การตายปริกำเนิดของทารก ในโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

ธนีนาถ ตรีรัตน์วีรพงษ์ พ.บ.,ว.ว.กุมารเวชศาสตร์*
มาเรียม บุญมา พ.บ.,ว.ว.กุมารเวชศาสตร์*
กรรณิกา วุฒิกมลชัย พย.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราตายปริกำเนิด และสาเหตุการตายปริกำเนิดของทารกในโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง: ทารกตายปริกำเนิดจำนวน 364 รายที่คลอดในโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2542 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2547

วิธีดำเนินการวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนการคลอดทั้งหมด การตายคลอดจากเวชระเบียนของหญิงคลอดไร้ชีพ และเวชระเบียนของทารกที่ตายภายในระยะเวลา 7 วันหลังคลอด นำมาวิเคราะห์หาอัตราและสาเหตุการตายปริกำเนิด

ตัววัดที่สำคัญ: อัตราตายปริกำเนิด และสาเหตุการตาย

ผลการวิจัย: อัตราการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ในช่วงระยะเวลา 6 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2547 เท่ากับ 10.6, 9.7, 9.1, 9.6, 9.7 และ7.6 ต่อการเกิด 1,000 รายตามลำดับ อัตราตายที่มีแนวโน้มลดลง เป็นการลดลงในส่วนการตายของทารกเกิดมีชีพที่มีอายุต่ำกว่า หรือเท่ากับ 7 วัน สำหรับสาเหตุการตายที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความพิการแต่กำเนิด การตายเปื่อยยุ่ย ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด การคลอดก่อนกำหนด และสาเหตุเฉพาะ เท่ากับ ร้อยละ 25.0, 20.3, 17.0, 16.5 และ 15.1 ตามลำดับ เมื่อแยกวิเคราะห์สาเหตุในแต่ละปี พบว่า สาเหตุที่ป้องกันได้มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด และการคลอดก่อนกำหนด ส่วนสาเหตุที่ป้องกันได้ยากไม่ลดลง ได้แก่ ความพิการแต่กำเนิด และการตายเปื่อยยุ่ย

สรุป: อัตราตายปริกำเนิด ในโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ลดลงจาก 10.6 ต่อการเกิด 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2542 เป็น 7.6 ต่อการเกิด 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2547 และความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตมากที่สุด

* กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร
** ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

Abstract

Perinatal Mortality in Taksin Hospital, Bangkok Metropolitan Administration

Taneenat Treratvirapong MD*

Mariam Boonma MD*

Kannika Wuthikamolchai BN**

***Department of Pediatrics, Taksin Hospital**

****Nursing Department, Taksin Hospital**

Objectives: To determine perinatal mortality rate and cause of death.

Study design: Descriptive study.

Subjects: A total of 364 perinatal deaths from 38,737 total births during January 1999 to December 2004 in Taksin Hospital, Bangkok Metropolitan Administration were enrolled.

Methods: Hospital records and labor reports were retrospectively reviewed and analyzed.

Main outcome measures: Perinatal mortality rate and cause of death.

Results: The perinatal mortality rate from 1999-2004 were 10.6, 9.7, 9.1, 9.6, 9.7 and 7.6 per 1,000 total births respectively. These reducing trends came from decreasing in early neonatal mortality rather than still birth. Concerning about the cause of death by using modified Wigglesworth classification, congenital malformation, macerate stillbirth, birth asphyxia, prematurity and other specific conditions were 25.0%, 20.3%, 17.0%, 16.5% and 15.1% respectively. After comparing the cause of death in each year, preventable causes of death especially birth asphyxia and prematurity were decreased gradually.

Conclusion: The perinatal mortality rates were decreased from 10.6 per 1,000 total births in the year 1999 to 7.6 per 1,000 total births in the year 2004. Congenital malformation was the most common cause of death.

