

การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ในปีงบประมาณ 2535-2537

ชาตรี ตันติยวงศ์
ภาวิณี กาญจนถวัลย์
รพ. มะการักษ์

Tuntiyawarong C, Kanchanatawan P. Perinatal Mortality in Makaruk Hospital in October 1991-September 1994. (Region 7 Medical Journal 1995 ; 1 : 15-23.)

Makaruk Hospital, Kanchanaburi, Thailand.

In October 1991-September 1994, perinatal mortality in Makaruk hospital was 12.86 per 1000 total birth. This rate decreased when compared with 14.68 per 1000 total birth of May 1988-April 1991. The main causes of death, include 71.56 percent of perinatal death were macerated stillbirth and asphyxia. To reduce perinatal mortality rate in the hospital, education for pregnant women about good follow up at antenatal care clinic and daily fetal movement record must be provided.

บทคัดย่อ :

ชาติร์ ตันติยวงศ์, ภาวิณี กาญจนฉวีชัย. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ในปีงบประมาณ 2535-2537. (วารสารแพทย์เขต 7 2538 ; 1 : 15-23.)

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม, รพ. มะการักษ์, กาญจนบุรี.

ในปีงบประมาณ 2535-2537 อัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์เท่ากับ 12.86 ต่อ 1,000 ทารกคลอด ซึ่งลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราตาย 14.68 ต่อ 1,000 ทารกคลอดในช่วงเดือนพฤษภาคม 2531-เดือนเมษายน 2534 สาเหตุส่วนใหญ่คือ การตายเบื่อยุ่ยและ Asphyxia ซึ่งพบร้อยละ 71.56 การลดอัตราตายปริกำเนิด ต้องเน้นให้หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์สม่ำเสมอ และเข้าใจเรื่องการนับจำนวนครั้งที่เด็กดิ้นต่อวัน

บทนำ

การตายของทารกปริกำเนิด เป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของการดูแลทางสูติกรรม และทารกแรกเกิด ซึ่งมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้การตายปริกำเนิดนั้นแตกต่างกันไปตามสภาพของชุมชนแต่ละแห่ง¹ จากการศึกษาการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ระหว่าง พ.ศ. 2531-2534² พบอัตราตายปริกำเนิด เท่ากับ 14.68 ต่อ 1,000 ทารกคลอด ในปีงบประมาณ 2535-2537 โรงพยาบาลมะการักษ์มีการพัฒนาและปรับปรุงงานบริการทางสูติกรรม และกุมารเวชกรรมหลายประการ ทั้งทางด้านบุคลากร และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้วยความมุ่งหวังที่จะลดอัตราตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลให้ต่ำลง สร้างความมั่นใจ และพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการ และยกระดับมาตรฐานการดูแลหญิงมีครรภ์และทารกแรกเกิด จึงทำการศึกษาค้นคว้าการตายของทารกปริกำเนิด ในช่วง 3 ปีต่อมา คือ ปีงบประมาณ 2535-2537

วัตถุประสงค์

1. หาอัตราตายปริกำเนิด ในช่วงปีงบประมาณ 2535-2537
2. ศึกษาสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด และแนวโน้มที่เปลี่ยนไปจากการตายปริกำเนิดในปี 2531-2534
3. เพื่อติดตามประเมินผลการให้บริการทางสูติกรรม และทารกแรกเกิด
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับงานสูติกรรม และทารกแรกเกิดให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นักศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สนใจ

วัสดุและวิธีการ

1. ปรับปรุงการเก็บข้อมูลต่อเนื่องมาจากการศึกษาเรื่องการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2531 ถึงเดือนเมษายน 2534
2. รวบรวม ทบทวน วิเคราะห์สาเหตุการตายของ

ทารกปริกำเนิด เมื่อพบว่ามีอาการตายปริกำเนิดในช่วงปีงบประมาณ 2535-2537

3. ปรับปรุง ติดตาม การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะงานฝากครรภ์ในโรงพยาบาล และสถานบริการทางสาธารณสุข โดยผ่านทางเครือข่าย พบส. (โครงการพัฒนานุเคราะห์ด้านอนามัยแม่และเด็ก)

