

การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2531 ถึงเดือนเมษายน 2534

ชาตรี ตันติยวงศ์
ภาวิณี กาญจนถวัลย์

Abstract : A 3 years retrospective study of perinatal death in Makarak Hospital during May 1988-April 1991 revealed 6,745 total births. There were 55 stillbirths and 44 early neonatal deaths. Perinatal mortality rate was 14.68 per 1,000 total births. There is 42.31 percent of perinatal death that cannot be identified the cause of death and 29.48 percent of perinatal death was birth asphyxia. The other causes of perinatal death are preterm, congenital anomaly and infection. To reduce perinatal mortality rate, pregnant women should be educated about self care during pregnancy. Proper antenatal care must be established. Pregnant women should be admitted when they have complications. Labour ward and neonatal unit must be improved.

Perinatal mortality in Makarak Hospital.
Tuntiyawarong C, Kanchanatawan P.
Makarak Hospital, Kanchanaburi, Thailand.
Region 7 Medical Journal 1992 ; 4 : 301-309

บทคัดย่อ การศึกษาย้อนหลัง 3 ปี เกี่ยวกับการตายของทารกปริกำเนิด ในโรงพยาบาลมะการักษ์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2531 ถึงเดือนเมษายน 2534 พบว่าจำนวนทารกคลอดทั้งหมด 6,745 ราย เป็นทารกตายคลอด 55 ราย ทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด 44 ราย อัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 14.68 ต่อทารกคลอด 1,000 ราย สาเหตุการตาย คือ ไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 42.31 และทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ร้อยละ 29.48 สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการแต่กำเนิด และการติดเชื้อ การลดอัตราตายปริกำเนิด ควรเน้นเรื่องการให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์ ปรับปรุงงานฝากครรภ์ให้สามารถแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเมื่อมีข้อบ่งชี้ ปรับปรุงการดูแลในห้องคลอด และหน่วยบริบาลทารกแรกเกิด

บทนำ

ปัจจุบันการตายของทารกปริกำเนิดได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากอัตราตายของทารกปริกำเนิดนั้น สามารถบอกถึงประสิทธิภาพในการดูแลด้านสูติกรรม และทารกแรกเกิดได้ ในสภาพเศรษฐกิจ

สังคมของชุมชนหนึ่งๆ นั้น มีปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้อัตราตายปริกำเนิดของทารกแตกต่างกัน ในประเทศที่พัฒนาแล้ว สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดจะอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนด และการตายเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด แต่ในประเทศที่

กำลังพัฒนา อัตราตายปริกำเนิดจะอยู่ในระดับสูง และสาเหตุการตายนั้น มักเกิดจากสาเหตุที่น่าจะป้องกันได้ โดยให้การดูแลที่ดีทางสูติกรรมและทารกแรกเกิด รวมทั้งการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม¹

ในประเทศไทยมีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและอัตราการเกิดทารกตายปริกำเนิดในสถานบริการสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เช่น ปี พ.ศ.2522 โรงพยาบาลศิริราช พบอัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 17.4/1,000 ทารกคลอด² ปี พ.ศ. 2528 โรงพยาบาลรามาริบัติ พบ 6.7/1,000 ทารกคลอด¹ พ.ศ. 2529 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบ 11.26/1,000 ทารกคลอด³ พ.ศ. 2532 โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบ 18.9/1,000 ทารกคลอด⁴ ในปี พ.ศ.2530 โรงพยาบาลนครปฐม พบอัตราตาย กำเนิดของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวเท่ากับ 17.8 ต่อ 1,000 ทารกคลอดมีชีวิต⁵