Key words: perinatal mortality, cause of death

บทนำ

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันหนึ่งของประเทศไทย คือ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ในอดีตความสนใจมักจะมุ่งไปที่การตายของมารดา แต่เนื่องจากในปัจจุบันอัตราตายของมารดาลดลงไปอย่างมาก จึงทำให้วงการแพทย์ โดยเฉพาะในประเทศที่เจริญแล้วหันมาให้ความสนใจปัญหาการตายในทารกกันมากขึ้น[1] การตายของทารกในขวบปีแรก เป็นตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญของประเทศสามารถสะท้อนปัญหาทางการแพทย์ การสาธารณสุข ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประชากร ส่วนใหญ่การตายของทารกในขวบปีแรก จะเกิดในช่วงอายุหนึ่งเดือนแรก และเกือบครึ่งหนึ่งของการตายของทารกในหนึ่งเดือนแรกเกิดใน 24 ชั่วโมงแรกของการมีชีวิต[2] ดังนั้นระยะปริกำเนิดจึงเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก การตายของทารกปริกำเนิดจึงเป็นตัวชี้วัดที่ดีที่สามารถศึกษาได้ง่ายและรวดเร็ว

อัตราการตายปริกำเนิดของทารกแตกต่างกันไปตามสถานที่ เวลา และจำนวนประชากร ซึ่งขึ้นกับปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยที่ป้องกันได้และปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ความรู้ในการเลี้ยงดู ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม โภชนาการ สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านมารดาและทารก รวมทั้งการ

บริการทางการแพทย์ด้านอนามัยแม่และเด็ก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่าง พ.ศ. 2523-2543 อัตราการตายปริกำเนิดของทารกลดลงถึงร้อยละ 46 ในรอบ 20 ปี[3] ในปี พ.ศ. 2544-2545 ประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และประเทศแคนาดา มีอัตราตายปริกำเนิด ประมาณ 5-7 ต่อการเกิด 1000 คน[5-7] สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราการตายปริกำเนิดในปี พ.ศ. 2545 เท่ากับ 9.2 ต่อการเกิด 1000 คน[4] ขณะที่เป้าหมายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ตั้งเป้าหมายให้อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อการเกิด 1000 คน[4] ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาอัตราการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ ปี 2542-2547 เพื่อดูแนวโน้ม พร้อมทั้งวิเคราะห์สาเหตุการตายปริกำเนิด โดยจำแนกตาม modified Wigglesworth classification[7,8] เพื่อหาแนวทางป้องกันในโรคหรือภาวะที่ป้องกันได้ต่อไป

ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ทารกที่ตายคลอดและตายภายในระยะเวลา 7 วันหลังคลอด ในโรงพยาบาลตากสิน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2542 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2547 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

ทารกคลอดในโรงพยาบาลตากสิน ที่ตายคลอดโดยมีน้ำหนักเท่ากับหรือมากกว่า 1,000 กรัม และทารกที่เสียชีวิตภายในระยะเวลา 7 วันหลังคลอด

เกณฑ์คัดออก

ทารกตายคลอดซึ่งมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม ทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล และทารกที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น

นิยามตัวแปร

1. อัตราตายปริกำเนิด (perinatal mortality rate) หมายถึง จำนวนการตายของทารกในครรภ์ที่มีน้ำหนักเท่ากับหรือมากกว่า 1,000 กรัมรวมกับจำนวนการตายของทารกที่มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน ต่อการเกิด 1,000 คน ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก[9]

2. การตายคลอด (fetal death/stillbirth) หรือการเกิดไร้ชีพ หมายถึง เด็กตายก่อนที่การคลอดจะเสร็จสมบูรณ์ เด็กที่คลอดออกมาต้องไม่หายใจ ไม่แสดงลักษณะใด ๆ ว่า ยังมีชีวิต เช่นไม่มีการเต้นของหัวใจ คลำชีพจรที่สายสะดือไม่ได้ ไม่มีการเคลื่อนไหวของแขนขา ลำตัวหรือศีรษะ[10]

