

การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ปี 2537-2538

วิชัย วัชรปรีชาสกุล
รพ. นครปฐม

ABSTRACT :

Vajrapriechaskul V. Perinatal Mortality in Nakhonpathom Hospital in 1994-1995.
(Region 7 Medical Journal 1996 ; 2 : 105-111).

Department of Obstetrics & Gynecology, Nakhonpathom Hospital, Nakhonpathom, Thailand.

From October 1993-September 1994 and October 1994-September 1995, perinatal mortality in Nakhonpathom hospital were 12.0 and 9.6 per 1,000 live births respectively. The main causes of death were macerated stillbirth and congenital malformation. To reduce perinatal mortality we will improve antenatal care quality especially in the methods for assesement of fetal well being and screening fetal malformation by ultrasound.

บทคัดย่อ

วิชัย วัชรปรีชาสกุล. การตายของทารกปรักำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ปี 2537-2538. (วารสารแพทย์เขต 7 2539 ; 2 : 105-111).

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว, รพ. นครปฐม.

ในปีงบประมาณ 2537 และ 2538 อัตราการตายปรักำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม เท่ากับ 12.0 และ 9.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ตามลำดับ สาเหตุการตายที่สำคัญคือ การตายเปื่อยยุ่ย และทารกพิการแต่กำเนิด การแก้ไขโดยปรับปรุงคุณภาพการฝากครรภ์ โดยเฉพาะการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และการคัดกรองความพิการแต่กำเนิด ด้วยการตรวจด้วยอัลตราซาวด์

บทนำ

อัตราการตายปริกำเนิด เป็นสิ่งที่สูติแพทย์ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เพราะเป็นดัชนีที่ชี้วัดถึงคุณภาพของการดูแลทางสูติกรรม¹ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม จึงได้หาแนวทางที่จะลดอัตราการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม โดยการจัดประชุม Perinatal mortality conference เป็นประจำทุกเดือน ผู้เข้าประชุมได้แก่ สูติแพทย์, กุมารแพทย์, พยาธิแพทย์ และหัวหน้างานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน, แนวทางในการแก้ไข และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้เพื่อให้คุณภาพในการให้บริการทางด้านสูติกรรมดีขึ้น

จากการที่กลุ่มงานได้จัด Perinatal mortality conference นี้ จึงได้รวบรวมเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า ในเรื่อง perinatal mortality ในช่วงปีงบประมาณ 2537 และ 2538

วัตถุประสงค์

1. หาอัตราการตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2537 และ 2538
2. หาสาเหตุการตายปริกำเนิด ในโรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2537 และ 2538
3. นำเสนอเป็นงานวิจัย เพื่อเผยแพร่แก่ผู้ร่วม

วิชาชีพ และเป็นแนวทางในการแก้ไขระดับนโยบายในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

1. จัดทำแบบบันทึก Perinatal mortality conference
2. นำข้อมูลการตายปริกำเนิดของทารกในแต่ละเดือนเข้าที่ประชุมฯ เพื่อหาการวินิจฉัยที่ถูกต้อง, แนวทางในการแก้ไข
3. รวบรวมข้อมูล เพื่อนำเสนอเป็นบทความทางวิชาการ

นิยาม

การตายปริกำเนิด หมายถึง ผลรวมของจำนวนการตายของทารกในครรภ์และการตายของทารก ภายใน 7 วันหลังการคลอด ที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป หรือมีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป²

อัตราการตายปริกำเนิด หมายถึง จำนวนการตายปริกำเนิดต่อการคลอดมีชีวิต 1,000 ราย¹ การแบ่งสาเหตุการตาย แบ่งตาม Wigglesworth classification³

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการตายปริกำเนิดในปีงบประมาณ 2537 และ 2538

ทารก \ ปี พ.ศ.	2537	2538
คลอดทั้งหมด	5,765	6,370
คลอดมีชีวิต	5,728	6,339
ทารกตายปริกำเนิด	69	61
อัตราตายปริกำเนิด	12.0	9.6
หมายเหตุ จำนวนที่ได้ทำการชันสูตรศพ ทารก (ราย/ร้อยละ)	40/58	49/80

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุการตายของทารกปรกติกำเนิด

สาเหตุการตาย พ.ศ.	2537			2538		
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	อัตราตายต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 ราย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	อัตราตายต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 ราย
ตายเปื่อยยุ่ย	29	42.0	5.1	27	44.3	4.3
ทารกพิการแต่กำเนิด	15	21.7	2.6	12	19.6	1.9
ตายจากการขาดอากาศ	7	10.1	1.2	10	16.4	1.6
สาเหตุจำเพาะ	12	17.4	2.1	7	11.5	1.1
ทารกคลอดก่อนกำหนด	5	7.2	0.9	3	4.9	0.5
ไม่ทราบสาเหตุ	1	1.4	0.2	2	3.2	0.3

ตารางที่ 3 แสดงความพิการแต่กำเนิดในการตายปรกติกำเนิด
(พ.ศ. 2537-2538)