อันเนื่องมาจากการตายปริกำเนิดมีความสัมพันธ์กับอายุของมารดา ลำดับการคลอด อายุครรภ์ น้ำหนักทารกแรกคลอด และมีปัจจัยอื่นๆ ทั้งสภาพการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข เศรษฐกิจ ตลอดจนการเก็บรวบรวมรายงาน ดังนั้น อัตราตายปริกำเนิดจึงมีค่าเบี่ยงเบนแตกต่างกัน โรงพยาบาลมะเร็งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคกลาง มีผู้มารับบริการฝากครรภ์รายใหม่ประมาณ 170 รายต่อเดือน ผู้มารับบริการห้องคลอดประมาณ 180 ถึง 200 รายต่อเดือน ในเดือนพฤษภาคม 2534 โรงพยาบาลได้ขยายตึกและปรับปรุงงานห้องคลอดในปีงบประมาณ 2535 ได้ปรับปรุงงานบริการหน่วยทารกแรกเกิด เพื่อเป็นพื้นฐานในการแก้ปัญหาและปรับปรุงงานบริการในส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะมีส่วนในการลดอัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะเร็งต่อไป ผู้รายงานจึงได้ทำการศึกษาย้อนหลัง 3 ปี เรื่องสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะเร็ง

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด

ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2531 ถึงเดือนเมษายน 2534

2. หาอัตราตายปริกำเนิดในระยะ 3 ปีย้อนหลัง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงงานสูติกรรมและทารกแรกเกิด
4. รวบรวมสาเหตุการเจ็บป่วยของทารกที่ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลอื่น ๆ
5. เพื่อทราบปัญหาในการเก็บข้อมูล และปรับปรุงการบันทึกรายงาน การเก็บรายงานการค้นรายงานต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ค้นหาข้อมูลย้อนหลังของผู้มารับบริการที่ห้องคลอด และห้องเด็กอ่อน โรงพยาบาลมะเร็ง ที่คลอดทารกตาย หรือทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด รวมทั้งทารกที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2531 ถึง 30 เมษายน 2534 รวมเวลา 3 ปี นำรายงานผู้ป่วยมารวบรวมและวิเคราะห์

นิยาม ทารกตายปริกำเนิด (Perinatal death) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป ที่ตายคลอด และตายภายใน 7 วันหลังคลอด

อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) หมายถึง จำนวนทารกที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป ที่ตายคลอด และตายภายใน 7 วันหลังคลอด ต่อจำนวนทารกคลอดที่มีน้ำหนัก 1,000 กรัมขึ้นไป 1,000 ราย⁶

อัตราทารกตายตลอด หมายถึง จำนวนทารกตายคลอดที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัมจำนวนทารกคลอดที่มีน้ำหนัก 1,000 กรัมขึ้นไป 1,000 ราย

อัตราทารกตายภายใน 7 วันแรกหลังคลอด หมายถึง จำนวนทารกคลอดที่มีชีวิตที่ตายภายใน 7 วันแรกหลังคลอด ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป ต่อจำนวนทารกคลอดมีชีวิตที่มีน้ำหนัก 1,000 กรัมขึ้นไป 1,000 ราย

การฝากครรภ์ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการบันทึกว่าได้รับการฝากครรภ์ ไม่ว่าจะฝากครรภ์กี่ครั้งก็ตาม

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงอัตราตายปริกำเนิด ในโรงพยาบาล
มหารัษฎระหว่างเดือนพฤษภาคม 2531 -
เมษายน 2534

ทารก	จำนวน	อัตราตาย (.../1,000)
Total births	6,745	
Live births	6,646	
Stillbirths (SB)	55	8.15
Early neonatal deaths (END)	44	6.62
Perinatal deaths (PND)	99	14.68

จากตารางพบว่า ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2531-
เมษายน 2534 มีทารกคลอดในโรงพยาบาล 6,745 ราย
เป็นทารกตายปริกำเนิด 99 ราย คิดเป็นอัตราตายปริกำเนิด
14.68 ต่อทารกคลอด 1,000 ราย ทารกทุกรายไม่ได้รับการ
ผ่าตัดตรวจศพ หรือการตรวจพิเศษใดๆ ทางห้องปฏิบัติการ
รายงานผู้ป่วยค้นพบ 78 ราย จากจำนวนราย
งานทั้งหมด 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.79

จากตารางที่ 2 เมื่อเทียบกับทารกทั้งหมดที่
คลอดโดยวิธีต่างๆ พบว่าทารกที่คลอดโดยวิธีปกติมี
ทารกตายปริกำเนิดร้อยละ 0.89 การคลอดโดย vacuum
extraction มีทารกตายปริกำเนิดร้อยละ 2.12 การคลอด
โดย breech assisting ทารกตายปริกำเนิดร้อยละ 14.82
การทำ internal version และ Explor lap with hysterec-
tomy ทารกตาย ปริกำเนิดร้อยละ 100