3. การตายของทารกแรกเกิดระยะต้น (early neonatal death) หรือทารกที่เสียชีวิตภายในภายในระยะเวลา 7 วันหลังคลอด

4. สาเหตุการตายปริกำเนิด หมายถึง การจำแนกสาเหตุการตายที่จำแนกตาม modified Wigglesworth classification[8] ออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

4.1 การตายก่อนคลอด หรือการตายเปื่อยยุ่ย (death before the start of labor or macerated stillbirth) เป็นการตายของทารกในครรภ์ที่ไม่พบสาเหตุอื่น การเปื่อยยุ่ยบ่งชี้ว่ามีการตายก่อน แล้วจึงตามด้วยการเจ็บครรภ์ ทั้งนี้ไม่รวมการตายจากความพิการแต่กำเนิด

4.2 ความพิการแต่กำเนิด (congenital malformation) เป็นความพิการผิดรูป (deformations) ที่ทำให้มีความบกพร่องจนสูญเสียการทำงานของอวัยวะหรือเป็นโรคจนไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ ซึ่งอาจพบได้ทั้งในทารกตายคลอดและทารกหลังคลอด

4.3 การคลอดก่อนกำหนด (conditions associated with preterm birth or immaturity) หมายถึง ทารกเกิดมีชีพที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ ถ้าน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1000 กรัม ให้จัดในกลุ่มนี้โดยไม่คำนึงถึงเวลาที่ตายหลังคลอด ถ้าทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักเท่ากับหรือมากกว่า 1000 กรัมและตายภายใน 4 ชั่วโมงหลังคลอด ให้จัดอยู่ในกลุ่มที่ 4.4 คือ ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด นอกเสียจากมีสาเหตุเฉพาะ จึงอยู่ในกลุ่มที่ 4.5

4.4 ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (asphyxial condition developing in labor-fresh stillbirth/neonatal death) เป็นการตายของทารกระหว่างเจ็บครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักเท่ากับหรือมากกว่า 1000 กรัมที่ตายภายใน 4 ชั่วโมง ทารกที่มีการบาดเจ็บทางสมองจากการคลอดและทารกที่มารดาตกเลือดมากระหว่างคลอด

4.5 สาเหตุเฉพาะ (specific conditions) เป็นสาเหตุนอกเหนือจากที่กล่าวมา ได้แก่ หมู่เลือดไม่เข้ากัน ความผิดปกติทางเมแทบอลิซึมแต่กำเนิด ทารกบวมน้ำ ภาวะติดเชื้อ และภาวะซึ่งมักเกิดร่วมกับทารกคลอดก่อนกำหนด แต่มาพบในทารกครบกำหนด เช่น hyaline membrane disease, intraventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis เป็นต้น

5. คะแนนแอพการ์ หมายถึง ระบบการให้คะแนนเพื่อประเมินสภาวะของทารกที่ 1 และ 5 นาทีภายหลังคลอด โดยประเมินจากอาการแสดง 5 รายการ ได้แก่ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจ การตอบสนองเมื่อถูกกระตุ้น สีผิว และการหายใจ[10]

วิธีดำเนินการวิจัย

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของมารดาที่คลอดทารกตายคลอด และเวชระเบียนของทารกที่ตายภายในระยะเวลา 7 วันหลังคลอด ที่โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2542 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2547

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานเป็นค่าร้อยละ และอัตราตายปริกำเนิดต่อการเกิด 1,000 ราย