ความพิการ	จำนวน
Anencephaly	11
Multiple malformation	7
Hydrocephalus	2
Holoprosencephaly	1
Hydranencephaly	1
Achondro genesis	1
Liver hemangioma	1
Gut obstruction	1
Amniotic band syndrome	1
Bilateral renal dysplasia	1

ตารางที่ 4 แสดงสาเหตุการตายจากการขาดอากาศ
(พ.ศ. 2537-2538)

สาเหตุชักนำ	จำนวน
Meconium aspiration syndrome	4
Abruptio placenta	4
Discordant twin	2
Ruptured uterus	2
Ruptured liver abscess	1
Placenta previa c̄ shock	1
Breech presentation c̄ dystocia	1
Fetal distress (คลอดโดย V/E)	1
Shoulder dystocia	1

ตารางที่ 5 แสดงสาเหตุจำเพาะ

สาเหตุ	จำนวน
Sepsis	8
Syphilis	5
Hydrop fetalis	5
- Bart's hydrops	3
- Erythroblastosis fetalis	1
- unknown	1
Congenital rubella syndrome	1

ตารางที่ 6 แสดงสถานที่ฝากครรภ์

สาเหตุการตาย สถานที่	ไม่ได้ฝากครรภ์	คลินิก	รพ. ชุมชน/ สถานีนามัย	รพ. นครปฐม
ตายเบื่อยยุ่ย	6	15	13	22
ทารกพิการแต่กำเนิด	-	5	12	10
ตายจากการขาดอากาศ	2	2	10	3
สาเหตุจำเพาะ	3	3	5	8
ทารกคลอดก่อนกำหนด	1	3	2	2
ไม่ทราบสาเหตุ	-	1	1	1
รวม	12	29	43	46
ร้อยละ	9.2	22.3	33.1	35.4

วิจารณ์

อัตราตายปริกำเนิด โรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2537 และ 2538 เท่ากับ 12.0 และ 9.6 ต่อการคลอดมีชีวิต 1,000 ราย ตามลำดับ เห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลทั่วไป^{4,5} พบว่าต่ำกว่าเล็กน้อย แต่ยังคงสูงเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์⁶

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุการตาย พบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญ คือ ตายเบื่อยยุ่ย ทารกพิการแต่กำเนิด และการขาดอากาศ เมื่อเทียบแล้วมีแนวโน้มดีขึ้นในเรื่องความพิการแต่กำเนิด ส่วนการตายเบื่อยยุ่ยมีลดลง แต่ก็ยังเป็นสาเหตุการตายลำดับ 1 แต่การตายจากการขาดอากาศกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

เหตุจากการตายเบื่อยยุ่ย เป็นเหตุที่ทางที่ประชุมฯ

เห็นว่าแก๊ยากที่สุด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการตายเบื่อยุ่ยที่ไม่ทราบสาเหตุ มีส่วนน้อยมากที่พบว่า บันทึกการฝากครรภ์มีข้อมูลชี้ว่าอาจมีภาวะ SGA ที่พบประจำ คือ รู้สึกว่าทารกดิ้นน้อยลงและหยุดดิ้น จากนั้นจึงค่อยมาพบแพทย์ และมีจำนวนหนึ่งยืนยันว่าทารกยังดิ้นดี ซึ่งพบว่าแท้จริงผู้ป่วยเข้าใจผิดว่า การมีมดลูกหดตัว คือการที่ทารกดิ้นทางกลุ่มงานได้วางแผนแนวทางแก้ไข โดยการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการในเรื่องการนับลูกดิ้น พร้อมกับการประทับตราสีแดงในสมุดฝากครรภ์ของผู้ป่วยทุกคนที่มาฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์เกิน 30 สัปดาห์ว่า “ระวัง ! เมื่อทารกดิ้นน้อยลงอาจแสดงว่าทารกอยู่ในอันตราย กรุณารับมาพบแพทย์” พร้อมกันนี้ก็มีการใช้การตรวจสุขภาพทารกในครรภ์อย่างแพร่หลายโดยการทำ NST, U/S เมื่อดูจากผลการศึกษาพบว่า การตายด้วยเหตุทารกเบื่อยุ่ยลดลงเพียงเล็กน้อย อาจอธิบายได้จากตารางที่ 6 ที่จะเห็นว่ากว่าครึ่ง (60.7%) ของทารกกลุ่มนี้ไม่ได้ฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลนครปฐม และเสียชีวิตก่อนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแล้ว

ความพิการแต่กำเนิด เป็น สาเหตุที่ทางที่ประชุมเห็นว่าแก้ไขได้โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อให้สามารถวินิจฉัยความพิการแต่กำเนิด (คือเราต้องใช้ความสามารถร่วมกับเทคโนโลยี เพื่อการวินิจฉัยให้) ได้ตั้งแต่อายุครรภ์น้อย แล้วทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ในปัจจุบันทางกลุ่มงานมีแนวโน้มที่จะทำ U/S ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่อายุครรภ์ประมาณ 18-20 สัปดาห์ เพื่อค้นหาความพิการแต่กำเนิด แต่ยังคงติดปัญหาที่ผู้รับบริการฝากครรภ์ช้าและจำนวนผู้รับบริการมาก