เมื่อคิดเทียบกับจำนวนทารกตายปริกำเนิดเอง
ทารกที่คลอดปกติ vacuum extraction, caesarean sec-
tion, breech assisting มีทารกตายปริกำเนิดร้อยละ 62.82,
7.70 6.41 และ 15.39 ตามลำดับ การคลอดโดยใช้ forceps
extraction ไม่พบทารกตายปริกำเนิด

จากตารางที่ 3 พบว่ามารดาที่ให้กำเนิดทารก
ตายปริกำเนิด ได้รับการฝากครรภ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้
ฝากครรภ์ ทั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง จึงจัดกลุ่มที่
บันทึกไว้ว่าได้รับการฝากครรภ์อยู่ในกลุ่มที่ฝากครรภ์ทั้งหมด
ไม่ได้คำนึงถึงจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และสถานที่ที่
ผู้ป่วยไปฝากครรภ์

ตารางที่ 2 แสดงวิธีการคลอดของทารกที่ตายปริกำเนิด

วิธีคลอด	ทารกทั้งหมดที่ คลอดโดยวิธี... (ราย)	ทารกตาย ปริกำเนิด (ราย)	ร้อยละต่อ ทารกที่คลอดโดย วิธีนี้	ร้อยละ (ต่อทารกตาย ปริกำเนิด)
คลอดปกติ	5,474	49	0.89	62.82
Vacuum extraction	283	6	2.12	7.70
Forceps extraction	35	0	0	0
Breech assisting	81	12	14.82	15.38
Forceps after coming head	1	1	100	1.28
Internal version	1	1	100	1.28
Birth before arrival	51	2	3.92	2.56
Caesarean section	796	5	0.63	6.41
Explor lap with hysterectomy	2	2	100	2.56
รวม	6,724	78	-	100

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนมารดาที่คลอดทารกตายปริกำเนิดกับการฝากครรภ์

ทารกตายปริกำเนิด	ฝากครรภ์	ไม่ฝากครรภ์	รวม
Stillbirths	25 (58.14%)	18 (41.86%)	43 (100%)
Early neonatal deaths	18 (51.43%)	17 (48.57%)	35 (100%)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนทารกตายปริกำเนิด และจำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร

จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร	ทารกตาย (ราย)	ร้อยละ
0	36	46.15
1-2	29	37.18
3	13	16.67
รวม	78	100

ตารางที่ 5 แสดงน้ำหนักทารกที่ตายปริกำเนิด

น้ำหนักทารก (กรัม)	ทารกตายปริกำเนิด (ราย)	ร้อยละ
1,000-1,499	15	19.23
1,500-1,999	12	15.38
2,000-2,499	15	19.23
2,500	33	42.13
ไม่ทราบ	3	3.85
รวม	78	100.00

ตารางที่ 6 แสดงช่วงอายุของมารดาที่คลอดทารกตายปริกำเนิด

อายุมารดา (ปี)	ทารกตายปริกำเนิด (ราย)	ร้อยละ
20	11	14.10
21-35	61	78.21
36	6	7.69
รวม	78	100

ตารางที่ 7 แสดงสาเหตุการตายปริกำเนิด

สาเหตุ	ทารกตายปริกำเนิด (ราย)	ร้อยละ
Asphyxia	23	29.48
Preterm	11	14.10
Congenital anomaly	8	10.26
Infection	3	3.85
Unknown	33	42.31
รวม	78	100

ตารางที่ 8 แสดงภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ทางสถิติ
กรรมที่เกิดขึ้นในรายที่ทารกตายปริกำเนิด

ภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์	ทารกตายปริกำเนิด (ราย)
1. Obstetric complication	
Pre-eclampsia (preterm infant)	1
Polyhydramnios	1
Overterm	1
Intra uterine growth retardation	1
Fetal distress	1
Cord complication	1
Placental abruption	4
Preterm	10
2. Obstetric operation	
Breech assisting	12
Cesarean section	5
Explor lap with hysterectomy	2
Vacuum Extraction	6
Shoulder dystocia	2
Forceps after coming head	1
Internal version	1
Birth before arrival	2

