

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# แนวโน้มการตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาล ปทุมธานี ปีงบประมาณ 2540-2550

บ็องร คงถาวร  
โรงพยาบาลปทุมธานี

## บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังนี้ ประเมินแนวโน้มอัตราการตายปริกำเนิด และสาเหตุของการตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลปทุมธานี ปีงบประมาณ 2540 - 2550 โดยทบทวนเวชระเบียนและรายงานประจำเดือนการคลอดที่โรงพยาบาลปทุมธานีตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2539 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2550

ผลการศึกษาพบว่าในปีงบประมาณ 2540 - 2550 มีทารกคลอดทั้งสิ้น 31,872 ราย เป็นการตายปริกำเนิด 351 ราย อัตราตายปริกำเนิดต่อปีอยู่ในช่วง 7.49 ต่อ 1,000 การคลอด ถึง 16.34 ต่อการคลอด เฉลี่ย 11.01 ต่อ 1,000 การคลอด อัตราตายคลอด 6.49 ต่อ 1,000 การคลอด และอัตราการตายทารกแรกเกิดระยะต้นเท่ากับ 4.52 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต สาเหตุการตายปริกำเนิดที่พบมากที่สุด คือ การตายเฉื่อยชื่อย ร้อยละ 30.7 สาเหตุจากความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด และสาเหตุเฉพาะพบร้อยละ 22.2, 7.69, 22.51 และ 16.81 ตามลำดับ โดยสรุปอัตราการตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลปทุมธานีลดลงจาก 13.27 ต่อ 1,000 การคลอด ในปี 2538 เป็น 9.09 ต่อ 1,000 การคลอดในปี พ.ศ. 2550 และมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ พบว่าการตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ คือ จากการขาดออกซิเจนนั้นมีแนวโน้มลดลง แต่ควรมุ่งเน้นหาสาเหตุการตายคลอดหรือทารกเกิดไว้ชีพ เพื่อเป็นแนวทางลดอัตราการตายปริกำเนิดต่อไป

## คำสำคัญ:

อัตราการตายปริกำเนิด สาเหตุการตาย

## บทนำ

อัตราการตายปริกำเนิดใช้เป็นดัชนีชี้วัดถึงประสิทธิภาพในการดูแลด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิดอีกทั้งเป็นตัวชี้วัดภาวะเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพของชุมชนนั้นด้วย พบว่าอัตราการตายปริกำเนิดในประเทศกำลังพัฒนามีระดับสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการการตายปริกำเนิดว่าเกิดใน

ประเทศกำลังพัฒนาถึงร้อยละ 98 และประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราต่ำกว่า 10 ต่อ 1,000 การคลอด<sup>(1)</sup> ในปี พ.ศ. 2538 ประเทศไทยมีอัตราการตายปริกำเนิดเป็น 15.3 ต่อ 1,000 การคลอด อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้นเป็น 8.1 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต<sup>(2)</sup> หลังจากกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากร อัตราการตายปริกำเนิดค่อย ๆ ลดลง รายงานในปี

พ.ศ. 2547 พบว่าอัตราตายปริกำเนิดเหลือ 8.73 ต่อ 1,000 การคลอด โดยกำหนดเป้าหมายไม่เกิน 8 ต่อ 1,000 การคลอด (ตารางที่ 1) และ (ตารางที่ 2)

จากการศึกษาหลายแห่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายปริกำเนิด ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม<sup>(4,5)</sup> อายุครรภ์ มารดาอายุมากกว่า 35 ปี ครรภ์แฝด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ<sup>(6,7)</sup> รกลอกตัวก่อนคลอด<sup>(8)</sup> เชื้อชาติ<sup>(5,8,9)</sup> สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ<sup>(10)</sup> และวิธีการคลอด

รายงานนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลการตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลปทุมธานีปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2550 เพื่อดูแนวโน้มอัตราตายปริกำเนิด สาเหตุการตาย และอัตราตายจำแนกตามน้ำหนักแรกเกิด (weight specific mortality rate) เพื่อเป็นแนวทางลดอัตราตายปริกำเนิดต่อไป

## วิธีการศึกษา

ทบทวนเวชระเบียนและทะเบียนคลอดของมารดาที่คลอดที่โรงพยาบาลปทุมธานีทุกรายตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2539 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2550 รวมทั้งรายงานการตายของมารดาและทารกประจำเดือนด้วย นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยสถิติเชิงพรรณนา หาอัตราตายปริกำเนิด ต่อ 1,000 การคลอด ทารกย่อยและค่าเฉลี่ยของสาเหตุการตาย และอัตราตายจำแนกตามน้ำหนักแรกเกิด

