ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดว่า อัตราการมารดาเสียชีวิตต้องไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน⁴ ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินแนวโน้มของอัตราและสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดเพชรบูรณ์เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงงานอนามัยแม่และเด็กให้ดีขึ้นต่อไป

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 12 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2546 – เดือนกันยายน พ.ศ. 2557 จากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลจังหวัดเพชรบูรณ์ ข้อมูลที่เก็บ คือ จำนวนสตรีคลอด มารดาที่เสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด จากสรุปรายงานประจำปีฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2546-2557⁵ ศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตที่สรุปในเวชระเบียนและรายงานข้อมูลมารดาตาย (G1-CE) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์⁶ ข้อมูลเบื้องต้นของมารดาที่เสียชีวิต ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ ระดับการศึกษา เขตที่พักอาศัย สถานที่ที่ฝากครรภ์ จำนวนการฝากครรภ์และโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งตัวหญิงมีครรภ์ไปรับการรักษาต่อ ผลการศึกษารายงานเป็นจำนวน ร้อยละและอัตราส่วน การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

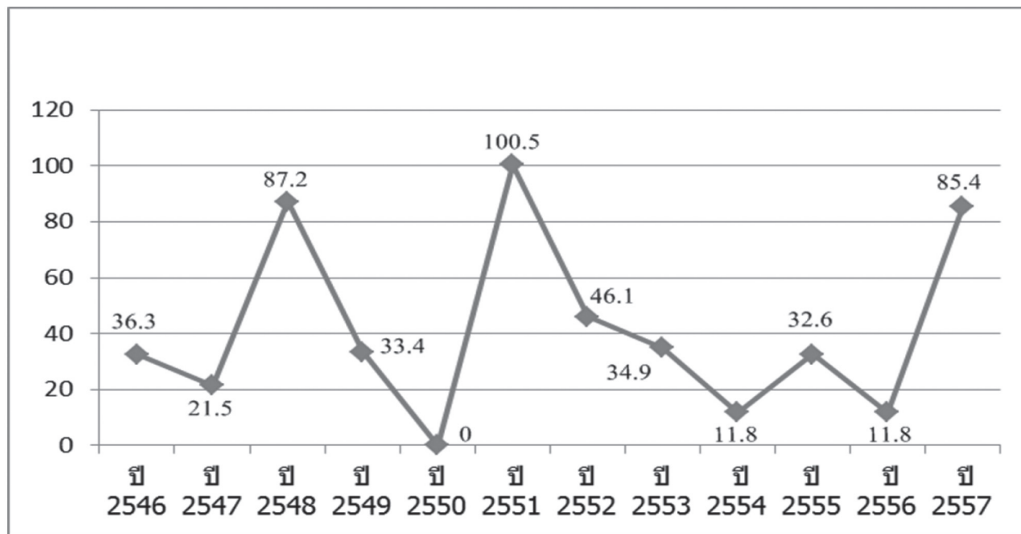
การเสียชีวิตของมารดาในการศึกษานี้นับรวมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา หมายถึง สาเหตุโดยตรงซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และสาเหตุโดยอ้อมที่เกิดจากโรคอื่น ๆ เช่น โรคในระบบทางอายุรกรรม ศัลยกรรม เป็นต้น

ผลการศึกษา

จากรายงานการคลอดในจังหวัดเพชรบูรณ์ในช่วงเวลาที่ศึกษา พบว่า มีการคลอดทั้งหมด 105,826 ราย ค่าเฉลี่ย 8,818 ราย/ปี มีมารดาเสียชีวิต 42 ราย อัตราการมารดาเสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์เกือบทุกปี (เป้าหมายมาตรฐานไม่เกิน 15 ต่อแสนรายของการเกิดมีชีพ) อัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดา 39.6 ต่อแสนรายของการเกิดมีชีพ โดยปีงบประมาณ 2551 มีอัตราส่วนมารดาตายสูงสุด 100.46 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2550 ซึ่งไม่พบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ (รูปที่ 1)

สำหรับสาเหตุของการเสียชีวิต ผู้วิจัยวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 จากปี 2546-2550 และระยะที่ 2 จากปี 2551-2557 เนื่องจากตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นไป เริ่มมีการทบทวนคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก และทบทวนระบบการจัดเก็บข้อมูลในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผนการแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น