ตารางที่ 9 แสดงความผิดปกติแต่กำเนิดของทารกที่
ตายปริกำเนิด

ความผิดปกติ	ทารกตายปริกำเนิด (ราย)
Trisomy 21	1
Multiple anomalies	1
Anencephaly	4
Omphalocele	1
Primary pulmonary atelectasis	1
Diaphragmatic hernia	1
Congenital heart defect	1

ตารางที่ 10 แสดงการติดเชื้อของทารกที่ตายปริกำเนิด

การติดเชื้อ	ทารกตายปริกำเนิด (ราย)
Syphilis	3

จากตารางที่ 4 ถึงตารางที่ 10 พบว่า ทารกตายปริกำเนิดส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มารดาตั้งครรภ์แรก และมีอายุระหว่าง 20-35 ปี ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สาเหตุการตายของทารกเกิดจาก birth asphyxia และไม่ทราบสาเหตุ

ตารางที่ 11-14 แสดงสาเหตุและจำนวนทารกที่ส่งไปรับการรักษาต่อ พบว่าทารกส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) เป็นกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนด คลอดโดยวิธีปกติ น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ได้รับการส่งต่อเมื่ออายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 7 วัน

ตารางที่ 11 แสดงสาเหตุที่ส่งทารกไปรักษาต่อ

สาเหตุ	ทารกที่ส่งไปรักษาต่อ (ราย)
Preterm	16
Hyperbilirubinemia	5
Birth asphyxia	6
Hydrocephalus	1
Down syndrome and rectal anomaly	1
Gastroschisis	1
Vomiting	1
Respiratory problem	1
รวม	32

ตารางที่ 12 แสดงวิธีการคลอดของทารกที่ส่งไปรักษาต่อ

วิธีการคลอด	ทารก (ราย)
คลอดปกติ	24
Breech assisting	3
Vacuum extraction	1
Caesarean section	4
รวม	32

ตารางที่ 18 แสดงน้ำหนักทารกที่ส่งไปรักษาต่อ

น้ำหนักทารก (กรัม)	ทารก (ราย)
1,000-1,499	8
1,500-1,999	7
2,000-2,499	3
≥ 2,500	14
รวม	32

ตารางที่ 14 แสดงอายุของทารกเมื่อส่งไปรักษาต่อ

ทารกอายุ	จำนวนทารก (ราย)	ร้อยละ
≤ 7 วัน	25	78.13
8-13 วัน	4	12.5
≥ 14 วัน	3	9.37
รวม	32	100

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบอัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2531 ถึงเดือนเมษายน 2534 เท่ากับ 14.68 ต่อทารกคลอด 1,000 ราย ซึ่งสูงกว่าอัตราตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์^{1, 3, 7} แต่ต่ำกว่าโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นต้น อัตราตายของทารกภายใน 7 วันหลังคลอดเท่ากับ 6.6 ต่อ 1,000 ทารกคลอดมีชีวิต สัดส่วนการตายคลอด ต่อทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด เท่ากับ 5 : 4 (55 : 44) ในสถาบันที่มีการพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลมารดา และทารก เช่น โรงเรียนแพทย์ พบว่าสัดส่วนของทารกตายคลอด ต่อทารกตาย

ภายใน 7 วันแรกหลังคลอดนั้นสูง ประมาณ 7:3³ ดังนั้น จะเห็นว่าการเน้นการดูแลทารกที่มีปัญหาในระยะหลังคลอด เพื่อลดการตายของทารกกลุ่มนี้ จะทำให้สัดส่วนทารกตายคลอด และทารกตายภายใน 7 วัน หลังคลอดเปลี่ยนไป ทั้งนี้การปรับปรุงงานสูติกรรมเพื่อลดการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง และการเพิ่มมาตรฐานงานบริหารทารกแรกเกิด จะมีส่วนลดอัตราตายปริกำเนิดลงได้