## นิยามศัพท์

**การตายปริกำเนิด** องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความไว้ คือ จำนวนการตายของทารกที่มีน้ำหนักอย่างน้อยระหว่าง 500 ถึง 1,000 กรัม หรืออายุครรภ์อย่างน้อย 22 สัปดาห์ (stillbirth หรือทารกเกิดไร้ชีพ) รวมกับจำนวนทารกแรกเกิดตายใน 7 วันหลังคลอด<sup>(11)</sup>

ตารางที่ 1 อัตราตายปริกำเนิดประเทศไทย<sup>(3)</sup>

	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
อัตราตายปริกำเนิด	9.8	10.0	10.21	10.19	10.14	9.15	8.39	8.73
อัตราตายคลอด	6.1	6.3	5.6	6.9	6.4	5.9	5.5	5.6

ตารางที่ 2 สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดของประเทศไทย<sup>(3)</sup>

	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
1. การตายเปื่อยยุ่ย	25.1	31.8	37.5	35.0	33.4	33.3	38.3	39.8
2. การขาดออกซิเจนขณะคลอด	17.5	16.6	21.7	24.3	23.1	19.3	21.4	19.8
3. ความพิการแต่กำเนิด	16.7	17.0	15.3	14.7	15.6	14.2	14.5	15.4
4. การคลอดก่อนกำหนด	10.9	8.2	11.1	12.5	13.4	10.4	10.8	11.0
5. สาเหตุเฉพาะอื่น ๆ	20.9	21.5	10.2	6.7	11.5	8.1	11.8	11.7
6. ไม่ทราบสาเหตุ	8.9	4.9	4.2	6.8	3.0	14.7	3.2	2.3

\*ตัวเลขแสดงเป็นร้อยละ

**อัตราตายปริกำเนิด** หมายถึงจำนวนการตายปริกำเนิดต่อ 1,000 การคลอด สำหรับประเทศไทย ทารกเกิดไร้ชีพ ใช้อายุทารกในครรภ์ 28 สัปดาห์ หรือในกรณีไม่ทราบอายุครรภ์ใช้น้ำหนักทารกอย่างน้อย 1,000 กรัม<sup>(2)</sup>

การจำแนกสาเหตุการตายปริกำเนิดใช้ตาม Wigglesworth's classification<sup>(12)</sup> ซึ่งเป็นการจำแนกตามลักษณะศพพร้อมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากง่ายต่อการนำมาใช้ โดยจำแนกการตายเป็นการตายเปื่อยยุ่ย การพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด และสาเหตุเฉพาะ

### ผลการศึกษา

พบทารกตายปริกำเนิด 351 ราย จากการคลอดทั้งหมด 31,872 ราย ทารกเกิดไร้ชีพ 207 ราย และทารกแรกเกิดตายใน 7 วันหลังคลอด 144 ราย อัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 11.01 ต่อ 1,000 การคลอด (ตารางที่ 3)

อัตราตายเท่ากับ 6.49 ต่อ 1,000 การคลอด อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้นเท่ากับ 4.52 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ อัตราตายปริกำเนิดอยู่ในระดับสูงจาก 12.36 ต่อ 1,000 การคลอดในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 16.34 ต่อ 1,000 การคลอดในปี พ.ศ. 2541 และค่อย ๆ ลดลงจนต่ำสุดในปี พ.ศ. 2546 เท่ากับ 7.49 ต่อ 1,000 การคลอด และเท่ากับ 9.09 ต่อ 1,000 การคลอดในปี พ.ศ. 2550 ส่วนอัตราตายคลอดพบว่าไม่มีแนวโน้มลดลงจาก 6.2 ต่อ 1,000 การคลอดในปี พ.ศ. 2540 เป็น 6.1 ต่อ 1,000 การคลอดในปี พ.ศ. 2550 สาเหตุการตายปริกำเนิดสูงสุดคือ การตายเปื่อยยุ่ยร้อยละ 30.7 รองลงมา ได้แก่ การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ร้อยละ 22.51 ส่วนสาเหตุจากความพิการแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด และสาเหตุเฉพาะเท่ากับร้อยละ 22.2 ร้อยละ 7.69 และร้อยละ 16.81 ตามลำดับ สาเหตุจากการตายเปื่อยยุ่ยและความพิการแต่กำเนิด พบว่าไม่มีแนวโน้มลดลง สาเหตุจากการขาดออกซิเจนระหว่างคลอดมีแนวโน้มว่าลดลงตามลำดับ เช่นเดียวกับสาเหตุเฉพาะ ส่วน

ตารางที่ 3 อัตราตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลปทุมธานี 2540 - 2550