4. แก้ปัญหาในส่วนที่พบ โดยการให้ศึกษาแก่หญิงมีครรภ์ที่คลอดทารกตายปริกำเนิด และครอบครัวให้ความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมวิชาการ เป็นต้น

5. รวบรวมข้อมูลทั้งหมด เพื่อนำเสนอเป็นบทความทางวิชาการ

นิยาม

ทารกตายปริกำเนิด หมายถึง ทารกแรกเกิดน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป จนถึง 7 วันแรก หลังคลอด

อัตราตายปริกำเนิด หมายถึง ทารกตายปริกำเนิด ต่อ 1,000 ทารกคลอด

ผลการศึกษา

ในปีงบประมาณ 2535-2537 มีผู้มาคลอดจำนวน 7,928 ราย พบทารกตายปริกำเนิด 102 ราย เก็บข้อมูลได้ 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

จากตารางที่ 1 พบว่าอัตราตายปริกำเนิด ลดลงจาก 14.68 ต่อ 1,000 ทารกคลอด ในปี 2531-2534 เหลือ 12.86 ต่อ 1,000 ทารกคลอด ในปีงบประมาณ 2535-2537 การตายเบื่อย่อย เป็นสาเหตุการตายที่พบมากกว่าการตายจากสาเหตุอื่น การตายเบื่อย่อย และ Asphyxia รวมกัน คิดเป็นร้อยละ 71.56 ของทารกตายปริกำเนิด (ตารางที่ 2)

จากตารางที่ 3 และตารางที่ 4 พบว่าครึ่งหนึ่งของหญิงที่คลอดทารกตายปริกำเนิด มีการฝากครรภ์น้อยครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์ และในรายที่ทารกตายเบื่อย่อย มี

ลักษณะการฝากครรภ์ที่ต้องเพิ่มคุณภาพทั้งทางเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และตัวหญิงมีครรภ์เอง

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 60.78 เป็นทารก SGA 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.96 (ตารางที่ 5) ทารกพิการแต่กำเนิดมีลักษณะพิการรุนแรง จนไม่สามารถมีชีวิตรอดได้ทั้ง 13 ราย (ตารางที่ 6) ทารกตายจาก infection 4 ราย เป็น Congenital Syphilis 3 ราย และ Congenital rubella 1 ราย ทั้ง 3 ราย ฝากครรภ์น้อยครั้ง และมาโรงพยาบาล เมื่ออายุครรภ์มากแล้ว (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการตายของทารกปรักำเนิดในช่วงปี 2531-2534 และปีงบประมาณ 2535-2537

ทารก	พฤษภาคม 2531-เมษายน 2534		ตุลาคม 2534-กันยายน 2537	
	จำนวน	อัตราการตาย/ 1000 ทารกคลอด	จำนวน	อัตราการตาย/ 1000 ทารกคลอด
Total birth	6,745	-	7,928	-
Live birth	6,690	-	7,864	-
Stillbirth (SB)	55	8.15	64	8.07
Early neonatal death (END)	44	6.52	38	4.79
Perinatal death (PND)	99	14.68	102	12.86

ตารางที่ 2 สาเหตุของทารกปรักำเนิด

สาเหตุ ทารก	SB	END	รวม	ร้อยละของ PND	อัตราการตายปรักำเนิด ต่อ 1000 ทารกคลอด
ตายเบื่อยุ่ย	42	-	42	41.17	5.30
ทารกคลอดก่อนกำหนด	-	5	5	4.90	0.63
ทารกพิการแต่กำเนิด	6	7	13	12.75	1.63
Asphyxia	10	21	31	30.39	3.91
สาเหตุเฉพาะ	6	5	11	10.78	1.39
รวม	64	38	102	100.00	12.86

ตารางที่ 3 แสดงการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอดทารกตายปริกำเนิด

การฝากครรภ์ ทารก	SB	END	รวม	ร้อยละ
โรงพยาบาลมะการักษ์ (≥ 4 ครั้ง)	14	12	26	25.50
คลินิกแพทย์	6	5	11	10.78
สถานอนามัย และโรงพยาบาลอื่น	10	3	13	12.74
ฝากครรภ์ 0-3 ครั้ง ที่โรงพยาบาล มะการักษ์ และที่อื่น	34	18	52	50.58
รวม	64	38	102	100.00