ผลการวิจัย

ในช่วงเวลาดังกล่าวมีทารกเกิดทั้งหมดจำนวน 38,737 ราย มีทารกตายปริกำเนิดจำนวน 364 ราย แบ่งออกเป็นทารกตายคลอดจำนวน 175 ราย และทารกตายภายในระยะเวลา 7 วันหลังคลอด จำนวน 189 ราย เมื่อจำแนกเป็นอัตราตายภายในระยะเวลา 7 วันหลังคลอด และอัตราตายคลอดในแต่ละปีที่ทำการศึกษา เท่ากับ 6.0, 5.1, 5.2, 4.0, 5.4 และ 3.6 ต่อทารกที่เกิดมีชีพ 1,000 ราย และ 4.6, 4.6, 4.0, 5.6, 4.3 และ 4.0 ต่อทารกคลอด 1,000 ราย สำหรับอัตราตายปริกำเนิดของทารกในระหว่าง ปี พ.ศ. 2542-2547 เท่ากับ 10.6, 9.7, 9.1, 9.6, 9.7 และ 7.6 ต่อการเกิด 1,000 รายตามลำดับ (ตารางที่ 1)

สำหรับสาเหตุการตายปริกำเนิด ในระหว่างปี พ.ศ. 2542-2547 ที่จำแนกสาเหตุการตายปริกำเนิดตาม modified Wigglesworth classification ออกเป็น 5 กลุ่มนั้น พบว่ามีสาเหตุจากความพิการแต่กำเนิด การตายเปื่อยยุ่ย ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด การคลอดก่อนกำหนด และสาเหตุเฉพาะ เท่ากับ ร้อยละ 25.0, 20.3, 17.0, 16.5 และ 15.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) เมื่อนำข้อมูลสาเหตุการตายปริกำเนิดมาจัดกลุ่มตามช่วงเวลากลุ่มละ 3 ปี ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ระหว่างปี พ.ศ. 2542-2544 และปี พ.ศ. 2545-2547 แล้วเปรียบเทียบกัน พบว่า สาเหตุการตายที่สามารถป้องกันได้มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ สาเหตุการตายจากภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด และทารกคลอดก่อนกำหนด ส่วนสาเหตุการตายที่ป้องกันไม่ได้ หรือป้องกันได้ยาก คือการตายจากความพิการแต่กำเนิด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนสาเหตุจากการตายเปื่อยยุ่ยมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราการตายคลอด การตายภายใน 7 วัน และการตายปริกำเนิด ในปี พ.ศ. 2542-2547

ปี	ทารกเกิด -ราย-	ทารกเกิดมีชีพ -ราย-	การตายคลอด -ราย- (อัตรา*)	การตายภายใน 7 วัน -ราย- (อัตรา**)	การตายปริกำเนิด -ราย- (อัตรา*)
พ.ศ. 2542	6,507	6,477	30 (4.6)	39 (6.0)	69 (10.6)
พ.ศ. 2543	6,920	6,888	32 (4.6)	35 (5.1)	67 (9.7)
พ.ศ. 2544	6,570	6,544	26 (4.0)	34 (5.2)	60 (9.1)
พ.ศ. 2545	6,257	6,222	35 (5.6)	25 (4.0)	60 (9.6)
พ.ศ. 2546	6,273	6,246	27 (4.3)	34 (5.4)	61 (9.7)
พ.ศ. 2547	6,210	6,185	25 (4.0)	22 (3.6)	47 (7.6)
รวม	38,737	38,562	175 (4.5)	189 (4.9)	364 (9.4)

* ต่อการเกิด 1,000 ราย

** ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย

ตารางที่ 2 จำนวน (ราย) และร้อยละของการตายปริกำเนิด จำแนกตาม modified Wigglesworth classification

