

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ Risk Factors for Intrauterine Fetal Death

อรวรรณ ตั้งทองเพชร พ.บ.,ว.ว. สูติ-นรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี

Orawan Tangtongpet, M.D.,
Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetrics and Gynecology,
Paholpolpayuhasaena Hospital, Kanchanaburi Province

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์

วิธีการศึกษา : แบบกลุ่มศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย : พบหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกเสียชีวิตในครรภ์ 44 ราย ตั้งแต่ มกราคม 2547 ถึงธันวาคม 2549 ปัจจัยเสี่ยงที่พบมีนัยสำคัญต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ คือ ประวัติทารกด้นน้อย (OR 7.78, 95% CI 4.68-12.91), ภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (OR 7.75, 95% CI 2.57-23.35), อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (OR 4.19, 95% CI 1.58-11.10), และน้ำหนักทารกแรกคลอดที่น้อยกว่าอายุครรภ์ (OR 3.48, 95% CI 1.57-7.71).

สรุป : ภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์สามารถลดลงได้จากการประเมินทางคลินิกขั้นพื้นฐานและใช้เครื่องตรวจคัดกรองที่มีอยู่

ABSTRACT

Objective : To determine ante-partum maternal and fetal risk factors for intrauterine fetal death

Methods : A case control study

Results : There were 44 cases of intrauterine fetal death from Jan 2004 to Dec 2006. This study showed that intrauterine fetal death was associated with the following risk factors: history of decreased fetal movement (OR 7.78, 95% CI 4.68-12.91), high risk pregnancy (OR 7.75, 95% CI 2.57-23.35), gestational age < 37 weeks (OR 4.19, 95% CI 1.58-11.10) and small for gestational age fetus (OR 3.48, 95%CI 1.57-7.71).

Conclusion : Intrauterine fetal death could be reduced by basic clinical assessment and surveillance tools.

บทนำ

การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้กำหนดอัตราตายทารกปริกำเนิดไว้ไม่เกิน 9:1,000 การเกิด¹ จากการเก็บข้อมูลของห้องคลอดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าอัตราตายทารกปริกำเนิดในช่วงปีงบประมาณ 2547-2549 คือ 19.2, 8.7 และ 11.3 ต่อการเกิด 1,000 รายตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าที่แผนกำหนดไว้ ทารกเกิดไว้ชีพ 6.5, 6.4 และ 6.7 ต่อการเกิด 1,000 รายตามลำดับ และพบในอัตราที่สูงกว่าทารกเสียชีวิต 0-7 วัน ทารกเสียชีวิตในครรภ์มีลักษณะเปื่อยยุ่ยแยกตาม Wigglesworth's classification มีจำนวนสูงถึง 60% ของทารกเกิดไว้ชีพ² ทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ผู้นั้น รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนทางมารดาจากการยุติการตั้งครรภ์ เช่น ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดในกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์นาน หรือ มดลูกแตกหรือทะลุในการทำหัตถการเพิ่มจากกรณีทารกตายค้างอยู่ภายในและติดเหนียวแน่น³ ดังนั้นการศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนดูแลเฝ้าระวังเพื่อลดการเกิดทารกเสียชีวิตในครรภ์ที่จะเกิดขึ้นในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

หาปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงเวลา 3 ปี (มกราคม พ.ศ. 2547- ธันวาคม 2549)

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยแบบกลุ่มศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (case control study) โดยรวบรวมข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีทารกเสียชีวิตในครรภ์ก่อนเจ็บครรภ์คลอดและมาคลอดที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัด

กาญจนบุรี ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547-31 ธันวาคม พ.ศ. 2549 โดยมีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกคลอดของทารกมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 กรัม เป็นครรภ์เดียวและไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิดของทารก การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ได้รับการยืนยันโดยการทำอัลตราซาวนด์ไม่พบการเคลื่อนไหวของหัวใจ⁴ เป็นกลุ่มศึกษา มีจำนวน 44 ราย เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรมีชีวิตมาคลอดที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในช่วงเวลา ก่อนและหลังกลุ่มศึกษา เป็นกลุ่มควบคุม มีจำนวน 88 ราย หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่มเคยฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ เก็บข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของหญิงตั้งครรภ์และประวัติการตั้งครรภ์ได้แก่

