

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ปีงบประมาณ 2542-2546

Perinatal Mortality in Nakhonpathom Hospital in Fiscal Years 1999-2003

ดำรงส ลิ้มทองนพคุณ พ.บ., ว.ว. สูติ-นรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว
ร.พ. นครปฐม

Damras Limthongnopakun M.D.
Department of Obstetrics and Gynecology,
Nakhonpathom Hospital, Thailand.

บทคัดย่อ

ในปีงบประมาณ 2542-2546 อัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐมโดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.35 ต่อทารกคลอด มีชีพ 1,000 ราย สาเหตุการตายส่วนใหญ่ได้แก่ การตายเปื่อยยุ่ย และการขาดออกซิเจนขณะคลอด พบว่าร้อยละ 35.8 ของทารกที่เสียชีวิตเกิดในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐม และทารกส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการตายเปื่อยยุ่ย ขณะที่ร้อยละ 37.44 ของทารกที่เสียชีวิตเกิดในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์หรือส่งตัวมารักษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการขาดออกซิเจนขณะคลอด การปรับปรุงคุณภาพการฝากครรภ์ ค้นหาครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและให้การดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ การพัฒนางานห้องคลอดในการดูแลผู้ป่วยขณะคลอดและการดูแลทารกหลังคลอด ตลอดจนการพัฒนาประสิทธิภาพของการรับปรึกษาและระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในจังหวัด จะช่วยลดอัตราตายปริกำเนิดลงได้

ABSTRACT

From October 1999-September 2003, perinatal mortality rate in Nakhonpathom Hospital was 9.35 per 1,000 live births. The main causes of death were macerated stillbirth and birth asphyxia. 35.8% of all perinatal death were delivered from pregnant women that attended antenatal care clinic at Nakhonpathom Hospital, major cause of death in this group was macerated stillbirth, whereas 37.44% of all perinatal death were delivered from pregnant women that attended antenatal care clinic at other hospitals and major cause of death in this group was birth asphyxia. Improvement of antenatal care, early detection of high risk pregnancy group, proper management in labor room, available of newborn resuscitation team and effectiveness of referral system would reduce perinatal mortality rate.

บทนำ

การตายของทารกปริกำเนิดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในหลายตัวชี้วัดของงานอนามัยแม่และเด็ก ที่สามารถบ่งบอกถึงมาตรฐานและคุณภาพการบริการ ตลอดจนภาวะสุขภาพของแม่และเด็ก ที่ใช้กันในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา¹ โรงพยาบาลนครปฐมก็ได้ตระหนักถึงความสำคัญของดัชนีชี้วัดตัวนี้ และได้ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์มาโดยตลอด เพื่อที่จะลดอัตราตายปริกำเนิด โดยยึดเป้าหมายและแนวทางของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติเป็นเกณฑ์

รายงานนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐมย้อนหลัง 5 ปี คือ ในปีงบประมาณ 2542-2546 เพื่อนำมาหาข้อสรุปแนวทางที่จะปรับปรุงงานบริการแม่และเด็กให้ดียิ่งขึ้น โดยสามารถที่จะนำมาปฏิบัติได้จริงเพื่อให้อัตราตายปริกำเนิดน้อยที่สุด

วัตถุประสงค์

ศึกษาอัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2542-2546 วิเคราะห์หาสาเหตุการตายปริกำเนิดในช่วงเวลาดังกล่าว เสนอแนวทางป้องกันเพื่อลดอัตราตายปริกำเนิดในอนาคต

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงอัตราตายปริกำเนิดในปีงบประมาณ 2542-2546

	ปีงบประมาณ					รวม
	2542	2543	2544	2545	2546	
จำนวนคลอด	5,357	5,229	5,143	4,962	5,264	25,955
คลอดมีชีพ	5,324	5,189	5,096	4,935	5,224	25,768
ทารกตายปริกำเนิด	47	44	56	39	57	243
อัตราตายปริกำเนิด	8.77	8.41	10.89	7.86	10.82	9.35
หมายเหตุ จำนวนที่ได้ชั้นสูตร ศพทารก (ราย/ร้อยละ)	11/23.4	7/15.91	26/46.43	11/28.21	12/21.05	67/27.57

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective โดยการรวบรวมข้อมูลการตายปริกำเนิดย้อนหลัง 5 ปี ที่ได้จากการประชุม Perinatal mortality conference ซึ่งประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาธิแพทย์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ อัตราส่วน และค่าเฉลี่ย