สาเหตุการตาย	พ.ศ. 2542 -ราย- (ร้อยละ)	พ.ศ. 2543 -ราย- (ร้อยละ)	พ.ศ. 2544 -ราย- (ร้อยละ)	พ.ศ. 2545 -ราย- (ร้อยละ)	พ.ศ. 2546 -ราย- (ร้อยละ)	พ.ศ. 2547 -ราย- (ร้อยละ)	รวม
การตายเปื่อยยุ่ย	10	13	10	16	15	10	74
	(14.5)	(19.4)	(16.7)	(26.7)	(24.6)	(21.3)	(20.3)
ความพิการแต่กำเนิด	19	21	12	8	16	15	91
	(27.5)	(31.4)	(20.0)	(13.3)	(26.2)	(31.9)	(25.0)
การคลอดก่อนกำหนด	12	10	13	8	12	5	60
	(17.4)	(14.9)	(21.7)	(13.3)	(19.7)	(10.6)	(16.5)
ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	20	9	11	9	7	6	62
	(29.0)	(13.4)	(18.3)	(15.0)	(11.5)	(12.8)	(17.0)
สาเหตุเฉพาะ	6	12	9	11	9	8	55
	(8.7)	(17.9)	(15.0)	(18.4)	(14.7)	(17.0)	(15.1)
ไม่ทราบสาเหตุ	2	2	5	8	2	3	22
	(2.9)	(3.0)	(8.3)	(13.3)	(3.3)	(6.4)	(6.1)
รวม	69	67	60	60	61	47	364
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสาเหตุการตายปริกำเนิดใน 3 ปีแรก (พศ. 2542-2544) และ 3 ปีหลัง (พศ. 2545-2547)

สาเหตุการตาย	พ.ศ. 2542 - 2544		พ.ศ. 2545 - 2547	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตายเปื่อยยุ่ย	33	16.8	41	24.4
ความพิการแต่กำเนิด	52	26.5	39	23.2
การคลอดก่อนกำหนด	35	17.9	25	14.9
ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	40	20.4	22	13.1
สาเหตุเฉพาะ	27	13.8	28	16.7
ไม่ทราบสาเหตุ	9	4.6	13	7.7
รวม	196	100.0	168	100.0

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายแต่ละสาเหตุ จะมีข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การตายเปื่อยยุ่ย

มีทารกที่ตายเปื่อยยุ่ยทั้งหมด 74 ราย พบว่าฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตากสินตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปเพียง 19 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 25 และเป็นการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลอื่นๆ จำนวน 33 ราย เท่ากับร้อยละ 44.6 ขณะที่อัตราการฝากครรภ์ของหญิงที่มาคลอดที่โรงพยาบาลตากสินตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 52.0

2. ความพิการแต่กำเนิด

ทารกตายปริกำเนิดที่มีสาเหตุจากความพิการแต่กำเนิดมีจำนวน 91 ราย พบว่ามีสาเหตุจากไม่มีกะโหลกศีรษะ

ตารางที่ 4 แสดงสาเหตุการตายปริกำเนิดที่เกิดจากความพิการแต่กำเนิด

ลักษณะของความพิการแต่กำเนิด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีกะโหลกศีรษะ (anencephaly)	37	40.6
ความพิการหลายอวัยวะ (multiple anomalies)	21	23.1
ความผิดปกติของโครโมโซม ชนิด Trisomy	9	9.9
ความผิดปกติทางระบบประสาทอื่นๆ	8	8.8
ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร	5	5.5
โรคหัวใจแต่กำเนิด	5	5.5
ความผิดปกติของลำตัว แขน ขา	3	3.3
ความผิดปกติของกระดูก	2	2.2
ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ	1	1.1
รวม	91	100.0

(anencephaly) มากที่สุด 37 ราย รองลงมาเป็นความพิการหลายอวัยวะ 21 ราย ที่เหลือเกิดจากสาเหตุอื่นๆ (ตารางที่ 4)

3. การคลอดก่อนกำหนด

ทารกตายปริกำเนิดที่มีสาเหตุจากการคลอดก่อนกำหนดมีจำนวน 60 ราย พบว่า 46 ราย หรือร้อยละ 76.7 เป็นทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 1000 กรัม ซึ่งเกิดมีชีพ และตายภายในระยะเวลา 7 วันหลังการคลอด ในจำนวนนี้มีทารกที่มีค่าคะแนนแอพการ์ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3 ร่วมกับ severe respiratory distress syndrome (RDS) ถึง 38 รายหรือเท่ากับร้อยละ 82.6 ของทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 1000 กรัม นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้มีการฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปเพียงร้อยละ 26.7 เท่านั้น

4. ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด

ทารกตายปริกำเนิดที่มีสาเหตุจากภาวะขาดออกซิเจนมีจำนวน 62 ราย สามารถระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าวได้ 45 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 72.6 โดยมารดามีภาวะตกเลือดก่อนคลอด/รกลอกตัวก่อนคลอด/รกเกาะต่ำเป็นสาเหตุมากที่สุด รองลงมาได้แก่การคลอดยาวนาน/คลอดลำบาก

5. สาเหตุเฉพาะ

ทารกตายปริกำเนิดที่มีสาเหตุการตายเฉพาะ สามารถแบ่งได้เป็น 2 สาเหตุ ได้แก่สาเหตุด้านทารก และสาเหตุด้านมารดา โดยพบว่า Hydrop fetalis และ PPHN (persistent pulmonary hypertension of newborn) เป็นสาเหตุด้านทารกมากที่สุด จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 29.1) และ 8 ราย (ร้อยละ 14.5) ใน 55 ราย ส่วน chorioamnionitis และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุด้านมารดามากที่สุด จำนวน 4 และ 3 ราย

วิจารณ์

จากการศึกษาการตายปริกำเนิด ของทารกในโรงพยาบาลตากสิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2547 พบว่า อัตราการตายปริกำเนิดของทารก มีแนวโน้มลดลง และต่ำกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ซึ่งตั้งไว้ที่ 9 ต่อการเกิด 1,000 ราย โดยต้องติดตามต่อไป ขณะที่อัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงใกล้เคียง ได้รายงานไว้มีค่าเฉลี่ย 9.4 ต่อการเกิด 1,000 ราย ในระหว่างปีงบประมาณ 2542-2546[11]

การตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลตากสิน ถ้าแยกออกเป็นอัตราการตายคลอดพบว่าแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ขณะที่อัตราตายของทารกภายในระยะเวลา 7 วันหลังคลอดลดลง เมื่อจำแนกถึงสาเหตุการตายคลอด พบว่า สาเหตุจากการตายเปื่อยยุ่ย พบมากที่สุดและจำนวนไม่ลดลง ซึ่งการตายเปื่อยยุ่ยเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ยาก เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง มาตรการที่เหมาะสม คือ การรณรงค์ ให้หญิงตั้งครรภ์ ตระหนักถึงความสำคัญในการฝากครรภ์ ตั้งแต่ไตรมาสแรก และปรับปรุงคุณภาพของการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การให้คำแนะนำที่ถูกต้องอย่างละเอียดเรื่องการนับการดิ้นของทารก

ส่วนความพิการแต่กำเนิด ที่เป็นสาเหตุการตายของทารกในระยะเวลา 7 วันหลังคลอดนั้นภาวะไม่มีกะโหลกศีรษะ (anencephaly) เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าการให้ folic acid ในหญิงตั้งครรภ์ หรือหญิงวัยเจริญพันธุ์ สามารถป้องกันการเกิด NTD (neural tube defect)[12] ได้ ซึ่งภาวะไม่มีกะโหลกศีรษะ จัดอยู่ในกลุ่มโรคนี้เช่นกัน ในประเทศสหรัฐอเมริกามีคำแนะนำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่คาดว่าจะมีบุตร ได้รับ folic acid วันละ 400 ไมโครกรัมทุกวัน ขณะที่องค์การอาหารและยา (FDA) ของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดให้เติม folic acid ในแป้งประกอบอาหารและธัญพืชมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541[13] สำหรับประเทศไทย แม้ยังไม่มีมาตรการดังกล่าว แต่ก็ควรที่จะตระหนักถึงความสำคัญของการให้ folic acid แก่หญิงตั้งครรภ์ สำหรับสาเหตุอื่นที่ไม่สามารถป้องกันได้ แต่สามารถตรวจพบได้ในระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ โครโมโซมผิดปรกติ และโรคที่มีสาเหตุจากบิดามารดาเป็นพาหะ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายเฉพาะ สำหรับกลุ่มที่เกิดจากโรคธาลัสซีเมีย การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม (genetic counseling) จะช่วยลดอัตราเสี่ยงของโรคประกอบกับความก้าวหน้าทางเวชศาสตร์มารดาและทารก การตรวจคัดกรองขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ในระยะไตรมาสแรกและตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ทำให้สามารถพิจารณายุติการตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์