- อายุหญิงตั้งครรภ์โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ คือ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี, 21-34 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี
- ดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์คำนวณด้วยน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก หน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง หน่วยเป็นเมตร จัดเป็นกลุ่มคือ อ้วนดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m^2 , กลุ่มไม่อ้วนดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 kg/m^2 ⁵
- อายุครรภ์ขณะคลอด คำนวณจากวันแรกของระดูปกติครั้งสุดท้าย หรือ อัลตราซาวนด์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ แบ่งเป็นอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์, 37-40 สัปดาห์ และมากกว่า 40 สัปดาห์
- ภาวะครรภ์เสี่ยงสูงซึ่งได้แก่ครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม
- จำนวนการตั้งครรภ์ เก็บข้อมูลเป็นครรภ์แรก ครรภ์ที่สองและครรภ์ที่สามขึ้นไป
- ประวัติแท้ง
- ประวัติลูกด้นน้อย
- ประวัติการฝากครรภ์ ตามมาตรฐานครบ 4 ครั้ง โดยฝากครรภ์ในแต่ละช่วงที่กำหนดอย่างน้อย 1 ครั้ง ครบทั้ง 4 ช่วง คือในช่วงอายุครรภ์ก่อน 27 สัปดาห์, 28-31

สัปดาห์, 32-35 สัปดาห์และ 36 สัปดาห์ ขึ้นไป

ส่วนการศึกษาข้อมูลของทารก ได้แก่

- น้ำหนักแรกคลอดของทารก โดยแบ่งเป็นมีภาวะหรือไม่มีภาวะน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (SGA) คือน้ำหนักทารกแรกเกิดที่น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ที่อายุครรภ์เดียวกันโดยใช้ข้อมูลน้ำหนักทารกแรกเกิดจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์^{6,7}

สถิติที่ใช้ Person Chi-Square, Odds Ratio, 95% confidence interval จากโปรแกรม SPSS version 11.5

ผลการศึกษา

ในกลุ่มศึกษาพบหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกเสียชีวิตในครรภ์ส่วนใหญ่ มีอายุในช่วง 20-34 ปี (ร้อยละ 68.2) อายุเฉลี่ย 26 ปี, อายุครรภ์ที่มากลอด 37-40 สัปดาห์ (ร้อยละ 52.3) อายุครรภ์เฉลี่ย 37 สัปดาห์ มีเพียงร้อยละ 31.8 ของกลุ่มศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

ร้อยละ 22.7 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายขณะฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m² หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแท้งบุตร (ร้อยละ 81.8) ตั้งครรภ์ครั้งแรกและฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามมาตรฐาน พบร้อยละ 54.5 เท่ากัน มีประวัติลูกด้นน้อย ร้อยละ 70.5 น้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่าอายุครรภ์ ร้อยละ 45.46