นำเสนอข้อมูลในรูปแบบงานวิจัยทางวิชาการ โดยเสนอแนวทางการป้องกันเพื่อลดอัตราตายปริกำเนิด

นิยาม

การตายปริกำเนิด หมายถึง ผลรวมของจำนวนการตายของทารกในครรภ์และการตายของทารกที่มีอายุไม่เกิน 7 วันที่มีน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนัก ให้ใช้อายุครรภ์ภายหลังครบ 28 สัปดาห์หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงสันเท้า 35 เซนติเมตรหรือมากกว่า)²

อัตราตายปริกำเนิด หมายถึง จำนวนการตายปริกำเนิดต่อการคลอดมีชีพ 1,000 ราย

สาเหตุการตาย แบ่งตาม Wigglesworth classification³

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุการตายปริกำเนิดในปีงบประมาณ 2542-2546

ปีงบประมาณ สาเหตุ	2542		2543		2544		2545		2546	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ								
ตายเบื่อยุ่ย	14	29.79	22	50	21	37.5	16	41.03	21	36.84
พิการแต่กำเนิด	6	12.76	10	22.73	8	14.29	7	17.95	10	17.54
ขาดออกซิเจน	16	34.04	10	22.73	19	33.93	12	30.76	17	29.82
คลอดก่อนกำหนด	5	10.65	0	0	3	5.36	2	5.13	5	8.77
สาเหตุจำเพาะ	6	12.76	2	4.54	5	8.92	2	5.13	4	7.03
รวม	47	100	44	100	56	100	39	100	57	100

ตารางที่ 3 แสดงสถานที่ฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกตายปริกำเนิด

ปีงบประมาณ สถานที่ฝากครรภ์	2542		2543		2544		2545		2546	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ								
คลินิก	11	23.41	4	9.09	12	21.42	7	15.38	4	7.03
ร.พ. นครปฐม (< 4 ครั้ง)	3	6.38	4	9.09	8	14.29	1	2.56	12	21.05
ร.พ. นครปฐม (> 4 ครั้ง)	10	21.28	12	27.27	15	26.79	9	23.08	13	22.81
ร.พ. ชุมชน (< 4 ครั้ง)	7	14.89	9	20.45	7	12.5	8	20.51	11	19.29
ร.พ. ชุมชน (> 4 ครั้ง)	9	19.51	9	20.45	9	16.07	11	28.22	11	19.29
ไม่ได้ฝากครรภ์	7	14.89	6	13.65	5	8.93	4	10.25	6	10.53
รวม	47	100	44	100	56	100	39	100	57	100

ตารางที่ 4 แสดงสาเหตุการตายปริกำเนิดและสถานที่ฝากครรภ์

สถานที่ฝากครรภ์	ไม่ได้ฝากครรภ์		ร.พ. นครปฐม		ร.พ. ชุมชน		คลินิก	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ตายเปื่อยยุ่ย	8	28.57	43	49.43	30	32.97	13	35.14
พิการแต่กำเนิด	7	25	17	19.54	13	14.28	7	18.92
ขาดออกซิเจน	6	21.43	18	20.69	39	42.87	10	27.02
คลอดก่อนกำหนด	3	10.71	4	4.59	5	5.49	3	8.11
สาเหตุจำเพาะ	4	14.29	5	5.75	4	4.39	4	10.81
รวม	28	100	87	100	91	100	37	100

วิจารณ์

อัตราตายปริกำเนิดของประเทศไทยมีแนวโน้มว่าจะลดลงอย่างช้า ๆ จาก 13.9 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพในปีพ.ศ. 2533 เป็น 9.8 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพในปีพ.ศ. 2540⁴ ในขณะที่อัตราตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลนครปฐมในปีงบประมาณ 2542-2546 อยู่ในช่วง 7.86 - 10.89 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพ เฉลี่ยทั้ง 5 ปีได้ 9.35 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพ (ตารางที่ 1) ซึ่งลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2537-2538⁵ แต่ก็ยังสูงกว่าอัตราตายปริกำเนิดโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ⁶

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุการตาย (ตารางที่ 2) พบว่าสาเหตุ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การตายเปื่อยยุ่ย การขาดออกซิเจนขณะคลอด และความพิการแต่กำเนิด โดยที่การตายเปื่อยยุ่ยยังเป็นสาเหตุหลักที่พบมากที่สุด เช่นเดียวกับที่พบในโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ ส่วนการขาดออกซิเจนมีแนวโน้มลดลง จากที่พบมากเป็นลำดับที่หนึ่งในปีงบประมาณ 2542 ก็พบรองมาเป็นลำดับที่สองในปีต่อ ๆ มา ซึ่งน่าจะเกิดจากการปรับปรุงการดูแลหญิงมีครรภ์ตามแนวทางโครงการ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” โดยเฉพาะโรงพยาบาลนครปฐม ได้มีการนำเกณฑ์เสี่ยงเพื่อประเมินหญิงตั้งครรภ์มาใช้ทั้งขณะฝากครรภ์