จากตารางที่ 2 พบว่าการทำ internal version และการทำ explor lap with hysterectomy พบทารกตายร้อยละ 100 ในรายที่ทำ internal version นั้น กระทำเนื่องจากทารกตายแล้ว และเป็นทารกที่มีส่วนนำผิดปกติ ดังนั้นการทำหัตถการไม่ได้เป็นสาเหตุการตายของทารก แต่การดูแลก่อนคลอดที่ดี น่าจะช่วยลดการตายในระยะนี้ได้ ส่วนในรายที่แพทย์ตัดสินใจทำ explor lap with hysterectomy นั้น ให้การวินิจฉัยว่า มดลูกแตก และทารกตายแล้ว จะเห็นว่าการดูแลทางสูติกรรมที่ดี โดยให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์ เพื่อที่หญิงกลุ่มนี้จะสามารถเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง และการดูแลตนเองเบื้องต้นระหว่างตั้งครรภ์ การจัดบริการการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและทั่วถึง สามารถแยกภาวะครรภ์ที่มีอัตราเสี่ยงสูงได้ รวมทั้งการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เมื่อมีข้อบ่งชี้ จะช่วยลดอัตราตายปริกำเนิดได้ หญิงทั้ง 3 รายนี้ ไม่ได้ฝากครรภ์ และมาถึงโรงพยาบาล เมื่อปากมดลูกเปิดมากแล้ว

การทำ forceps extraction after coming head และ breech assisting เป็นสาเหตุอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้ทารกตายปริกำเนิดจาก birth asphyxia ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งมาโรงพยาบาลช้า เจ้าหน้าที่ที่ดูแลตามแพทย์ไม่ทัน มีการช่วยคลอดไม่ถูกวิธี มีข้อจำกัดในเรื่อง neonatal resuscitation ตลอดจนการดูแลทารกหลังคลอด ยังมีเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งควรจะได้รับ การปรับปรุงต่อไป

ส่วนการช่วยเหลือการคลอดวิธีอื่น ๆ พบว่าเป็นสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดร้อยละ 0.62-3.92 ซึ่งถ้าเก็บข้อมูลได้สมบูรณ์ สามารถนำมาคำนวณทางสถิติได้

อาจพบว่ามีผลสำคัญ การช่วยคลอดทารกทำศีรษะโดยใช้ forceps นั้น ไม่พบทารกตาย แต่การช่วยคลอดวิธีนี้ยังใช้ไม่มากในโรงพยาบาลมะการักษ์ ซึ่งควรต้องมีการเก็บข้อมูล และรวบรวมเพื่อวิเคราะห์ในโอกาสต่อไป

เมื่อนำข้อมูลของทารกตายปริกำเนิด จากการคลอดวิธีต่าง ๆ มาเทียบกับทารกตายปริกำเนิดทั้งหมด พบว่าข้อมูลใกล้เคียงกับที่เคยมีผู้รายงานไว้ จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁶ คือ การคลอดโดยวิธีปกติ, breech assisting, C/S นั้น มีทารกตายปริกำเนิดเท่ากับร้อยละ 6.14, 15.18 และ 9.73 ยกเว้นการตายจากการช่วยคลอดโดย forceps extraction และ vacuum extraction ซึ่งเท่ากับร้อยละ 7.75 และ 1.98 ข้อมูลนี้กลับกับของโรงพยาบาล มะการักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีการช่วยคลอดโดย forceps extraction มากกว่า vacuum extraction

จากตารางที่ 3 พบว่าในกลุ่มที่บันทึกว่าได้รับการฝากครรภ์ มีทารกตายปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ ทั้งนี้จากการค้นรายงานผู้ป่วย ไม่สามารถแยกกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ 1 ครั้ง จนถึงมากกว่า 4 ครั้ง ได้ ดังนั้น ผลที่ได้ซึ่งแตกต่างจากรายงานอื่น ๆ นั้น ควรต้องมีการศึกษาต่อไป อย่างไรก็ตาม การฝากครรภ์ที่น้อยกว่า 4 ครั้ง ก็พบว่าทำให้อันตรตายตายปริกำเนิดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยฝากครรภ์เลย⁴ ในทางปฏิบัติสถานบริการทางสาธารณสุข จึงควรปรับปรุงในเรื่องการเก็บ และการบันทึกรายงานผู้ป่วยและเน้นให้หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ⁶

