

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# การตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2548-2550

## Perinatal Mortality in Photharam Hospital, Ratchaburi Province in Fiscal Year 2005-2007

พงษ์พจน์ ธีรานันตชัย พ.บ.,  
ว.ว.สูติ - นรีเวชวิทยา  
โรงพยาบาลโพธาราม  
จังหวัดราชบุรี

Pongpot Theeranantachai M.D.,  
Thai Board of Obstetrics & Gynecology  
Photharam Hospital,  
Ratchaburi Province

### บทคัดย่อ

การศึกษาการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลโพธาราม ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 มีจำนวนทารกเกิดทั้งหมด 5,045 คน พบทารกตายปริกำเนิด 37 คน คิดเป็นอัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 7.33 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด โดยที่อัตราตายปริกำเนิด 3 ปีที่ศึกษาเพิ่มขึ้นทุกปี (5.1, 7.3 และ 9.6 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด) ลักษณะการตายส่วนใหญ่ คือการตายเฉื่อยชื่อย่อยละ 46.0 รองลงมาได้แก่ พิการแต่กำเนิดร้อยละ 18.9 ขาดออกซิเจนหรือขาดเลือดจากการคลอด ร้อยละ 13.5 และภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด พบเท่ากับสาเหตุเฉพาะคือร้อยละ 10.8 ตามลำดับ นอกจากนี้เป็นสิ่งที่สังเกตว่าการตายที่ป้องกันได้ คือ ขาดออกซิเจนหรือขาดเลือดจากภาวะคลอด มีแนวโน้มลดลง อาจกล่าวได้ว่าการปรับปรุงคุณภาพการฝากครรภ์ การค้นหาครรภ์ที่มีความเสี่ยง การดูแลรักษา การช่วยชีวิตอย่างทันที่ การพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาและทารกขณะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด รวมทั้งกระบวนการวิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การร่วมวางแผนแนวทางจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team) จะช่วยลดการตายปริกำเนิด รวมทั้งเพิ่มความปลอดภัยแก่มารดาและทารก

**คำสำคัญ :** การตายปริกำเนิด อัตราตายปริกำเนิด

### ABSTRACT

According to the retrospective study of perinatal mortality in Photharam hospital from October 2004 to September 2007, the perinatal mortality rate was 7.33 per 1,000 total births. The rate in the 3 years increased each year (5.1, 7.3 and 9.6 per 1,000 total births respectively). The major cause of perinatal mortality was macerated stillbirth (46.0%). The other causes of death were congenital malformations (18.9%), asphyxia

conditions developing in labour (13.5%) and condition associated preterm birth (10.8%) which was equal to the specific conditions. Birth asphyxia which was preventable was on decrease trend. Improvement of antenatal care, early detection of high risk pregnancy group, proper management in labour room, availability of newborn resuscitation team and analysis of unexpected incidence including the solution from multidisciplinary team (Patient Care Team) would reduce the perinatal mortality and increase safety for mother and child.

**Keyword :** Perinatal Mortality, Perinatal Mortality Rate

## บทนำ

การตายปริกำเนิด เป็นตัววัดสภาวะสุขภาพของมารดาและทารก วัดความสูญเสียทางการเจริญพันธุ์ในระหว่างประเทศ เป็นตัววัดระดับการศึกษา สภาพสังคม ระบบสาธารณสุขของประเทศ อาทิ ภาวะโภชนาการ การแพทย์ด้านสูติศาสตร์และทารกแรกเกิด นอกจากนี้การตายปริกำเนิดยังสะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานการดูแลและบริการด้านแม่และเด็ก สภาพสังคม และการสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา<sup>1,2</sup> ดังนั้นประเทศที่พัฒนาแล้วจึงมีอัตราการตายปริกำเนิดในระดับต่ำ<sup>3</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินนโยบายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มาอย่างต่อเนื่อง จนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 แล้วนั้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในระดับหนึ่ง ซึ่งในปี 2544 มีอัตราการตายปริกำเนิดลดลงเป็น 21.5 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด<sup>4</sup> สำหรับแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขโดยเฉพาะในด้านอนามัยแม่และเด็ก ไว้เป็นนโยบายหลักของชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีเป้าหมายการดำเนินงานด้านอนามัยมารดาและทารก โดยมีตัวชี้วัดสถานะสุขภาพต่าง ๆ เช่น อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 18 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ อัตราแม่มีบุตรคนแรก เมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไม่เกิน 30 ต่อ 1,000