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะการฝากครรภ์ของรายที่มีทารกตายเปื่อยยุ่ย และแนวทางแก้ไข

ลักษณะการฝากครรภ์	ทารกตายเปื่อยยุ่ย (ราย)	แนวทางแก้ไขโดยการให้สุศึกษา และอื่น ๆ
ฝากครรภ์ และเด็กไม่ดิ้น	15	เน้นเรื่องการนับเด็กดิ้น
ฝากครรภ์, loss follow up	6	เน้นการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ
ฝากครรภ์ ที่สถานอนามัย และ โรงพยาบาลอื่น	9	เน้นเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย และการอบรม เจ้าหน้าที่
ไม่เคยฝากครรภ์	8	เน้นการประชาสัมพันธ์, งานสาธารณสุขมูลฐาน
ครรภ์แฝด, ทารกตาย 1 คน	4	เน้นการฝากครรภ์, การวินิจฉัยครรภ์เสี่ยงสูง
รวม	42	-

ตารางที่ 5 แสดงน้ำหนักของทารกตายปริกำเนิด

น้ำหนักทารก (กรัม) ทารก	SB	END	รวม	ร้อยละ
< 1,000	2*	0	2	1.96
1,000 - 1,499	14	7	21	20.58
1,500 - 1,999	15	9	24	23.53
2,000 - 2,499	10	5	15	14.71
$\geq 2,500$	23	17	40	39.22
รวม	64	28	102	100.00

* เป็น Macerated Stillbirth ของทารกครรภ์แฝด ที่ทารกคนหนึ่งมีชีวิตรอด น้ำหนักเกิน 1,000 กรัม

ตารางที่ 6 แสดงความพิการแต่กำเนิดของทารกตายปริกำเนิด

ความผิดปกติ ทารก	SB	END	รวม
Multiple Anomalies (CNS + GI)	1	1	2
Hydrocephalus, Anencephaly	5	6	11
รวม	6	7	13

ตารางที่ 7 แสดงสาเหตุเฉพาะของทารกตายปริกำเนิด

สาเหตุ ทารก	SB	END	รวม
TORCHS infection	2	2	4
Trisomy 13	1	1	2
Hydrops fetalis	1	1	2
Fetal dilantin Syndrome	1	-	1
Cystic hygroma	1	-	1
Congenital heart disease	-	1	1
รวม	6	5	11

ตารางที่ 8 แสดงภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม และอื่น ๆ ที่พบในทารกตายปริกำเนิด

ภาวะแทรกซ้อน	ทารกตายปริกำเนิด (ราย)
- Twin pregnancy	10
- SGA	2
- LGA	2
- Hydramnios	4
- Placenta previa - abruption	2
- PROM	2
- Preterm	60
- Overterm	2
- Thick meconium	6
- Cord Complication	10
- Uterine rupture	2
- Transverse lie	2
- PIH	3
- Chorioamnionitis	1
- Twin - twin transfusion Syndrome	1
- Appendicitis & internal hemorrhage	1
- Epilepsy	1
- Scleroderma	1

ตารางที่ 9 การคลอดของทารกตายปริกำเนิด (ปีงบประมาณ 2535-2537)

วิธีการคลอด	จำนวน	ทารกตายปริกำเนิด	% ต่อวิธีการคลอด	% ของการตายปริกำเนิด
คลอดปกติ	6159	64	1.04	62.74
V/E	384	3	0.78	2.94
F/E	32	-	-	-
Breech assisting	71	7	9.86	6.85
F/E after coming head	1	1	100	0.98
BBA	57	1	1.75	0.98
C/S	3224	26	2.12	25.49
รวม	9928	102	1.29	1.26

วิจารณ์

อัตราตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลมะการักษ์ ในปีงบประมาณ 2535-2537 เท่ากับ 12.86 ต่อ 1,000 ทารกคลอด ซึ่งลดลงจากที่ได้ศึกษาในช่วงปี 2531-2534² (อัตราตายปริกำเนิด เท่ากับ 14.68 ต่อ 1,000 ทารกคลอด) สาเหตุการตายปริกำเนิด คือ ทารกเบื่อยุ่ย, Asphyxia, พิการแต่กำเนิด, สาเหตุเฉพาะ และทารกคลอดก่อนกำหนดตามลำดับ (ตารางที่ 2) การจำแนกสาเหตุการตาย ดังนี้ จำแนกตาม The revised Wigglesworth classification³ ซึ่งให้นิยามของการตายของทารกปริกำเนิดแต่ละประเภทชัดเจน ทำให้มีแนวทางในการดูแลเพื่อลดอัตราการตายต่อไป