สาเหตุจากการขาดอากาศ เห็นได้ว่าการตายจากสาเหตุนี้มีมาก อาจจะป้องกันได้ เช่น meconium aspiration syndrome, breech present with dystocia เป็นต้น โดยการดูแลการคลอดที่เหมาะสม และมีการอบรมฟื้นฟูวิชาการเกี่ยวกับ neonatal resuscitation ที่ดี อีกมุมหนึ่งที่อาจจะมองได้ คือจะเห็นได้ว่า 82% ของทารกกลุ่มนี้มารดาไม่ได้ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐม อาจพิจารณาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยก่อนและขณะส่งตัวมายังโรงพยาบาล

นครปฐม

สาเหตุจำเพาะ เห็นว่า อาจแก้ไขได้โดยการฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ให้การรักษาตั้งแต่เริ่มแรกสำหรับ syphilis การดูแลการคลอดที่เหมาะสมร่วมกับการดูแลรกคลอดที่ดี ส่วนเหตุจาก hydrop fetalis อาจต้องใช้เทคโนโลยีสูง บางส่วนอาจต้องพึ่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากโรงเรียนแพทย์

ทารกคลอดก่อนกำหนด เห็นได้ว่าเป็นสาเหตุที่มีน้อยมาก อาจเป็นจาก 2 ประการ คือ เราใช้คำนิยามขององค์การอนามัยโลก โดยใช้ที่อายุ 7 วันหลังคลอด (ในประเทศที่พัฒนาแล้วใช้ 28 วัน) และ โรงพยาบาลนครปฐม ได้พัฒนาคุณภาพในการดูแลทารกแรกคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิด ICU กุมภาพันธ์ 2538 ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดรอดชีวิตมากขึ้น

สรุป

การตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2537 และ 2538 เท่ากับ 12.0 และ 9.6 ต่อการคลอดมีชีพ 1,000 ราย ตามลำดับ สาเหตุการตายที่สำคัญคือ การตายเบื่อยุ่ย ทารกพิการแต่กำเนิด, การขาดอากาศ การลดอัตราตายปริกำเนิดให้ต่ำลงน่าจะทำได้โดย

1. ปรับปรุงคุณภาพการฝากครรภ์
 - ฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าตั้งครรภ์
 - ตรวจกรองความพิการโดย U/S
 - ประเมินสุขภาพทารกโดย การแนะนำการ

นับการดิ้นของทารก, การทำ NST, การตรวจด้วย U/S

2. การปรับปรุงคุณภาพการดูแลการคลอด
 - การดูแลอย่างใกล้ชิดและมีคุณภาพ
 - การเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม
3. การปรับปรุงคุณภาพการดูแลทารกแรกคลอด
 - อบรมวิธีการทำ Neonatal resuscitation

ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

- ปรับปรุง Neonatal care ให้ดียิ่งขึ้นไปอีก

4. นำวิธีการข้อ 1, 2, 3 ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชน และให้มีการส่งต่อที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เกรียงศักดิ์ ภูพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ที่อนุญาติให้นำเสนอรายงานนี้ ขอขอบคุณ สูติแพทย์, กุมารแพทย์, พยาธิแพทย์ หัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้ความเห็น ข้อเสนอแนะที่ดี ในการประชุม Perinatal mortality conference ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการที่ช่วยพิมพ์รายงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กำแหง จาตุรจินดา, ประทักษ์ โอประเสริฐศักดิ์. การตายปริกำเนิด. ใน : กำแหง จาตุรจินดา, และคณะ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : เมดิคัล มีเดีย, 2530 : 59-73.
2. World Health Organization. Report on social and biological effect on perinatal mortality. Vol.1 Budapest : World Health Organization statistical Publishing House, 1978.
3. Keeling JW, Gillivary JW, Golding J, Wigglesworth J, Berry, Dunn DM. Classification of perinatal death. Arch Dis child 1989 : 64 : 1345-51.
4. ชาดรี ดันตียวงค์, ภาวินี กาญจนถวัลย์. การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ในปีงบประมาณ 2535-2537. วารสารแพทย์เขต 7 2538 ; 14 : 15-23.
5. นลินี เดียววัฒนวิวัฒน์. การตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช พ.ศ. 2535-2537. วารสารแพทย์เขต 7 2538 ; 14 : 24-32.
6. วีรชัย เตชะเสนา. ทารกเกิดไร้ชีพในครรภ์มารดาเดี่ยวคลอดที่โรงพยาบาลรามาธิบดี. รายงานวิจัยเพื่อสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาสูติเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2535.

บริษัท ไวเอท-เอเยิร์สท์ (ประเทศไทย) จำกัด

Premarin PREMPAK NORDETTE *Minulet*