ผลจากการศึกษาพบว่า จากมารดาที่เสียชีวิตทั้งสิ้น 16 รายในช่วงปี 2546-2550 สาเหตุส่วนใหญ่หรือร้อยละ 75 (12 ราย) เป็นสาเหตุโดยตรง โดยร้อยละ 66.6 ของมารดาที่เสียชีวิตในกลุ่มนี้เป็นภาวะตกเลือดหลังคลอด (รวม 8 ราย



รูปที่ 1: อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปี 2546-2557
(ที่มา: รายงาน ก1-CE สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์)

โดย 6 รายเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี และพบร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษหรือร่วมกับโรคทาลัสซีเมียอย่างละ 1 ราย) สาเหตุโดยตรงอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะโลหิตเป็นพิษจากการตั้งครรภ์ซึ่งพบร้อยละ 16.7 (2 ราย) การแท้งไม่ปลอดภัยและภาวะน้ำคร่ำอุดตันเลือดอีกร้อยละ 16.7 (อย่างละ 1 ราย) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตโดยอ้อมที่พบร้อยละ 25 (4 ราย) เป็นการเสียชีวิตจากโรคเอดส์หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (อย่างละ 1 ราย) และสาเหตุอื่น ๆ (2 ราย)

ส่วนปี 2551-2557 มีมารดาเสียชีวิต 26 ราย ส่วนใหญ่ของสาเหตุการเสียชีวิต หรือ ร้อยละ 69.2 (18 ราย) เป็นสาเหตุโดยตรงโดยเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด คือ ร้อยละ 33.3 (6 ราย โดยเป็นการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันจากมดลูกหดตัวไม่ดี 4 ราย ภาวะตกเลือดหลังคลอดกับภาวะครรภ์เป็นพิษ 1 ราย ภาวะตกเลือดกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1 ราย) ลำดับถัดไปคือ ร้อยละ 27.8 (5 ราย) เสียชีวิตจากแท้งไม่ปลอดภัยและโลหิตเป็นพิษ ร้อยละ 16.7 (3 ราย) เสียชีวิตจากน้ำคร่ำอุดตันเลือด ร้อยละ 5.6 (1 ราย) จากภาวะครรภ์เป็นพิษและรกลอกตัวก่อนกำหนด ร้อยละ 5.6 (1 ราย) จากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและแท้ง ร้อยละ 5.6 (1 ราย) จากภาวะตกเลือดจากมดลูกแตกขณะคลอด และร้อยละ 5.6 (1 ราย) จากภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงหลังคลอด

สาเหตุการเสียชีวิตโดยอ้อมซึ่งพบร้อยละ 30.8 (8 ราย) โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดหรือร้อยละ 25 (2 ราย) เป็นการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ สาเหตุลำดับถัดไปที่พบเท่ากันอย่างละร้อยละ 12.5 (อย่างละ 1 รายรวม 6 ราย) คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังคลอด ภาวะหัวใจล้มเหลวช่วงแท้ง โรคมะเร็ง โรคไขข้ออักเสบร่วมกับโลหิตเป็นพิษ โลหิตเป็นพิษโดยไม่ทราบสาเหตุ และภาวะไขมันพอกตับและตกเลือดจากภาวะผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด/เกล็ดเลือด (acute fatty liver with disseminated intravascular coagulopathy)

ลักษณะทางคลินิกของมารดาที่เสียชีวิตมีข้อมูลจำเพาะในช่วงปี 2551-2557 พบว่ามารดาเสียชีวิตส่วนใหญ่หรือร้อยละ 96.3 (25 ราย) เป็นชาวไทย ร้อยละ 3.7 (1 ราย) เป็นชาวต่างด้าว (เขมร) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 (13 ราย) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ร้อยละ 15.4 (4 ราย) มัธยมศึกษา ร้อยละ 11.5 (3 ราย) กำลังเรียน/จบปริญญาตรี ร้อยละ 3.9 (1 ราย) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ และร้อยละ 7.7 (2 ราย) ไม่ได้เรียน กลุ่มอายุอายุของมารดาที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ 31-40 ปีซึ่งพบได้ร้อยละ 46.2 (12 ราย) รองลงมา คือ อายุ 20-30 ปี พบได้ร้อยละ 30.8 (8 ราย) และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 11.5 (3 ราย) ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 46.2

ตารางที่ 1:

สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา ช่วงปีงบประมาณ 2546 – 2557 (N=42)