เกิดมีชีพ อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมดเป็นต้น<sup>5</sup>

ความร่วมมือและสัมพันธ์ภาพที่กระหว่าง สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาล ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น โภชนากร เจ้าหน้าที่พยาธิวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นับว่าเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด เพื่อจุดประสงค์ในการลดการตายปริกำเนิด ความร่วมมือดังกล่าว เช่น การประชุมระดมสมองระหว่าง PCT (Patient Care Team) สูติ - นรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม เพื่อปรึกษาหารือในการวิเคราะห์สาเหตุ (Root Cause Analysis) จากอุบัติการณ์ (Incidence) ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการร่วมระดมแนวทาง ข้อปฏิบัติ วิธีป้องกันอุบัติการณ์ต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่ความปลอดภัยของมารดาและทารกต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสาเหตุ สถานการณ์ และแนวโน้มของอัตราการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

## วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยการรวบรวมข้อมูลการตายปริกำเนิดย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 จากสมุดบันทึกการคลอดของห้องคลอด รายงานการตายของมารดาและ/หรือทารก (รายงาน ก 1) ของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลจากฐานข้อมูลของเวชระเบียน (Hos Xp) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้

สถิติพรรณนา ได้แก่ อัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด นำเสนอข้อมูลในรูปแบบงานวิจัยทางวิชาการ รวมทั้งการวิเคราะห์และเสนอแนวทาง เพื่อลดการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลโพธาราม

$$\frac{\text{Fetal Deaths and Early Neonatal Deaths} \times 1,000}{\text{Total Births}}$$

### คำนิยามในการศึกษาครั้งนี้

1. การตายปริกำเนิด คือการที่ทารกตายนับตั้งแต่อยู่ในครรภ์ครบ 22 สัปดาห์เต็มถึงน้อยกว่า 7 วันหลังคลอด
2. อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของอัตราตายปริกำเนิด คือ จำนวนการตายของทารกที่มีน้ำหนักอย่างน้อยระหว่าง 500-1,000 กรัม หรืออายุครรภ์อย่างน้อย 22 สัปดาห์ หรือวัดความยาวจากศีรษะถึงสันเท้า 25 ซม. หรือมากกว่า (Fetal Deaths) รวมกับจำนวนทารกแรกเกิดถึงน้อยกว่า 7 วันตาย (Early Neonatal Deaths) ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด<sup>6</sup> คิดคำนวณโดย

### 3. ลักษณะการตายปริกำเนิด จำแนกตาม

Wigglesworth's Classification<sup>7</sup> แบ่งเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

- 1) การตายเบื่อยอยู่รูปร่าง (Normally formed macerated stillbirth) ซึ่งอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ครรภ์เกินกำหนด มารดาเป็นโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ และไม่ทราบสาเหตุ
- 2) พิการแต่กำเนิด (Congenital malformations : Stillbirth or Neonatal Death) ทารกอาจเกิดไร้ชีพ หรือเกิดมีชีพตาย
- 3) ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด (Condition associated Preterm Birth or Immaturity : Neonatal Death only) เช่น Respiratory Distress Syndrome, Sepsis,

### ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

N = 37

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>
น้อยกว่า 20 ปี	6	16.2
20-35 ปี	22	59.5
มากกว่า 35 ปี	9	24.3
<b>ค่าเฉลี่ย 28.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.3 ค่าต่ำสุด 14 ค่าสูงสุด 45</b>		
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	21	56.8
งานบ้าน	13	35.1
ทำนา	2	5.4
ค้าขาย	1	2.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านสถิติกรรมของมารดา