ในกลุ่มควบคุมพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มากลอดส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-34 ปี (ร้อยละ 68.2) อายุเฉลี่ย 25 ปี, อายุครรภ์ที่มากลอด 37-40 สัปดาห์ (ร้อยละ 70.5) อายุครรภ์เฉลี่ย 38 สัปดาห์ร้อยละ 89.8 ไม่มีประวัติแท้งบุตร, ร้อยละ 47.7 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 70.5 ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามมาตรฐานร้อยละ 5.7 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 13.6 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายขณะฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m² ไม่พบประวัติลูกด้นน้อยในกลุ่มควบคุมน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่าอายุครรภ์พบร้อยละ 19.32 ดังแสดงตามตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่ศึกษาของหญิงตั้งครรภ์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มศึกษา (44 ราย)	กลุ่มควบคุม (88 ราย)	P-value
อายุหญิงตั้งครรภ์			
≤ 20 ปี	9 (20.5%)	20 (22.7%)	NS
21-34 ปี	30 (68.2%)	60 (68.2%)	
≥ 35 ปี	5 (11.4%)	8 (9.1%)	
รวม	44 (100%)	88 (100%)	
ดัชนีมวลกายขณะคลอด			
≤ 30 kg/m ²	34 (77.3%)	76 (86.4%)	NS
≥ 30 kg/m ²	10 (22.7%)	12 (13.6%)	
รวม	44 (100%)	88 (100%)	
อายุครรภ์ที่มากลอด			
< 37 สัปดาห์	13 (29.5%)	8 (9.1%)	0.002
37-40 สัปดาห์	23 (52.3%)	62 (70.5%)	
> 40 สัปดาห์	8 (18.2%)	18 (20.5%)	
รวม	44 (100%)	88 (100%)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มศึกษา (44 ราย)	กลุ่มควบคุม (88 ราย)	P-value
ภาวะตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง			
มี	14 (31.8%)	5 (5.7%)	< 0.001
ไม่มี	30 (68.2%)	83 (94.3%)	
รวม	44 (100%)	88 (100%)	
ประวัติแท้งบุตร			
มี	8 (18.2%)	9 (10.2%)	NS
ไม่มี	36 (81.8%)	79 (89.8%)	
รวม	44 (100%)	88 (100%)	
จำนวนการตั้งครรภ์			
ครรภ์แรก	24 (54.5%)	42 (47.7%)	NS
ครรภ์ที่สอง	9 (20.5%)	28 (31.8%)	
ครรภ์ที่สามหรือมากกว่า	11 (25%)	18 (20.5%)	
รวม	44 (100%)	88 (100%)	
ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามมาตรฐาน			
ครบ	24 (54.5%)	62 (70.5%)	NS
ไม่ครบ	20 (45.5%)	26 (29.5%)	
รวม	44 (100%)	88 (100%)	
ประวัติลูกด้นน้อย			
มี	31 (70.5%)	0	< 0.001
ไม่มี	13 (29.5%)	88 (100%)	
รวม	44 (100%)	88 (100%)	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่ศึกษาของทารกในครรภ์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มศึกษา (44 ราย)	กลุ่มควบคุม (88 ราย)	P-value
น้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่าอายุครรภ์ (SGA)			
น้อยกว่า	20 (45.5%)	17 (19.3%)	= 0.002
มากกว่า	24 (54.5%)	71 (80.7%)	
รวม	44 (100%)	88 (100%)	

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อทารกเสียชีวิตในครรภ์

ปัจจัยเสี่ยง	Odd Ratio	95% Confidence Interval	P-value
ประวัติลูกด้นน้อย	7.78	4.68-12.91	< 0.001
ภาวะครรภ์เสี่ยงสูง	7.75	2.57-23.35	< 0.001
อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ขณะคลอด	4.19	1.58-11.10	= 0.002
น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่าอายุครรภ์	3.48	1.57-7.71	= 0.002

เมื่อนำกลุ่มศึกษามาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสดังกล่าวคือทารกเสียชีวิตในครรภ์และมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติลูกด้นน้อย (OR 7.78, 95% CI 4.68-12.91), ภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (OR 7.75, 95% CI 2.57-23.35), อายุครรภ์ขณะคลอด (OR 4.19, 95% CI 1.58-11.10), น้ำหนักของทารกแรกคลอดน้อยกว่าอายุครรภ์ (OR 3.48, 95% CI 1.57-7.71) ส่วนอายุหญิงตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ประวัติการแท้ง และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์จากงานวิจัยนี้ ดังแสดงตามตารางที่ 3

อายุครรภ์ขณะคลอดที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ตามที่พบงานวิจัยนี้ เมื่อแยกเป็นช่วงอายุครรภ์ พบว่าอายุครรภ์ขณะคลอดที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) ส่วนอายุครรภ์ขณะคลอดมากกว่า 40 สัปดาห์พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์

วิจารณ์

ในงานวิจัยนี้เน้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวให้เกิดภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ลดน้อยลง อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบและมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการศึกษานี้ได้แก่

- ประวัติลูกด้นน้อยพบเป็นปัจจัยเสี่ยงสูง ซึ่งการให้ความใส่ใจของหญิงตั้งครรภ์ในการนับลูกด้นตั้งแต่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ความใส่ใจของผู้ดูแลการฝากครรภ์ต่อการแจ้งอาการของหญิงตั้งครรภ์ และหาเครื่องมือที่สามารถตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น ตรวจ non stress test (NST), ทำอัลตราซาวนด์ biophysical profiles เป็นต้น จะช่วยให้พบความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระยะต้นและให้ความช่วยเหลือได้ทันที ทำให้ภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ลดลงได้

- ภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์, หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอื่น เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลระหว่างฝากครรภ์เป็นพิเศษ ทั้งในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ที่จะต้องควบคุมโรคให้ได้ ช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ต้องมีการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นระยะ เมื่อถึงเวลาเหมาะสมควรให้คลอด การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงแยกจากคลินิกฝากครรภ์ทั่วไป มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การดูแล ซึ่งจะช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ลดลง

- อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ขณะคลอด ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ให้ผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักว่า อายุครรภ์ที่ไม่ครบกำหนดคลอดนั้นมีโอกาสเกิดการสูญเสียทารกในครรภ์ได้ถ้าไม่เฝ้าระวังให้ดี จากการศึกษาอายุครรภ์เฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่พบทารกเสียชีวิตในครรภ์ คือ 37 สัปดาห์ ดังนั้นการสอนหญิง

ตั้งครรภ์นับลูกดิ้นซึ่งเป็นเครื่องมือง่าย ๆ และสะดวกจึงมีประโยชน์ เมื่อพบภาวะลูกดิ้นน้อยก็ควรตรวจและประเมินหาสาเหตุต่อไป

- น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่าอายุครรภ์ ในการศึกษาอื่นพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์เช่นกัน^{8,9} การฝากครรภ์ที่ดีและสม่ำเสมอจะทำให้สามารถตรวจพบภาวะดังกล่าวได้ เช่น การดูน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ขนาดของมดลูกที่โตขึ้นสัมพันธ์กับอายุครรภ์หรือไม่ ในกรณีที่พบความผิดปกติ เครื่องมือที่จะช่วยในการวินิจฉัยคือการทำอัลตราซาวนด์ดูความกว้างของศีรษะทารก (BPD) เส้นรอบวงของท้องทารก (AC) เป็นต้น และการทำอัลตราซาวนด์เป็นระยะยังสามารถบอกภาวะการเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ได้

ปัจจัยศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ในงานวิจัยนี้บางปัจจัยพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งที่มีรายงานการวิจัยพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ ได้แก่ อายุหญิงตั้งครรภ์ ประวัติแท้งบุตร จำนวนการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามมาตรฐาน อาจเนื่องจาก