และขณะคลอด เพราะทารกที่คลอดจากครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสที่จะเกิดทารกตายคลอดสูงกว่าครรภ์เสี่ยงต่ำถึง 4.88 เท่า⁷ การนำเกณฑ์เสี่ยงมาใช้ประเมินและดูแลหญิงมีครรภ์ จะทำให้ลดอัตราตายปริกำเนิดในกลุ่มนี้ได้

ทารกพิการแต่กำเนิด พบเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ซึ่งต่างจากข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2537-2538 ที่พบเป็นลำดับที่ 2⁵ ทั้งนี้ น่าจะเนื่องจากการได้มีการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงแก่สตรีมีครรภ์ทุกรายที่อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ เมื่อพบทารกพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ก็ได้พิจารณายุติการตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ ยกเว้นรายที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ฝากครรภ์ช้า หรือไม่ได้มีการตรวจคัดกรองมาก่อน ซึ่งจากข้อมูลตารางที่ 4 จะเห็นว่า สาเหตุการตายจากทารกพิการแต่กำเนิดพบในกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์เป็นอัตราส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝากครรภ์ แต่ปัจจุบันก็พบปัญหานี้น้อยลง เพราะเริ่มมีสูติแพทย์กระจายไปในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้นและหลายโรงพยาบาลก็มีเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงไว้ใช้ ทำให้สามารถทำการตรวจคัดกรองได้ ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ก็มีการส่งตัวมาตรวจที่โรงพยาบาลนครปฐมมากขึ้น ทั้งนี้ ความพิการ

ส่วนใหญ่ที่ตรวจพบที่เป็นสาเหตุของการตายปริกำเนิดคือ ความพิการของระบบสมองและเส้นประสาท โดยเฉพาะ anencephaly ซึ่งสามารถตรวจพบได้จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเกือบร้อยละ 100⁸

ถึงแม้การให้บริการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงแก่สตรีตั้งครรภ์ทุกคน ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าจะมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ แต่สำหรับประเทศไทย เนื่องจากประสิทธิภาพของการให้บริการฝากครรภ์ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ความรู้และการดูแลตนเองของสตรีไทยยังไม่ดีนัก การให้บริการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงแก่สตรีตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง อาจจะมีประโยชน์ช่วยในการดูแลรักษาและส่งต่อได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น⁹

สาเหตุจำเพาะเป็นสาเหตุของการตายปริกำเนิดไม่มากนัก ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะ hydrops fetalis และการติดเชื้อในครรภ์ ภาวะ hydrops fetalis ส่วนหนึ่งเกิดจากโรค alpha thalassemia major ซึ่งปัจจุบัน โรงพยาบาลนครปฐมมีการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ ถ้าตรวจพบว่าทารกมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ก็มีการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมในการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ข้อมูลจากการศึกษาเมื่อเดือนสิงหาคม 2542 ถึงเดือนกรกฎาคม 2543 ในโรงพยาบาลนครปฐม พบหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อ alpha thalassemia major 2 รายที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ และตรวจพบภาวะ hydrops fetalis 1 ราย จึงได้พิจารณายุติการตั้งครรภ์¹⁰ ถ้าการตรวจคัดกรองสามารถทำได้ทั่วถึง เราก็สามารถยุติการตั้งครรภ์ทารกในกลุ่มนี้ได้ตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ ทำให้ลดอัตราการตายปริกำเนิดในกลุ่มนี้ได้

เมื่อพิจารณาถึงสถานที่ฝากครรภ์ (ตารางที่ 3) เนื่องจากโรงพยาบาลนครปฐมเป็นโรงพยาบาลศูนย์ เป็นแม่ข่ายของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด รับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนใกล้เคียง และจากคลินิกฝากครรภ์ทั่วไป ดังนั้น จะเห็นว่า ทารก

ตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลนครปฐมนั้น เกิดในมารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้น ร้อยละ 35.8 ที่เหลือเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่อื่น หรือได้รับการส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลนครปฐม และส่วนหนึ่ง ร้อยละ 11.52 ไม่เคยฝากครรภ์ ซึ่งพบมากในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและในกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