N = 37

ข้อมูลด้านสถิติกรรมของมารดา	จำนวน	ร้อยละ
<b>การฝากครรภ์</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>
ไม่เคยฝากครรภ์	2	5.4
การฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง	12	32.4
การฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์	23	62.2
<b>ความเข้มข้นของเลือด (Hct.)</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>
น้อยกว่า 33 mg/dl	5	16.1
33 mg/dl และมากกว่า	26	83.9
<b>ค่าเฉลี่ย 37.0</b>	<b>ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.8</b>	<b>ค่าต่ำสุด 30</b>
		<b>ค่าสูงสุด 44</b>
<b>อายุครรภ์เมื่อคลอด</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>
(ไม่ระบุ 1 ราย)		
น้อยกว่า 28 สัปดาห์	3	8.3
28-36 สัปดาห์	21	58.3
มากกว่า 36 สัปดาห์	12	33.4
<b>ค่าเฉลี่ย 33.6</b>	<b>ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.6</b>	<b>ค่าต่ำสุด 24</b>
		<b>ค่าสูงสุด 40</b>
<b>ลักษณะการตั้งครรภ์</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>
ครรภ์เดียว	34	91.9
ครรภ์แฝด	3	8.1
<b>ผู้ทำคลอด</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>
พยาบาล	22	59.5
แพทย์	15	40.5

Congenital Infection

4) ขาดออกซิเจนหรือขาดเลือดจากการคลอด (Asphyxia Conditions Developing in labour : Fresh Stillbirth /Neonatal Death) อาจมีสาเหตุมาจากการคลอดที่ยาวนาน สายสะดือข้อย้อย รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ การคลอดติดขัด ทารกน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัม ตายเมื่ออายุน้อยกว่า 4 ชั่วโมง จัดอยู่ในกลุ่มนี้

5) สาเหตุเฉพาะ (Specific Conditions) เช่น Hydrops Fatalis, Blood group Incompatibilities, การติดเชื้อเฉพาะ และอื่น ๆ

ผลการศึกษา

- ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาจากการศึกษา พบว่า มารดาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 59.5 รองลงมา อายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 24.3 และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 16.2 ตามลำดับ มารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 56.8 รองลงมาทำงานบ้านร้อยละ 35.1 ทำนาร้อยละ 5.4 และค้าขายร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1
- ข้อมูลด้านสถิติกรรมของมารดาจากการ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านสถิติกรรมของทารก

N = 37

ข้อมูลด้านสถิติกรรมของทารก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	37	100.0
ชาย	21	56.8
หญิง	16	43.2
น้ำหนักทารกแรกคลอด		
1,000 กรัมและน้อยกว่า	6	16.2
1,001 - 2,499 กรัม	21	56.8
2,500 - 3,499 กรัม	10	27.0
ค่าเฉลี่ย 1,829.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 795.3 ค่าต่ำสุด 300 ค่าสูงสุด 3,480		
วิธีคลอด	37	100.0
คลอดปกติ	25	67.6
ผ่าคลอดทางหน้าท้อง	12	32.4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของลักษณะการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลโพธาราม จำแนกตาม Wigglesworth's Classification ระหว่าง ปังบประมาณ 2548 ถึง 2550

N = 37

ลักษณะการตายปริกำเนิด	จำนวน			จำนวน	ร้อยละ
	(ตามปังบประมาณ)				
	2548	2549	2550	37	100.0
การตายเปื่อยยุ่ย	4	4	9	17	46.0
พิการแต่กำเนิด	2	2	3	7	18.9
ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด	0	2	2	4	10.8
ขาดออกซิเจนหรือขาดเลือดจากการคลอด	2	2	1	5	13.5
สาเหตุเฉพาะ	1	2	1	4	10.8

ศึกษาพบว่า

มารดาส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 62.2 รองลงมาฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 32.4 และไม่เคยฝากครรภ์ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ

มารดาส่วนใหญ่ มีความเข้มข้นของเลือดมากกว่า 33 mg/dl ร้อยละ 83.9 และมีความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 33 mg/dl ร้อยละ 16.1

มารดาส่วนใหญ่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและอัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลโพธาราม จำแนกเป็นรายเดือน ระหว่างปีงบประมาณ 2548 ถึง 2550