สาเหตุมารดาตาย	ช่วงระยะเวลา (ปีงบประมาณ), จำนวน (ร้อยละ)		
	2546-2550	2551-2557	รวม
จำนวนมารดาตายทั้งหมด (ราย)	16	26	42
สาเหตุโดยตรง	12 (75.0)	18 (69.2)	32 (76.2)
ภาวะตกเลือดหลังคลอด			
ภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันจากมดลูกหดตัวไม่ดี	6 (37.5)	4 (15.4)	10 (23.8)
ภาวะตกเลือดหลังคลอดกับภาวะครรภ์เป็นพิษ	1 (6.3)	1 (3.8)	2 (4.8)
ภาวะตกเลือดหลังคลอดกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	-	1 (3.8)	2 (4.8)
ภาวะตกเลือดหลังคลอดกับทาลัสซีเมีย	1 (6.3)	-	1 (2.4)
ภาวะแท้งไม่ปลอดภัยและโลหิตเป็นพิษ	1 (6.3)	5 (19.2)	6 (14.3)
ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด	1 (6.3)	3 (11.5)	4 (9.5)
ภาวะครรภ์เป็นพิษและรกลอกตัวก่อนกำหนด	-	1 (3.8)	1 (2.4)
ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและแท้ง	-	1 (3.8)	1 (2.4)
ภาวะตกเลือดจากมดลูกแตกขณะคลอด	-	1 (3.8)	1 (2.4)
ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงหลังคลอด	-	1 (3.8)	1 (2.4)
ภาวะโลหิตเป็นพิษจากการตั้งครรภ์	2 (12.5)	-	2 (4.8)
สาเหตุโดยอ้อม	4 (25.0)	-	12 (28.6)
โรคเอดส์	1 (6.3)	-	3 (7.1)
ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังคลอด	1 (6.3)	2 (7.7)	2 (4.8)
ภาวะหัวใจล้มเหลวและแท้งเอง	-	1 (3.8)	1 (2.4)
มะเร็งและแท้งเอง	-	1 (3.8)	1 (2.4)
ไขข้ออักเสบกับโลหิตเป็นพิษ	-	1 (3.8)	1 (2.4)
โลหิตเป็นพิษ	-	1 (3.8)	1 (2.4)
ภาวะไขมันพอกตับและตกเลือดจากภาวะผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด	-	1 (3.8)	1 (2.4)
อื่น ๆ	2 (12.5)	1 (3.8)	2 (4.8)

ที่มา: รายงาน ก1-CE สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

(12 ราย) มีอาชีพรับจ้าง อาชีพอื่น ๆ คือ ร้อยละ 19.2 (5 ราย) มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 15.4 (4 ราย) นักศึกษา ร้อยละ 11.5 (3 ราย) แม่บ้าน และร้อยละ 3.9 (1 ราย) รับราชการ

สถานที่เสียชีวิต มารดาที่เสียชีวิต 26 ราย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.8 (21 ราย) เสียชีวิตที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

มีเพียงร้อยละ 19.2 (5 ราย) เสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน ข้อสังเกต พบว่า มารดาที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ มีมารดาเสียชีวิต 14 ใน 21 ราย เป็นการส่งต่อเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ภาวะแทรกซ้อนที่มีการส่งต่อมากที่สุด คือ จากภาวะแท้งไม่ปลอดภัยกับโลหิตเป็นพิษ 4 ราย ภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับโรคแทรกซ้อน 3 ราย

(โรคเบาหวาน ครรภ์เป็นพิษ และมดลูกหดตัวไม่ดี) ภาวะตกเลือดจากมดลูกแตกขณะคลอด 1 ราย อื่น ๆ 6 ราย (มะเร็งและแท้งเอง โรคเอดส์ ภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด ภาวะไขมันพอกตับและตกเลือดจากภาวะผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือด โลหิตเป็นพิษ และภาวะช็อคจากการขาดสารน้ำ ภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด และภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงหลังคลอด) ส่วนมารดาที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลชุมชนมีเพียง 2 ราย เป็นการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลบึงสามพัน ที่อยู่ในใกล้เคียงกัน เสียชีวิตเนื่องจาก ภาวะหัวใจล้มเหลวและแท้งเอง และภาวะครรภ์เป็นพิษ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านที่พักอาศัยของมารดาที่เสียชีวิต 26 ราย พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 26.9 (7 ราย) พักอาศัยในเขตอำเภอเมือง อันดับสอง คือ อำเภอบึงสามพัน ร้อยละ 15.4 (4 ราย) อันดับสาม คือ อำเภอหล่มสัก อำเภอชนแดน และอำเภอเขาค้อ เท่ากัน ร้อยละ 11.5 (9 ราย) อันดับสี่ คือ อำเภอหล่มเก่า อำเภอวิเชียรบุรี เท่ากัน ร้อยละ 7.7 (4 ราย) อันดับห้า คือ อำเภอวังโป่งและอำเภอหนองไผ่ เท่ากัน คือ ร้อยละ 3.9 (2 ราย) ทั้งนี้ ไม่พบมารดาเสียชีวิตที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอน้ำหนาว และ อำเภอศรีเทพ รายละเอียดดังรูปที่ 2