สำหรับสาเหตุของการตายปริกำเนิดเมื่อพิจารณาจากสถานที่ฝากครรภ์ ก็พบว่ามีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 4) โดยเฉพาะในสองลำดับแรก นั่นคือ การตายเบื่อย่อยพบมากที่สุดในกลุ่มที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐม ร้อยละ 49.43% ในขณะที่การตายจากการขาดออกซิเจนพบมากที่สุดในกลุ่มที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 42.87 ซึ่งการตายจากการขาดออกซิเจนนั้นถือได้ว่าเป็นสาเหตุที่แก้ไขและป้องกันได้ ซึ่งโรงพยาบาลนครปฐมก็ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง ให้การดูแลที่เหมาะสมขณะฝากครรภ์ โดยการให้สูติแพทย์เป็นผู้ตรวจครรภ์ทุกครั้ง รายงานแพทย์เวรทุกรายที่มารตามาคคลอดมีคะแนนความเสี่ยงตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป ใช้ partograph ในการติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ให้การช่วยคลอดด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม มีการอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด (newborn resuscitation) แก่แพทย์จบใหม่ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่เคยรับการอบรมแล้วก็จัดให้มีการอบรมฟื้นฟูทุกปี มีการจัดอบรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงให้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย แต่การที่ยังพบทารกตายปริกำเนิดจากการขาดออกซิเจนในสัดส่วนที่ยังสูงโดยเฉพาะในกลุ่มที่ฝากครรภ์และส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนนั้น อาจจะมีปัญหาในเรื่องบุคลากรที่ยังไม่มีความชำนาญพอ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ระหว่างการส่งตัวผู้ป่วยมาโรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งปัญหานี้ก็ได้มีการนำมาวิเคราะห์และเสนอทางแก้ไขในการประชุม perinatal mortality conference และการประชุมคณะกรรมการ

แม่และเด็กระดับจังหวัด ทำให้อัตราตายปริกำเนิดจากการขาดออกซิเจนมีแนวโน้มลดลงทุกปี

การตายเปื่อยยุ่ยซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการตายปริกำเนิดและพบเป็นสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมนั้น เคยมีการศึกษาในโรงพยาบาลนครปฐมเมื่อปี พ.ศ. 2538-2539 พบว่าไม่ทราบสาเหตุถึงร้อยละ 94.3¹¹ อยู่ในกลุ่มที่เรียกได้ว่า macerated stillbirth unknown cause ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ามักเกิดจาก utero-placental insufficiency¹² ดังนั้นมาตรการที่เหมาะสมในการลดอัตราตายในกลุ่มนี้คือ การให้คำแนะนำที่ถูกต้องอย่างละเอียดในเรื่องการนับการเดินของทารก เพราะจากการศึกษาพบว่ามิหญิงตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 20.7 ที่ยังรู้สึกว่าการเดินทั้ง ๆ ที่ตรวจพบว่าทารกเสียชีวิตในครรภ์แล้ว¹¹ ขณะเดียวกันก็ต้องพิจารณาหาข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการส่งตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ซึ่งโรงพยาบาลนครปฐมได้กำหนดข้อบ่งชี้ดังกล่าวได้แก่ ทารกที่มีอายุครรภ์ 41 สัปดาห์ขึ้นไป หรือทารกที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีน้ำหนักลด หรือน้ำหนักคงที่ หรือรู้สึกทารกดิ้นน้อยลง ส่วนทารกที่มีความเสี่ยงสูง สูติแพทย์จะเป็นผู้ตรวจครรภ์และพิจารณาส่งตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ตามความเหมาะสม

การตรวจชันสูตรศพทารกในช่วงการศึกษานี้ มีทั้งหมด 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.57 ซึ่งมีแนวโน้มจะลดลง ทั้งนี้เพราะมีพยาธิแพทย์น้อยลง และจากการศึกษาพบว่า การตรวจทารกตายเปื่อยยุ่ยที่มีรูปร่างทั่วไปปกติ เป็นการตรวจที่ให้ผลลบถึงร้อยละ 95.9¹¹ ดังนั้นในปัจจุบันจึงไม่ได้ส่งศพทารกตายเปื่อยยุ่ยที่มีรูปร่างทั่วไปปกติ หรือทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยมาก ๆ และมีภาวะ respiratory distress syndrome (RDS) อย่างรุนแรง