การตายเบื่อยุ่ย และ Asphyxia ยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น, เหมือนที่ศึกษาในช่วงปี 2531-2534 และคิดเป็นร้อยละ 71.56 ของทารกตาย ซึ่งในต่างประเทศการตายจากสาเหตุทั้งสองลดลงมากแล้ว⁴ การลดอัตราการตายเบื่อยุ่ย สามารถกระทำได้โดยการปรับปรุงสถานะเศรษฐกิจของหญิงมีครรภ์ ให้สูติศึกษาแก่หญิงมีครรภ์ โดยเฉพาะการสังเกตเด็กดิ้นซึ่งจะบอกคร่าว ๆ ถึงสภาวะที่ดีของทารก^{5,6} เนื่องจากก่อนทารกตายในครรภ์ ทารกมักจะดิ้นน้อยลงก่อน 12-48 ชั่วโมง⁵ ในคลินิกฝากครรภ์

ของโรงพยาบาลมะการักษ์ ได้ให้สูติศึกษาเน้นหนักในเรื่องภาวะโภชนาการหญิงมีครรภ์ และให้หญิงมีครรภ์นับเด็กดิ้นโดยเฉพาะเมื่อตั้งครรภ์เกิน 28 สัปดาห์ ซึ่งควรมีเด็กดิ้นมากกว่า 3 ครั้ง ต่อชั่วโมง เมื่อนับครั้งละ 1 ชั่วโมงวันละ 3 ครั้ง ในเวลาเช้า-กลางวัน และเย็น⁶

ในปีงบประมาณ 2535-2537 อัตราตายเบื่อยุ่ยไม่ได้ลดลงจนเป็นที่น่าพอใจ เมื่อศึกษาถึงลักษณะการฝากครรภ์ของหญิงกลุ่มนี้ (ตารางที่ 3, 4) พบว่าหญิงที่คลอดบุตรตายเบื่อยุ่ยฝากครรภ์ในโรงพยาบาลมะการักษ์เกินกว่า 3 ครั้ง ถึง 14 ราย จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้คลอดได้รับคำแนะนำให้ทราบถึงการดิ้นของทารก แต่เข้าใจว่าเด็กไม่ดิ้นแล้ว เมื่อไม่เจ็บครรภ์ยังไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล และบางรายเข้าใจว่าการหดตัวของมดลูกคือการดิ้นของทารก เป็นต้น ในรายที่ทารกดิ้นลดลงหากมาโรงพยาบาลทันทีแพทย์สามารถตรวจหาสาเหตุความผิดปกติ และให้การดูแลที่ถูกต้อก่อนทารกตายได้ สำหรับรายที่ฝากครรภ์จากโรงพยาบาล หรือสถานบริการอื่น ๆ รวมทั้งกลุ่มที่ฝากครรภ์น้อยครั้ง และไม่ฝากครรภ์ นั้นในส่วนผู้รับผิดชอบต้องเน้นการประชาสัมพันธ์ให้หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ควรมีการถ่ายทอดความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ผ่านระบบ พบส. เผยแพร่ และวิเคราะห์

ข้อมูลตลอดจนรายงานสถานการณ์การตายปริกำเนิดในท้องถิ่นชุมชนนั้น ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเป็นระยะ ปรับปรุงระบบส่งต่อ ตลอดจนนำเทคโนโลยีบางอย่างมาใช้ให้เหมาะสมจะสามารถลดการตายเบียดอยู่ในท้องถิ่นนั้นลงได้