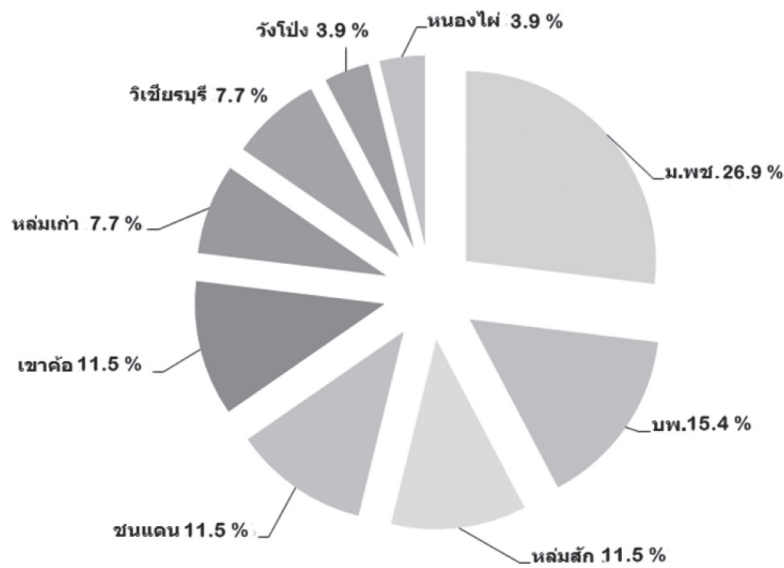
ตารางที่ 2:

โรงพยาบาลที่ได้รับการส่งต่อและมีการเสียชีวิตของมารดาในปีงบประมาณ 2551- 2557 แยกตามสาเหตุการเสียชีวิต

สาเหตุการเสียชีวิต	จำนวน	รพ. ที่ส่งต่อ (จำนวน)	พ.ศ.
สาเหตุโดยตรง			
ภาวะตกเลือดหลังคลอด			
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	1	รพ.หนองไผ่	2551
มดลูกหดตัวไม่ดี	1	รพ.วิเชียรบุรี	2551
มดลูกแตกขณะคลอด	1	รพ.ชนแดน	2552
ครรภ์เป็นพิษ	2*	รพ.บึงสามพัน	2555
ภาวะแท้งไม่ปลอดภัยและโลหิตเป็นพิษ	3	รพ.เขาค้อ, รพ.บึงสามพัน, รพ.หล่มสัก	2551
	1	รพ.หล่มสัก	2553
ภาวะไขมันพอกตับและตกเลือดจากภาวะผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือด	1	รพ.หล่มเก่า	2553
ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงหลังคลอด	1	รพ. ชนแดน	2557
ภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด	1	รพ.เขาค้อ	2557
สาเหตุโดยอ้อม			
มะเร็งและแท้งเอง	1	รพ.เขาค้อ	2551
ภาวะหัวใจล้มเหลวและแท้งเอง	1*	รพ.บึงสามพัน	2551
โรคเอดส์	1	รพ.วังโป่ง	2552
โลหิตเป็นพิษ และภาวะช็อคจากการขาดสารน้ำ	1	รพ. ชนแดน	2556