1. ช่วงเวลาการเก็บข้อมูลต่างกัน มาตรฐานการดูแลการตั้งครรภ์สูงมากขึ้น มีการตรวจคัดกรองมากขึ้นทำให้สามารถทราบความผิดปกติได้เร็วขึ้น เน้นให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ ในปัจจุบันเราทราบว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ ≥ 35 ปีมีโอกาสเกิด ครรภ์เสี่ยงสูง เช่น เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้มีการตรวจ 50 gm glucose challenge test ในอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ การเจาะน้ำคร่ำตรวจหาความผิดปกติของโครโมโซมทารกในครรภ์ เป็นต้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุดังกล่าวได้รับการตรวจคัดกรองอย่างละเอียดกว่าในอดีต ประกอบกับการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย การติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว จึงทำให้ไม่พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงของงานวิจัยนี้¹⁰ ประวัติการแท้งบุตรในอดีตเป็น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์อันเนื่องจากการแท้งบุตรนั้นเกิดจากความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์เอง หรือของทารกในครรภ์ ซึ่งเหตุดังกล่าวจะมีผลต่อการตั้งครรภ์ต่อไปได้ แต่ในปัจจุบันการแท้งบุตรส่วนหนึ่งเกิดจากการทำแท้งเนื่องจากความไม่พร้อมของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่าร้อยละ 78-85 เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 35 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจบลงด้วยการทำแท้ง มีเพียงร้อยละ 14 เกิดจากการแท้งโดยธรรมชาติหรือตายคลอด¹¹ การแท้งที่มีได้เกิดจากความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์ หรือทารกในครรภ์ จึงทำให้ไม่มีผลต่อ การตั้งครรภ์ในอนาคต โดยเฉพาะกรณีที่การแท้งนั้นไม่มีภาวะแทรกซ้อน การศึกษาในอดีตบางการศึกษาที่มีรายงานว่า การแท้งไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ไม่ว่าการแท้งนั้นจะเป็นการทำแท้งหรือแท้งเองก็ตาม¹⁰ จำนวนการตั้งครรภ์ก็เช่นกัน ในปัจจุบันการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ สะดวก รวมถึงมีการณรงค์อย่างต่อเนื่องจึงมีผลให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีบุตรน้อยลงและตั้งครรภ์เมื่อพร้อมมากขึ้น ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงต้องออกทำงานนอกบ้านมากขึ้น การสนับสนุนของรัฐบาลในการเบิกค่าเล่าเรียนบุตรเพียง 3 คน ประกันสังคมสามารถเบิกค่าเลี้ยงดูบุตรได้ 2 คน หรือภาษีให้ลดหย่อนค่าเลี้ยงดูบุตรไม่เกิน 3 คน เหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมให้ตั้งครรภ์น้อยลงสังเกตจากงานวิจัยนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ 3 ขึ้นไปพบเพียง ร้อยละ 20-25 เท่านั้น อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์มิใช่ปัจจัยเสี่ยงในงานวิจัยนี้ เนื่องจากปัจจุบันมีการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ชักนำการคลอดเมื่อครบกำหนดคลอด รวมถึงการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยที่มีผลให้การตั้งครรภ์เกินกำหนดพบน้อยลง ส่วนการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามมาตรฐานตามช่วงอายุครรภ์ที่กำหนดไว้นั้นเหมาะสมจึงไม่พบเป็นปัจจัยเสี่ยงในงานวิจัยนี้

2. วิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน เช่น ดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์ที่มากกว่า 30 kg/m² เป็นปัจจัยเสี่ยงในการ

เกิดทารกเสียชีวิตในครรภ์^{5,12,13} แต่ในงานวิจัยพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากน้ำหนักหนักรวมของทารกที่ใช้น้ำหนักในงานวิจัยนี้เป็นน้ำหนักหนักรวมของทารกเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก แม้ว่าจะเป็นค่าที่เชื่อถือได้จากตาชั่งตัวเดียวกันในการเปรียบเทียบ น้ำหนักของทารกที่ได้นั้นนั้น อาจจะเพิ่มหรือลดจากเดิมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นผลจากการตั้งครรภ์หรือมีภาวะแพ้ท้องทำให้น้ำหนักลด รวมถึงการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการฝากครรภ์มีการคัดกรองตรวจหาภาวะเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นดังที่กล่าวข้างต้น ในหญิงตั้งครรภ์ที่น้ำหนักมากจะถูกตรวจหาเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ แนะนำการคุมอาหาร เมื่อระยะครรภ์เป็นพิษ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักมากหรือมีดัชนีมวลกายสูงมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์สำหรับการศึกษานี้

3. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ในการศึกษาทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมน้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถศึกษาปัจจัยอย่างละเอียดได้ เช่นอายุหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีและตั้งครรภ์แรกเป็นปัจจัยเสี่ยงของทารกเสียชีวิตในครรภ์⁴ แต่ในงานวิจัยนี้พบหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีเพียง 5 รายใน 44 รายของกลุ่มศึกษา และ 8 รายใน 88 รายในกลุ่มควบคุมเท่านั้น จึงแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์อาจจะเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดเพียงอย่างเดียว

สรุป

ปัจจัยก่อนคลอดของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ ที่พบในการศึกษานี้มีหลายปัจจัย คือ ประวัติลูกด้นน้อย ภาวะครรภ์เสี่ยงสูง อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่าอายุครรภ์ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการฝากครรภ์ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เน้นให้หญิงตั้งครรภ์มารับการบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์ มีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เพื่อแยกภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