เดือน	จำนวนผู้คลอดทั้งหมด			Fetal Deaths			ตายภายใน 0-7 วัน			รวมตายปริกำเนิด			อัตราตายปริกำเนิด		
	2548	2549	2550	2548	2549	2550	2548	2549	2550	2548	2549	2550	2548	2549	2550
ตุลาคม	156	169	163	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	12.0
พฤศจิกายน	159	125	120	0	0	1	1	0	1	0	1	2	6.25	0	16.5
ธันวาคม	154	153	130	0	0	1	1	1	0	1	1	1	6.4	6.5	7.6
มกราคม	130	143	131	0	0	0	1	0	0	1	0	0	7.7	0	0
กุมภาพันธ์	113	100	136	2	1	0	0	0	0	2	1	0	17.4	10	0
มีนาคม	161	125	132	2	2	1	0	0	1	2	2	2	12.2	16	14.9
เมษายน	120	145	147	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	6.9	6.8
พฤษภาคม	149	121	126	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8.1	0
มิถุนายน	150	146	131	1	1	1	0	2	1	1	3	2	6.6	20.4	14.9
กรกฎาคม	140	131	153	1	2	2	0	0	1	1	2	3	7.1	14.9	19.5
สิงหาคม	156	137	150	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	13.3
กันยายน	163	130	150	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	7.6	6.6
รวม	1,751	1,625	1,669	6	8	9	3	4	7	9	12	16	5.1	7.3	9.6
รวม 3 ปี		5,045			23			14			37			7.33	

ร้อยละ 58.3 รองลงมาคลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ร้อยละ 33.4 และคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ

มารดาส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เดี่ยวร้อยละ 91.9 และตั้งครรภ์แฝดร้อยละ 8.1

มารดาส่วนใหญ่มีพยาบาลเป็นผู้ทำคลอดร้อยละ 59.5 และแพทย์เป็นผู้ทำคลอดร้อยละ 40.5 ดังตารางที่ 2

**3. ข้อมูลด้านสถิติกรรมของทารกจากการศึกษาพบว่า**

ทารกส่วนใหญ่ เป็นเพศชายร้อยละ 56.8 และเพศหญิงร้อยละ 43.2

ทารกส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกคลอด 1,001-2,499 กรัม ร้อยละ 56.8 รองลงมา มีน้ำหนักแรกคลอด 2,500-3,499 กรัม ร้อยละ 27.0 และน้ำหนักแรกคลอด 1,000 กรัมและน้อยกว่าร้อยละ 16.2 ตามลำดับ

ทารกส่วนใหญ่คลอดด้วยวิธีปกติร้อยละ 67.6 และคลอดด้วยวิธีผ่าคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 32.4 ดังตารางที่ 3

**4. ลักษณะการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลโพธาราม จำแนกตาม Wigglesworth's Classification ระหว่างปีงบประมาณ 2548 ถึง 2550 จากการศึกษาพบว่า**

ลักษณะการตายส่วนใหญ่ คือการตายเปื่อยยุ่ยรูปร่างร้อยละ 46.0 รองลงมาได้แก่ พิการแต่กำเนิดร้อยละ 18.9 ขาดออกซิเจนหรือขาดเลือดจากการคลอดร้อยละ 13.5 และภาวะที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด พบเท่ากับสาเหตุเฉพาะร้อยละ 10.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

**5. อัตราตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลโพธาราม จำแนกเป็นรายเดือน ระหว่างปีงบประมาณ 2548 ถึง 2550 จากการศึกษาพบว่า**

การตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลโพธาราม ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 มีจำนวนทารกเกิดทั้งหมด 5,045 คน พบทารกตายปริกำเนิด 37 คน คิดเป็นอัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 7.33 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด

โดยที่อัตราตายปริกำเนิด 3 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 5.1, 7.3 และ 9.6 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด ดังตารางที่ 5

## วิจารณ์

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม โรงพยาบาลโพธาราม ได้ดำเนินการตามนโยบายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล คือ ให้การบริการผสมผสานแบบองค์รวมตามมาตรฐานอย่างปลอดภัยและเป็นที่ยอมรับ ในส่วนหนึ่งของการบริการ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ได้ให้ความสำคัญในการติดตาม เฝ้าระวังภาวะการตายปริกำเนิด โดยจัดทำเป็นข้อมูลดัชนีชี้วัด ซึ่งมีการจัดเก็บเป็นรายเดือน และติดตามแนวโน้มภาวะดังกล่าว โดยผลการติดตามในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 พบมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยปีล่าสุด พบอัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 9.6 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าอัตราตายปริกำเนิดภาคกลาง คือ 8.9 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2540<sup>8</sup>

ในการดำเนินการของทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรมของโรงพยาบาลโพธาราม จากสถานการณ์ดังกล่าว และกรณีพบอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับสูง เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต กำหนดให้มีการทบทวนสาเหตุ ซึ่งในการทบทวนดังกล่าวจะเป็นการระดมสมองของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในรูป PCT ซึ่งประกอบด้วยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เช่น กรณีทารกตายในครรภ์ (Dead Fetus in Utero ; Incident Report No.288/2549) ในเดือนเมษายน 2549 และกรณี Birth Asphyxia เสียชีวิต (Incident Report No.536/2550) ในเดือนกรกฎาคม 2550 มีการทบทวนสาเหตุ และกำหนดแนวทางแก้ไข การทบทวนแนวทางปฏิบัติ การจัดทำและปรับปรุงคู่มือในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 หลายเรื่อง เช่น การปรับปรุงระบบงาน การให้ข้อมูลที่สำคัญ การดูแลขณะตั้งครรภ์ ให้การบริการฝากครรภ์ ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์มาตรฐาน การดูแลขณะรอคลอด ขณะคลอด หลังคลอด การดูแลก่อนจำหน่าย การ

ดูแลเมื่อกลับบ้าน และการกำหนดแพทย์ผู้รับผิดชอบที่ให้การดูแลสตรีที่มาฝากครรภ์อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร โดยครอบคลุมถึงระยะการคลอด ทั้งนี้เพื่อนำมาซึ่งความปลอดภัยของมารดาและทารก

## สรุป

ถึงแม้ว่าในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 อัตราตายปริกำเนิดมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งปีล่าสุด อัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 9.6 ต่อ 1,000 กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม รวมทั้ง PCT สูติ-นรีเวชกรรม และคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลโพธารามตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว โดยดำเนินการทบทวนสาเหตุ กำหนดแนวทางแก้ไข และแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ รวมทั้งการจัดทำและปรับปรุงคู่มือดังกล่าวข้างต้น ที่ผ่านมามีพบว่าแม้ในระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่กำหนดไว้ว่าอุบัติการณ์ที่มีผู้ป่วย/ทารกเสียชีวิต ในความเป็นจริงอาจไม่ได้รับการทบทวนตามที่กำหนดทุกราย ทำให้สาเหตุที่แท้จริงบางส่วนอาจยังไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งช่วงปลายปี 2550 - ต้นปี 2551 ทีม PCT สูติ-นรีเวชกรรมได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างชัดเจนขึ้น โดยการสร้างการรับรู้และความตระหนักด้านการค้นหาสาเหตุ การหาโอกาสพัฒนา ปรับปรุงงาน การประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ทั้งนี้เพื่อมุ่งสู่คุณภาพที่ดีของการบริการด้านการดูแลมารดาและทารกต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมชาย เทพเจริญ-นรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม ที่สนับสนุน

และให้กำลังใจในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพธารามทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยความยินดี

## เอกสารอ้างอิง

1. ศิริพร กัญชนะ, พวงเพ็ญ ชันประเสริฐ. การตายปริกำเนิด (Perinatal mortality). FACT SHEET ด้านอนามัยแม่และเด็ก 2540 ; 3 : 2.
2. ดำรัส ลิ้มทองนพคุณ. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ปีงบประมาณ 2542-2546. วารสารแพทย์เขต 6-7 2547 ; 23(2) : 99-105.
3. กรกฎ ศิริมัย, วิทยา ธิสุาพันธ์. บทนำทางสูติศาสตร์. ใน มานี ปิยอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, สิงห์เพชร สุขสมปอง, มงคล เบญญาภิบาล, บรรณาทิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด ; 2543 : 1-16.
4. คณะอนุกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่. คู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะ ASPHYXIA. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : หจก. ครีเอทพรินติ้งกรุ๊ป ; 2546.
5. <http://advisor.anamai.moph.go.th>
6. WHO. Perinatal Mortality ; 1996 : 3.
7. Keeling JW, MacGillivray J, Golding J, Wigglesworth J, Berry J, Dunn DM. Classification of perinatal death. Arch Dis Child 1989 ; 64 : 134-51.
8. <http://advisor.anamai.moph.go.th/tamra/env/env102.html>