ที่มา: แบบรายงาน ก1-CE สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

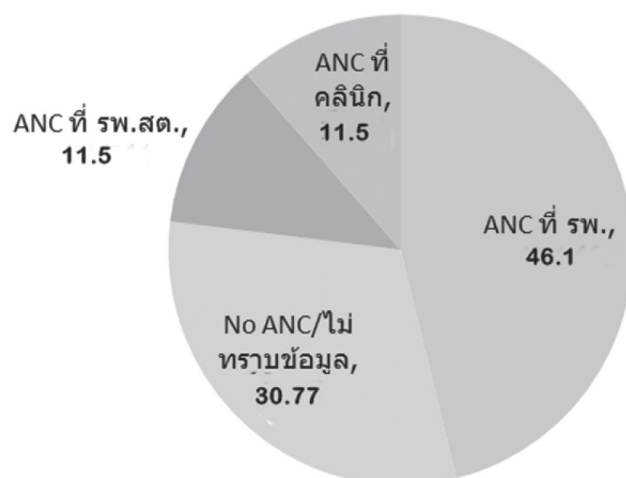
* ผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดจากครรภ์เป็นพิษ (1 ราย) และมีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างการแท้งเอง (1 ราย) ได้รับการส่งตัวจากรพ.บึงสามพันไป รพ. วิเชียรบุรี ในขณะที่ผู้ป่วยอื่น ๆ ได้รับการส่งตัวไป รพ. เพชรบูรณ์



รูปที่ 2: มารดาเสียชีวิตจำแนกตามอำเภอที่พักอาศัยปีงบประมาณ 2551 – 2557 (N = 26)
(ที่มา: แบบรายงาน ก1-CE สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์)

ปัญหาการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ พบว่า มารดาที่เสียชีวิตยังไม่เข้าถึงบริการฝากครรภ์ร้อยละ 30.8 (8 ราย) ฝากครรภ์ร้อยละ 69.2 (18 ราย) ค่าเฉลี่ยของการมาฝากครรภ์ในกลุ่มที่ฝากครรภ์ เท่ากับ จำนวน 6 ครั้ง

(พิสัย 1-14 ครั้ง) ไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 46.1 (12 ราย) สถานที่ฝากครรภ์ที่น้อยที่สุด คือ รพ.สต. ร้อยละ 11.5 (3 ราย) เท่ากับจำนวนที่ไปฝากครรภ์คลินิก ร้อยละ 11.5 (3 ราย) รายละเอียดดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3: การเข้าถึงบริการของมารดาที่เสียชีวิต ปีงบประมาณ 2551-2557 (N=26)
(ที่มา: แบบรายงาน ก1-CE สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์)

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลมารดาเสียชีวิตย้อนหลัง 12 ปี ในจังหวัดเพชรบูรณ์พบว่า มีมารดาเสียชีวิต 42 รายซึ่งมีแม้อัตรามารดาเสียชีวิตจะมีค่าไม่คงที่ แต่ยังคงมีแนวโน้มมารดาเสียชีวิตสูงเกินเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยมารดาเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 39.6 ต่อแสนการเกิดมีชีพซึ่งมีค่าสูงเกินเกณฑ์ทุกปี (อัตรามารดาตายไม่เกิน 15 ต่อเกิดมีชีพแสนคน) โดยสูงสุดถึง 100.46 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปีงบประมาณ 2551 และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2550 ซึ่งไม่พบว่ามีมารดาเสียชีวิตเลย

เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุที่มารดาเสียชีวิตในช่วงปีงบประมาณ 2546-2550 และปีงบประมาณ 2551-2557 พบว่า ส่วนใหญ่ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตโดยตรง โดยเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2558 ที่พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอด ครรภ์เป็นพิษ และการติดเชื้อ และการแท้งที่ไม่ปลอดภัย³ ซึ่งภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะที่ป้องกันได้ แต่หากเกิดขึ้นแล้วการดูแลรักษาต้องอาศัยทีมงาน ผู้มีประสบการณ์ผ่านการฝึกฝนและปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง⁸⁻⁹ จังหวัดเพชรบูรณ์ได้ใช้กลไกการจัดประชุมวิชาการเพื่อค้นหาปัญหาต่าง ๆ ทั้งด้านวิชาการแพทย์และการบริหารจัดการเชิงระบบในผู้ป่วยทุกราย (dead case conference) โดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอและจังหวัด ดังจะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มของมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดลดลงโดยไม่พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะตกเลือดหลังคลอดเลยในปี 2556 และ ปี 2557 ส่วนหนึ่งอาจมาจากการมีและทบทวนแนวทางการปฏิบัติ (clinical practice guideline: CPG) ของการป้องกันและแก้ไขปัญหาดกเลือดหลังคลอดทุกปี รวมทั้งการซ้อมแผนการป้องกันการตกเลือดในโรงพยาบาลทุกแห่ง ทบทวนคู่มือการส่งต่อ และฝึกซ้อมระบบการส่งต่อทุกปีเป็นแนวทางที่ควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกันทั้งจังหวัด และทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง และหัวหน้าแผนกสูติกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