อายุของมารดาที่คลอดทารกตายปริกำเนิด อยู่ในช่วงระหว่าง 21-35 ปี และมารดาที่ตั้งครรภ์แรกคลอดทารกตายปริกำเนิดสูงกว่าตั้งครรภ์หลัง ๆ ข้อมูลนี้ ถ้าสามารถเก็บได้สมบูรณ์ สามารถคำนวณหาอายุสำคัญทางสถิติได้ จะบอกกลุ่มเสี่ยงได้แน่นอนกว่านี้

อัตราตายปริกำเนิดนั้นจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม¹ ในโรงพยาบาลมะการักษ์ พบทารกตายปริกำเนิดที่มีน้ำ-

หนัก มากกว่า 2,500 กรัม ถึงร้อยละ 42 ซึ่งสาเหตุการตายของทารกกลุ่มนี้นั้น แตกต่างจากในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และสาเหตุการตายน่าจะป้องกันได้จากตารางที่ 7 พบว่าสาเหตุการตาย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ประวัติทารกไม่ตื่นในครรภ์ ก่อนมาโรงพยาบาล 2-3 วัน เมื่อมาถึงโรงพยาบาลทารกก็เสียชีวิตในครรภ์แล้ว ทารกทั้งหมดไม่ได้รับการผ่าดัดตรวจศพ จากการตรวจร่างกายของทารก และรกไม่พบความผิดปกติใด ๆ ในปี พ.ศ.2522 มีผู้รายงานจากโรงพยาบาลศิริราชว่า พบทารกตายในครรภ์ ซึ่งไม่ทราบสาเหตุถึงร้อยละ 72 ซึ่งน่าจะเกิดจาก uteroplacental insufficiency⁹ ดังนั้นการให้บริการดูแลก่อนคลอด ควรเน้นเรื่องการศึกษาความรู้แก่หญิงมีครรภ์ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ เพื่อให้สามารถแยกกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มีอัตราเสี่ยงสูง แม้จะรังสุขภาพทารกในครรภ์ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และให้การรักษาได้ทันเวลาที่ น่าจะลดอัตราตายปริกำเนิดจากสาเหตุนี้ลงได้

Birth asphyxia เป็นสาเหตุที่พบอีกสาเหตุหนึ่งซึ่งมักเกิดในรายที่มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการ (ตารางที่ 8) ทั้งนี้ เนื่องจากทางโรงพยาบาลยังไม่สามารถจัดให้แพทย์อยู่ประจำห้องคลอดได้ตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบกับผู้ป่วยส่วนหนึ่งมักมาถึงโรงพยาบาลช้า รวมทั้งขาดเครื่องมือและบุคลากรในการดูแลทารกหลังคลอด การป้องกันและรักษาทารกจากภาวะ birth asphyxia ควรได้รับการกำหนดเป็นเป้าหมายหลักข้อหนึ่งในการดำเนินการเพื่อลดอัตราตายปริกำเนิด

สำหรับทารกที่ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อ ที่โรงพยาบาลอื่น ๆ นั้น ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการให้การดูแลในสถานบริการทั่ว ๆ ไป ทารกที่ส่งไปรักษาต่อนี้ ร้อยละ 78 ได้ส่งไปเมื่อทารกอายุก่อน 7 วัน ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ครบ ทารกบางส่วนอาจตายปริกำเนิดได้ ในอนาคต เมื่อทางโรงพยาบาลได้ปรับปรุงการบริการในด้านต่าง ๆ แล้ว การส่งต่อทารกไปยัง

โรงพยาบาลอื่น อาจลดลง แต่การตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลนั้น ควรจะต้องติดตามต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์ในเรื่องการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ การฝากครรภ์เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ อาการสำคัญที่ควรทราบเมื่อมีความผิดปกติและไปพบแพทย์ก่อนวันนัด
2. ควรฝึกอบรมและฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานทางสูติกรรมและกุมารเวชกรรมตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
3. ปรับปรุงเครื่องมือ อุปกรณ์ เพิ่มบุคลากรในด้านการดูแลผู้ป่วย ทางกุมารเวชกรรม
4. มีการนำเสนอรายงานทารกตายปริกำเนิดในที่ประชุมแพทย์ และบุคลากรสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข
5. ปรับปรุงงานพยาธิวิทยา หรือประสานงานกับโรงพยาบาลใกล้เคียง เพื่อให้สามารถตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ตลอดจนการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา
6. ปรับปรุงระบบการบันทึกรายงาน การจัดเก็บและค้นหารายงานผู้ป่วย