สำหรับการตายจาก Asphyxia พบร้อยละ 30.29 ของทารกตายปริกำเนิด ส่วนหนึ่งเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีปัญหาเรื่องการหายใจทำให้การตายจาก Asphyxia เป็นสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนด นอกจากการปรับปรุงการพยาบาลในห้องคลอดและหน่วยทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลได้เร่งดำเนินการอยู่แล้ว โรงพยาบาลมะเร็งได้พัฒนาเจ้าหน้าที่โดยการจัดตั้งทีมดูแลทารกแรกเกิดที่อาจมีปัญหาค้น มีวัตถุประสงค์ข้อหนึ่ง คือ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ทารกแรกเกิดอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการเกิด Asphyxia ให้ต่ำลงที่สุด ในทีมประกอบด้วยพยาบาลห้องคลอด วิชาญพยาบาล พยาบาลกุมารเวชกรรม และพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก โดยมีสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และวิชาญแพทย์ เป็นพี่เลี้ยงที่ปรึกษา และร่วมทีม ซึ่งส่วนนี้จะได้นำเสนอในโอกาสต่อไป

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบร้อยละ 60.78 ของทารกตายปริกำเนิด (ตารางที่ 5) กลุ่มนี้เป็นทารก SGA 2 ราย คือร้อยละ 1.96 ทารกน้ำหนักน้อยนี้ตายจากการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 4.9 ของทารกตายปริกำเนิด นอกนั้นเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่ตายจากสาเหตุอื่น (ตารางที่ 2) การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดนั้น ผู้ดูแลต้องพิจารณาอย่างรอบคอบว่า มีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่มีอันตรายต่อมารดาหรือทารกร่วมด้วยหรือไม่ การตัดสินใจป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ยาบางชนิด หรือการตัดสินใจให้คลอดทารกก่อนกำหนดนั้น วิธีใดมีประโยชน์ต่อทั้งมารดาและทารกมากกว่ากัน⁷ ทั้งนี้หญิงมีครรภ์และครอบครัวควรได้มีส่วนร่วมรับรู้ในการตัดสินใจ

ทารกพิการแต่กำเนิดที่พบ มีความพิการรุนแรง

ทุกราย (ตารางที่ 6) ซึ่งการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงจะช่วยบอกความผิดปกติได้ตั้งแต่อายุครรภ์อ่อน ในกลุ่มที่นำมารายงานนี้ตรวจพบเมื่อเข้าปลายไตรมาสที่สอง หรือเมื่อเจ็บครรภ์แล้ว ทำให้อัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น ในทางปฏิบัติระดับโรงพยาบาลทั่วไป ยังไม่สามารถตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงได้ เนื่องจากบุคลากรจำกัดและปัญหาทางเศรษฐฐานะ อย่างไรก็ดี ในคลินิกฝากครรภ์ที่เจ้าหน้าที่มีความชำนาญ ก็จะสามารถคัดกรองรายที่มีความเสี่ยงสูงและส่งปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจเพิ่มเติมและให้การดูแลที่เหมาะสมได้ การตัดสินใจทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงตั้งแต่ตั้งครรภ์อ่อน ๆ จะช่วยลดอัตราตายปริกำเนิดจากทารกพิการได้¹

การตายปริกำเนิดจากสาเหตุเฉพาะ (ตารางที่ 7) พบ 11 ราย ซึ่งมี 10 ราย มาฝากครรภ์ช้าและไม่ฝากครรภ์ (ยกเว้นรายที่มี Congenital heart disease, การฝากครรภ์ไม่พบความผิดปกติ) การลดอัตราตายจากสาเหตุเฉพาะนี้ค่อนข้างยากโดยเฉพาะถ้าไม่ฝากครรภ์ การดูแลรักษาที่เหมาะสมต้องเริ่มกระทำตั้งแต่ไตรมาสแรก จึงจะได้ผลดี ไม่ว่าจะเป็นการให้คำแนะนำปรึกษา การใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ การวินิจฉัยก่อนคลอด เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม อายุรกรรม และ ศัลยกรรมที่พบ ดังแสดงในตารางที่ 8 บางภาวะเป็นสาเหตุร่วมที่พบในรายที่ทารกตาย บางภาวะเป็นสาเหตุที่นำไปให้เกิด Asphyxia และทารกตาย การคัดกรองภาวะเสี่ยงสูงได้รวดเร็ว ใช้คลื่นเสียงความถี่สูงตรวจสอบสภาพทารกในครรภ์ ตรวจบันทึกการเต้นของหัวใจทารก (Fetal heart rate monitoring) การรักษาทารกในครรภ์ เป็นวิทยาการใหม่ ๆ ที่มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว เพื่อลดอัตราป่วยและตายของทารกที่ควรสนใจติดตามต่อไป