ปีงบประมาณ	จำนวนการคลอด	ทารกตายคลอด	อัตราตายคลอด	ทารกตายใน 7 วันหลังคลอด	ทารกตายปริกำเนิด	อัตราตายปริกำเนิด
2540	3072	19	6.2	19	38	12.36
2541	2876	28	9.7	19	47	16.34
2542	2423	18	7.4	6	24	9.9
2543	2349	22	9.4	14	36	15.32
2544	2695	16	5.9	16	32	11.87
2545	2734	16	5.8	12	28	10.24
2546	2670	10	3.7	10	20	7.49
2547	3115	12	3.9	13	25	8.02
2548	3187	25	7.8	12	37	11.61
2549	3122	19	6.1	12	31	9.93
2550	3629	22	6.1	11	33	9.09
รวม	31872	207	6.49	144	351	11.01

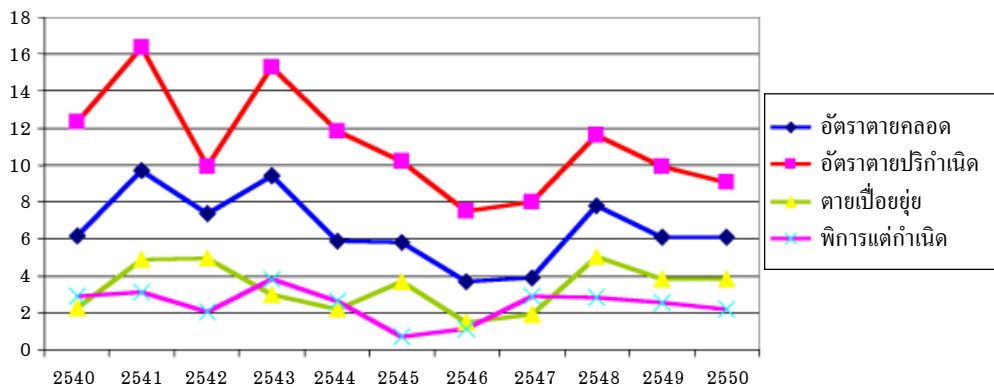
แนวโน้มการตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลปทุมธานี ปีงบประมาณ 2540-2550

ตารางที่ 4 สาเหตุการตายปริกำเนิดแบ่งตามวิธีของ Wigglesworth

สาเหตุการตาย	ตายเปื่อยยุ่ย	พิการแต่กำเนิด	คลอดก่อนกำหนด	ขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	สาเหตุเฉพาะ
2540	18.4	23.7	13.2	31.5	13.2
2541	29.8	19.1	4.3	21.3	25.5
2542	50	20.8	4.2	16.7	8.3
2543	19.4	25	8.3	27.8	19.4
2544	18.8	21.8	9.4	25	25
2545	35.8	7.1	10.7	21.4	25
2546	20	15	10	40	15
2547	24	36	4	12	24
2548	43.2	24.3	2.7	16.2	13.5
2549	38.7	25.8	6.5	25.8	3.2
2550	42.4	24.2	12.1	12.1	9.1
รวม	30.7	22.2	7.69	22.51	16.81

\*ตัวเลขแสดงเป็นร้อยละ

อัตราตายต่อ 1,000 การคลอด



รูปที่ 1 แนวโน้มอัตราตายปริกำเนิดปี 2540 - 2550

อัตราตายจากสาเหตุคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับต่ำมาตลอด (ตารางที่ 4, รูปที่ 1)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการตายปริกำเนิด คือ น้ำหนักทารกแรกเกิด อัตราตายลดลงตามน้ำหนักแรกเกิดที่เพิ่มขึ้น พบอัตราตายปริกำเนิดในทารกกลุ่มน้ำหนัก 1,000-1,499 กรัมเท่ากับ 263.78 ต่อ

1,000 การคลอด ทารกกลุ่มน้ำหนัก 1,500 - 1,999 กรัม อัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 115.94 ต่อ 1,000 การคลอด และลดลงต่ำกว่า 6 ต่อ 1000 การคลอดในทารกกลุ่มน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ถึง 3,999 กรัม แต่ในทารกกลุ่มน้ำหนัก 4,000 กรัมขึ้นไปกลับมีอัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นเป็น 8.46 ต่อ 1,000 การคลอด (ตาราง

ตารางที่ 5 อัตราตายปริกำเนิดจำแนกตามน้ำหนักทารกแรกเกิด

น้ำหนักทารกแรกเกิด	จำนวนทารกตายปริกำเนิด	อัตราตายปริกำเนิดต่อ 1,000 การคลอด
1,000 - 1,499 กรัม (N=254)	67	263.78
1,500 - 1,999 กรัม (N=621)	72	115.94
2,000 - 2,499 กรัม (N=2,628)	67	25.49
2,500 - 2,999 กรัม (N=11,181)	63	5.63
3,000 - 3,499 กรัม (N=12,672)	60	4.73
3,500 - 3,999 กรัม (N=3,925)	17	4.33
≥4,000 กรัม (N=591)	5	8.46
<b>รวม</b>	<b>351</b>	<b>11.01</b>