สรุป

อัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐมในปีงบประมาณ 2542-2546 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.35 ต่อการ

คลอดมีชีพ 1,000 ราย สาเหตุการตายที่สำคัญ คือ การตายเปื่อยยุ่ย การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และทารกพิการแต่กำเนิด การลดอัตราตายปริกำเนิดตามแนวทางที่เคยปฏิบัติมา ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงคุณภาพการฝากครรภ์ การตรวจคัดกรองความพิการ การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ แนะนำการนับการเดินของทารก การปรับปรุงคุณภาพการดูแลการคลอด ตลอดจนการดูแลทารกแรกคลอด ยังคงเป็นสิ่งที่จะต้องปฏิบัติต่อไป และอาจจะต้องเพิ่มการให้บริการปรึกษาดูแลสตรีก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์⁹ ขณะเดียวกันจะต้องมุ่งเน้นคุณภาพการบริการในทุกกระดับ ปรับปรุงการจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ความรู้แก่ผู้รับบริการให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองพร้อมทั้งมารับบริการได้ทันเวลาเมื่อเกิดความผิดปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์พินิจ หิรัญโชติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ที่อนุญาตให้นำเสนอรายงานนี้ ขอขอบคุณสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาธิแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องในการประชุม perinatal mortality conference ทุกครั้งที่ได้ให้ความเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข และขอขอบคุณคุณพรทิพย์ สงค์ประเสริฐ ที่ช่วยค้นข้อมูลรายงานผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- ศิริพร ภัณฑนะ. The changing trend in maternal and perinatal mortality. ใน : บุญศรี จันทร์วิฑูร, รสิกรังสิปการ, พัญญ พันธบุรณะ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ร่วมสมัย. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง ; 2542 : 1-11.
- กรกฎ ศิริมัย, วิทยา ธิฐาพันธ์. บทนำทางสูติศาสตร์. ใน : มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, สิงห์เพชร สุขสมปอง, มงคล เบญญาภิบาล, บรร-

- ณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด ; 2543 : 1-16.
3. Keeling JW, Gillivary JW, Golding J, Wigglesworth J, Berry, Dunn DM. Classification of perinatal death. Arch Dis Child 1989 ; 64 : 1345-51.
 4. ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย : การดำเนินงานในประเทศไทย. ใน : นันทา ช่อมกุล, บรรณาธิการ. หนังสือที่ระลึกงานวันอนามัยโลก 7 เมษายน 2541. กรุงเทพมหานคร : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2541 : 19-23.
 5. วิชัย วัชรปรีชาสกุล. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ปี 2537-2538. วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 15 : 105-11.
 6. Titapant V, Swasdimongkol P, Hansiriratanaskul N, Suvannakote T. Annual statistical report 1998. Bangkok : Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siraj Hospital, Mahidol University, 2000 : 65-70.
 7. วีระเดช เฉลิมพลประภา. ผลของการใช้เกณฑ์เสี่ยงประเมินหญิงตั้งครรภ์. วารสารแพทย์เขต 4 2545 ; 21 : 185-91.
 8. Chervenak FA, Isaacson G, Mahoney MJ, Advances in the diagnosis of fetal defects. N Engl J Med 1986 ; 315 : 305-7
 9. สุวชัย อินทรประเสริฐ, สายบัว ชีแจริญ, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์, สมศักดิ์ สุทัศน์วรฤทธิ, สุรศักดิ์ สุวานิชสกุล, วิทยา ติสุพันธ์. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ในยุควิกฤติเศรษฐกิจ. ใน : อเนก อารีพรรค, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, เยื่อน ต้นนิรันดร, สุรศักดิ์ สุวานิชสกุล, วิทยา ติสุพันธ์, บรรณาธิการ. OB-GYN practice in the period of economic decline. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2541 : 137-44.
 10. เปี้ยทิพย์ บุญมงคล, สุทัศน์ ฟูเจริญ, เพ็ญศรี ภูตระกูล, อัมพร หิรัญโชติ, นวรัตน์ จันทร์ตระกูล, สุรินทร์ ทองมา, ธาวัชรัตน์ ดวงทอง. ธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4 2543 ; 19 : 125-38.
 11. สุรินทร์ ทองมา, ปฐม วงศ์อุบล. ทารกตายเปื่อยอยู่ในโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 7 2540 ; 16 : 345-51.
 12. Donald I. Abortion and Intra-uterine death. In : Donald I, ed. Practical obstetrics problem. 5th ed. London : P.G. Publishing, 1988 ; 29-90.