สรุป

อัตราตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลมะการักษ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2531 ถึงเดือนเมษายน 2534 เท่ากับ 14.68 ต่อทารกคลอด 1,000 ราย สาเหตุการตายส่วนใหญ่ คือ ไม่ทราบสาเหตุ และ birth asphyxia พบทารกตายคลอดร้อยละ 55 ทารกตายภายใน 7 วัน หลังคลอด ร้อยละ 44 การลดอัตราตายปริกำเนิดควรปรับปรุงงานฝากครรภ์โดยเน้นให้หญิงมีครรภ์มีความรู้ สามารถจะทราบถึงอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ และมาโรงพยาบาลได้โดยเร็ว การฝากครรภ์สามารถแยกกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงได้ ควรปรับปรุงงานห้องคลอดโดยเน้นเรื่อง

การดูแลใกล้ชิดขณะเจ็บครรภ์ การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น ก่อนตามแพทย์ การดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหา (neonatal resuscitation) ตลอดจนปรับปรุงเครื่องมือและเพิ่มบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิด

จากการศึกษานี้ ทำให้ได้ทราบปัญหาในการบันทึกรายงานผู้ป่วย การเก็บรายงานและการค้นหารายงานย้อนหลัง ซึ่งควรได้รับการปรับปรุงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ นายแพทย์เชาโรจน์ อุบลวิโรจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มานำเสนอได้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนและสถิติ และเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ที่ช่วยค้นหาข้อมูลผู้ป่วย ขอขอบคุณ คุณสุพัตรา ศรีม่วงประเสริฐ เจ้าหน้าที่ธุรการ ที่กรุณาพิมพ์รายงานนี้ให้ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. กำแหง จาตุรจินดา, ประทีภ อโประเสริฐศักดิ์. การตายของทารกปริกำเนิด. ใน : กำแหง จาตุรจินดา และคณะ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์มารดาภิบัติ กรุงเทพมหานคร เมติคัล มีเดีย, 2530 : 59-73.
2. ประยุทธ์ สมประกิจ, สมบูรณ์ เกียรตินันท์. สาเหตุการตายของทารกแรกเกิดใน 7 วันแรกของโรงพยาบาล พระปกเกล้า. วารสารกรมการแพทย์ 2527 ; 9 : 539-545.
3. ประสิน จันทวิทัน, วิศิษฐ์ ประสารนันทกิจ, พรทิพาสิงห์โกวินท์. การตายระยะเพอร์นิทิลของทารกในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กุมภาพันธ์ 2525-ธันวาคม 2529. สงขลานครินทร์เวชสาร 2532 ; 7 : 189-195.
4. มนตรี ศิริเศษฐ์, วิชัย ภูพิชญ์พงษ์, สุรัชย์ ลำเลิศกิตติกุล. การตายปริกำเนิดในโรงพยาบาลหาดใหญ่ พ.ศ. 2532. วารสารวิชาการเขต 9 2533 ; 1 : 34-39.
5. ทศนีย์ ทิพย์ไธยาสน์. การตายของทารกปริกำเนิดในมารดาครรภ์เดียว ที่โรงพยาบาลนครปฐม วารสารแพทย์ เขต 7 2532 ; 8 : 131-139.

6. Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF. Williams obstetrics. 18th ed. Connecticut : Appleton & Lange 1989 : 1-6.
7. วิศิษฐ์ ประสารน์วนกิจ, ระวีวรรณ รัตนพุกชาชาติ. สูติกรรม และผลทางด้านเพอริเนทัลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2530-2531. สงขลานครินทร์เวชสาร 2532 ; 7 : 21-29.
8. วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. เด็กตายคลอดประสพการณ์ 5 ปี ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2523 ; 24 : 141-149.
9. Toongsuwan S, Suvonnakote T. Perinatal mortality survey : Siriraj Hospital, Thailand, 1979. J Med Assoc Thai 1983 ; 66 : 93-98.

อภินันทนาการจาก

บริษัท สยามฟาร์มาซูติคอล จำกัด

171/1 ซอยโชคชัยร่วมมิตร ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพฯ 10900

โทร 2761540-2, 2770429, 2772637