ในทำนองกลับกัน ภาวะแท้งไม่ปลอดภัยและโลหิตเป็นพิษเป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่ทำให้มารดาเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบเพียง 1 ราย ในช่วง 5 ปี แรกระหว่างปี 2546-2555 และพบมากถึง 5 ราย ในช่วงปี 2551-2557 โดยพบมากในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ทั้งนี้เนื่องจากมาจากการทำแท้งในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากแบบรายงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดในศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก ซึ่งพบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์มีมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปีคลอดบุตรสูงถึงร้อยละ 19 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ว่า ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ไม่ควรเกินร้อยละ 10⁴ อย่างไรก็ตาม การพัฒนากลไกการให้บริการทางสาธารณสุขยังคงเป็นเป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่า ในอำเภอหนองหานและอำเภอศรีเทพที่มีอัตราของมารดาน้อยกว่า 20 ปี สูง แต่ไม่พบว่ามีมารดาเสียชีวิตเลย ดังนั้น แนวทางแก้ไขควรเป็นความร่วมมือกันในทุกภาคส่วนของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และกลุ่มที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว เช่น เพิ่มการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว และความรู้เรื่องเพศศึกษาที่ถูกต้อง¹⁰

แนวโน้มของมารดาเสียชีวิตจากภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับภาวะแท้งไม่ปลอดภัยและโลหิตเป็นพิษ ซึ่งไม่พบการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะครรภ์เป็นพิษเลยในช่วงปี 2546-2550 แต่พบถึง 3 ราย ในช่วงปี 2551-2557 อัตราการเสียชีวิตด้วยสาเหตุดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษซึ่งมักพบได้บ่อยกว่าในสตรีอายุน้อยหรือเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก อย่างไรก็ตาม รายงานแบบย้อนหลังนี้ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะสรุปสมมติฐานดังกล่าวนี้ จึงเพียงสรุปได้เพียงว่า การฝากครรภ์โดยสม่ำเสมอและการพัฒนาความรู้และทักษะของการบริการฝากครรภ์เพื่อตระหนักและประเมินภาวะเสี่ยงได้ถูกต้องขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญ

ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตโดยอ้อมที่พบน้อยกว่าเพียงร้อยละ 30.8 โดยโรคเอดส์และ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในกลุ่มนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการเสียชีวิตของมารดาเขตสุขภาพที่ 2 ที่พบ 2 ลำดับต้นของการเสียชีวิตจาก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์มารดาและทารกตายในประเทศไทย. 2548
2. World Health Organization Maternal mortality [internet]. 2015 [updated 2015 Nov; cited 2016 Sep 15]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/Maternal_mortality.
3. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2015. 77p.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและนิเทศงานกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559.แผนงานกรมอนามัย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. สรุปรายงานประจำปีฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2546-2557.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานข้อมูลมารดาตาย (รายงาน ก1-CE) จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2546-2557.
7. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. แนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด [internet]. 2015 [cited 2015 Sep 25]. Available from: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=184:cpg-postpartum-hemorrhage&catid=41:clinical-practice-guidelines&Itemid=123
8. ประการณ ่องอาบุญ. เอกสารประกอบการสอนภาวะตกเลือดหลังคลอด PPH. 2015 [cited 2015 Sep 25] Available from: <http://www.phraehospital.go.th/saiyairakphrae/saiyairak/data/dr.pitsanu/PPH%20copy.pdf>.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ด้านสุขภาพ ฉบับที่ 3. นนทบุรี:สามเจริญพาณิชย์; 2557.
10. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
11. Tuffnell DJ. United Kingdom amniotic fluid embolism register. BJOG 2005;112(12):1625-9.
12. Abenhaim HA, Azoulay L, Kramer MS, Leduc L. Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a population-based study on 3 million births in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2008 Jul;199(1):49 e1-8.
13. Morgan M. Amniotic fluid embolism. Anaesthesia. 1979 Jan;34(1):20-32.
14. Knight M, Tuffnell D, Brocklehurst P, Spark P, Kurinczuk JJ. Incidence and risk factors for amniotic-fluid embolism. Obstet Gynecol. 2010 May;115(5):910-7.
15. Turner LA, Kramer MS, Liu S. Cause-specific mortality during and after pregnancy and the definition of maternal death. Chronic Dis Can. 2002;23(1):31-6.