และให้การดูแลที่เหมาะสม ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์ได้อย่างถูกต้อง สอนนับลูกดิ้นและเฝ้าสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งมารับบริการได้ทันเวลาเมื่อพบความผิดปกติ ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เช่น การทำอัลตราซาวด์เมื่อพบขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ หรือสงสัยว่ามีภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การทำ non stress test (NST) เพื่อตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ เมื่อพบว่าทารกดิ้นน้อยลงเป็นต้น เพื่อให้สามารถตรวจพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ในระยะต้น แม้ว่าภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์มีโอกาสเกิดในครรภ์ต่อไปค่อนข้างน้อยก็ตาม แต่เหตุการณ์ดังกล่าวได้สร้างความวิตกกังวลให้หญิงตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นการให้บริการการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เมื่อระยะหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้บริการคำปรึกษาและสตรีก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ให้มีสุขภาพที่ดีก่อนตั้งครรภ์ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดภาวะการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษานี้ ได้แก่

1. นายแพทย์สุพิศ เพ็ญ อัจฉริยะกุล ศึกษานิเทศก์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และแพทย์หญิงวราพร วีระวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวช ร.พ.พหลพลพยุหเสนา ที่อนุญาตให้ทำการศึกษานี้
2. นางวรรณวรา ไหลวารินทร์ หัวหน้าหน่วยงานห้องคลอด ร.พ.พหลพลพยุหเสนา ที่กรุณาให้ข้อมูล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปัทมา พรหมสนธิ ภาควิชาสูติ-นรีเวชวิทยา ร.พ.รามารัตน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. นิพนธ์พร วรมงคล, นุชปียา รั้วพิทักษ์, บรรณาธิการ. ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย 2547. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร

- แห่งประเทศไทย จำกัด ; 2547.
2. Gardosi J, Kady SM, Geown P, Francis A, Tonk A. Classification of stillbirth by relevant condition at death [Re Co De] : population based cohort study. BMJ 2005 ; 331 : 1113-7.
 3. ชัยรัตน์ คุณาวิศกรกุล พ.บ., ทารกตายในครรภ์. ใน : รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ ทองสง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชเนนทร์ วนาภิรักษ์. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พี.บี. ฟอเรน บัคส์ เซนเตอร์ ; 2541 ; 336-43.
 4. Lindsey JL. Evaluation of fetal death. eMedine [Comprehensive online] 2006 Jun [cited 2006 Nov 24]. Available from : URL <http://www.emedicine.com/med/topic3235.htm>
 5. Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer MS. Pregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 1998 ; 338 : 147-52.
 6. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrorn KD. Fetal growth disorders. Williams Obstetrics 21st ed. New York : Mc Graw Hill ; 2001 ; 744-60.
 7. เยื่อน ตันนินันดร. การวินิจฉัยและดูแลรักษาทารกโตช้าในครรภ์. ใน : เยื่อน ตันนินันดร, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ทารกในครรภ์, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮาส์ ; 2540 ; 387-411.
 8. Cnattingius S, Haglund B, Kramer MS. Differences in late fetal death rates in association with determinants of small for gestational age fetuses : population based cohort study. BMJ 1998 ; 316 : 1483-7.
 9. Kunzel W, Misselwitz B. Unexpected fetal death during pregnancy : a problem of unrecognized fetal disorders during antenatal care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003 ; 110 (1) : s86-92.
 10. Fretts RC, Schmittiel J, McLean FH, Goldman MB. Increased maternal age and the risk of fetal death. N Engl J Med 1995 ; 333 : 953-7.
 11. วรพงศ์ ภูพงค์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน : วีระพล จันทร์ยิ่ง, จิตติ หาญประเสริฐพงษ์, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาเด็กและวัยรุ่น, พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ ; 2548 : 375-86.
 12. Kristensen J, Vestergaard M, Wisborg K, Kesmodel U, Secher NJ. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. BJOG 2005 ; 112 [4] : 403-8.
 13. Froen JF, Arnestad M, Frey K, Vege A, Saugstad OD, Stray-Pederson B. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death : epidemiologic characteristics of singleton case in Oslo, Norway, 1985-1995. Am J Obstet Gynecol 2001 ; 184 [4] : 694-702.
 14. Huang DY, Usher RH, Kramer MS, Yang H, Morin L, Fretts RC. Determinants of unexplained antepartum fetal death. Obstet Gynecol 2000 ; 95 : 215-21.