ในส่วนของคลอดก่อนกำหนด พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้มีการฝากครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปเพียงร้อยละ 26.7 เทียบกับร้อยละ 52 ในหญิงที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด เพราะฉะนั้นการฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรก การฝากครรภ์สม่ำเสมอ การเฝ้าระวังการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด จะช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ในรายที่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ก็สามารถให้ยาเร่งการเจริญของปอดทารก (lung maturation) เพื่อลดความรุนแรงของโรค RDS ลงได้ สำหรับภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ซึ่งพบได้ทั้งในทารกตายคลอด และภายในระยะเวลา 7 วันหลังคลอด มีประมาณร้อยละ 28 ที่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ ซึ่งคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป สำหรับสาเหตุจากมารดาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะตกเลือดก่อนคลอด รกลอกตัวก่อนคลอด และรกเกาะต่ำนั้น การตรวจพบได้ก่อนในระหว่างการฝากครรภ์ จะช่วยให้สามารถเตรียมแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมก่อนการคลอด และช่วยลดอัตราตายลงได้

สรุป

อัตราตายปริกำเนิด ในโรงพยาบาลตากสิน ลดลงจาก 10.6 ต่อการเกิด 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2542 เป็น 7.6 ต่อการเกิด 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2547 สาเหตุการตายที่สามารถป้องกันได้มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ สาเหตุการตายจากภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด และทารกคลอดก่อนกำหนด ส่วนสาเหตุการตายที่ป้องกันไม่ได้ หรือป้องกันได้ยาก คือการตายจากความพิการแต่กำเนิด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการตายเปื่อยยุ่ยมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสินที่อนุญาตให้ทำวิจัยและนำเสนอผลงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในการให้คำแนะนำการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา ถิฐาพันธ์. การตายของทารกปริกำเนิด. ใน: เยื้อน ตันตินิรันดร, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2544. หน้า 330-8.
2. Johnston P, Flood K, Sprinks K. The Newborn Child. 9th ed. Churchill Livingstone: Edinburgh; 2003. p.1-4.
3. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004. p.451-9.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย 2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547. หน้า 9-17.
5. Bell R, GlinianaiaSV, Rankin J. Changing patterns of perinatal death, 1982-2000. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2004; 89: 531-6.

6. Houd S, Qinuajuak J, Epoo B. The outcome of Perinatal care in Inukjuak, Nunavik, Canada 1988-2002. Int J Circumpolar Health 2004; 63: 239-41.
7. Wigglesworth JS. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. Lancet 1980; 2 (8196): 684-6.
8. Keeling JW, MacGillivray I, Golding J, Wigglesworth JS, Berry J, Dunn PM. Classification of perinatal death. Arch Dis Child 1989; 64: 1345-51.
9. WHO. International statistical classification of disease and related health problems. Volume 2. 10th revision. Geneva 1993: p.130-3.
10. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, วีณา จีระแพทย์. การประเมินสุขภาพภาวะทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์; 2548. หน้า 105.
11. ดำรัส ลิ่มทองนพคุณ. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ปีงบประมาณ 2542-2546. วารสารแพทย์เขต 6-7 2547; 23: 99-105.
12. Bol KA, Collins JS, Kirby RS. Survival of infants with neural tube defects in presence of folic acid fortification. Pediatrics 2006; 117: 803-13.
13. CDC. Recommendations for the use of folic acid to reduce the numbers of spina bifida and other neural tube defects. MMWR Recomm Rep 1992; 41: 1-7.