การตรวจทารกตายปริกำเนิดทางพยาธิวิทยา อาจเปลี่ยนสาเหตุการตายที่วินิจฉัยจากอาการทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น⁹ ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลมะเร็งสามารถส่งต่อไปยังเครือข่ายได้ ซึ่งจะได้พิจารณาส่งต่อเฉพาะรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัยมาก ๆ

เท่านั้น

การคลอดทำกัน ยังพบทารกตายปริกำเนิดสูงกว่าการคลอดโดยวิธีอื่น (ตารางที่ 9) การช่วยเหลือการคลอดที่ถูกต้อง มีทีมในการดูแลทารกแรกเกิดที่ดี จะช่วยลดอัตราตายลงได้ ทั้งนี้ อัตราการผ่าตัดทำคลอดอาจสูงขึ้นเนื่องจากแพทย์หลีกเลี่ยงการเกิด asphyxia เมื่อทารกคลอดติดหัว

การศึกษาเรื่องทารกตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ระหว่างปี 2531-2534 ได้นำเสนอเรื่องการส่งทารกแรกเกิดไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่นเนื่องจากโรงพยาบาลชาดกุมารแพทย์ ในขณะที่ศึกษาการตายปริกำเนิด ปีงบประมาณ 2535-2537 โรงพยาบาลมีกุมารแพทย์ และมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ดีขึ้น จึงส่งต่อเฉพาะรายที่เกินขีดความสามารถ เช่น ทารกมีความพิการแต่กำเนิดบางชนิด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ ที่ดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกระดับ
2. ติดตาม ประเมินความสามารถของเจ้าหน้าที่เป็นระยะ มีการอบรมฟื้นฟูทางวิชาการ เผยแพร่วิทยาการเกี่ยวกับเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่จัดหาได้ในระบบเครือข่าย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง
3. ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ให้หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์แต่เนิ่น ๆ และตรวจครรภ์ ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
4. ปรับปรุงระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ

สรุป

การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ในปีงบประมาณ 2535-2537 เท่ากับ 12.86/1,000 ทารกคลอด สาเหตุการตายส่วนใหญ่เป็นทารกตายเบื่อย่อย การปรับปรุงงานฝากครรภ์ การฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานแม่และเด็ก จะช่วยลดอัตรา

ตายปริกำเนิดให้ต่ำลงได้อีก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาวโรจน์ อุบลวิโรจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มานำเสนอได้ ขอขอบคุณ คุณสมเกียรติ พงษ์พินิจพิญโญ เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน และสถิติ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกคนที่ให้ความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ คุณอารีย์ สุวรรณ ที่กรุณาพิมพ์รายงานนี้ให้ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. กำแหง จาตุรจินดา, ประทักษ์ โอประเสริฐศักดิ์. การตายของทารกปริกำเนิด. ใน : กำแหงจาตุรจินดา, และคณะ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : เมติคัล มีเดีย, 2530 : 59-73.
2. ชาตรี ดันตยวรรค์, ภาวิณี กาญจนถวัลย์. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2531 ถึงเดือนเมษายน 2534. วารสารแพทย์เขต 7 2535 ; 11 : 301-9.
3. Keeling JW, Gillivaray JM, Golding J, Wigglesworth J, Berry, Dunn PM. Classification of perinatal death. Arch Dis Child 1989 ; 64 : 1345-51.
4. Fretts RC, Boyd ME, Usher RH, Usher HA. The changing pattern of fetal death, 1961-1988. Obstet Gynecol 1992 ; 79 : 35-9.
5. Pearson JF, Weaver JB. Fetal activity and fetal wellbeing : and evaluation. BMJ 1976 ; 1 : 1305-7.
6. Sadovsky E, Yaffe H. Daily fetal movement recording and fetal prognosis. Obstet Gynecol 1973 ; 41 : 845-50.
7. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gillstrap III LC. Williams Obstetrics. 19th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1993 : 1045-6.