ตารางที่ 6 แสดงสาเหตุการตายจำแนกตามน้ำหนักทารกแรกเกิด

น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	ตายเปื่อยยุ่ย จำนวน (ร้อยละ)	พิการแต่กำเนิด จำนวน (ร้อยละ)	คลอดก่อนกำหนด จำนวน (ร้อยละ)	ขาดออกซิเจน จำนวน (ร้อยละ)	สาเหตุเฉพาะอื่น ๆ จำนวน (ร้อยละ)
1000-1499	24 (35.8)	13 (19.4)	16 (23.9)	5 (7.5)	9 (13.4)
1500-1999	21 (29.2)	22 (30.6)	11 (15.3)	5 (6.9)	13 (18.0)
2000-2499	27 (40.3)	20 (29.9)	0 (0)	12 (7.9)	8 (11.9)
2500-2999	18 (28.6)	15 (23.8)	0 (0)	21 (33.3)	9 (14.3)
3000-3499	15 (25.0)	5 (8.3)	0 (0)	26 (43.3)	14 (23.4)
3500-3999	2 (11.8)	3 (17.6)	0 (0)	7 (41.2)	5 (29.4)
4000 ขึ้นไป	1 (20.0)	0 (0)	0 (0)	3 (60.0)	1 (20.0)
<b>รวม</b>	<b>30.7</b>	<b>22.2</b>	<b>7.7</b>	<b>22.6</b>	<b>16.8</b>

ที่ 5)

สาเหตุการตายสูงสุดในทารกแรกเกิดจำแนกตามน้ำหนักกลุ่ม 1,000 ถึง 2,499 กรัม คือ การตายเปื่อยยุ่ย ตั้งแต่กลุ่มน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป สาเหตุการตายสูงสุด คือ การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ไม่พบการตายปริกำเนิดจากสาเหตุการคลอดก่อนกำหนดในทารกกลุ่มน้ำหนัก 2,000 กรัมขึ้นไป (ตารางที่ 6)

### วิจารณ์

อัตราตายปริกำเนิดและการจำแนกสาเหตุการตายปริกำเนิด เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินเปรียบ

เทียบคุณภาพบริการสาธารณสุขของแต่ละสถาบัน แต่การเปรียบเทียบผลที่ได้ยังมีข้อยุ่งยากเนื่องจากให้ค่าจำกัดความที่แตกต่างกัน คือ ทารกตายในครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ 22 สัปดาห์ หรือ 28 สัปดาห์ สำหรับการศึกษานี้ใช้อายุทารกตายในครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป หรือน้ำหนักทารก 1,000 กรัมขึ้นไปจนถึงอายุ 7 วันหลังคลอด อัตราตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลพทุมธานีเท่ากับ 11.01 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งสูงกว่าโรงพยาบาลที่มีการฝึกอบรมแพทย์ เช่น โรงพยาบาลรามธิบดีมีอัตราตายปริกำเนิดเฉลี่ย พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2548 เท่ากับ 5.01 ต่อ 1,000 การคลอด<sup>(13)</sup> หรือโรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2548

เท่ากับ 8.21 ต่อ 1,000 การคลอด<sup>(14)</sup> แต่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของพิทยา<sup>(6)</sup> และปราโมทย์<sup>(15)</sup> ซึ่งทำการศึกษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2542 เท่ากับ 13.17 และ 12.27 ต่อ 1,000 การคลอดตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547<sup>(3)</sup> คือ 8.7 ต่อ 1,000 การคลอดก็ยังคงสูงกว่า ดังนั้นควรมีการติดตามอัตราการตายปริกำเนิดอย่างสม่ำเสมอและมุ่งพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง

จำนวนการคลอดลดลงหลังมีปัญหาเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 และต่ำสุดในปี พ.ศ. 2543 หลังจากนั้นจำนวนการคลอดเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ อาจเป็นผลกระทบจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งผู้รับบริการสามารถเข้าถึงสถานบริการพยาบาลได้โดยง่าย รวมทั้งต้องรับส่งต่อในกรณีการตั้งครรภ์และคลอดที่มีปัญหาจากโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น มีผลให้อัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นมากในปี พ.ศ. 2543

ทารกเกิดไร้ชีพเป็นสาเหตุหลักของการตายปริกำเนิด องค์การอนามัยโลกประเมินว่าแต่ละปีจะมีทารกตายในครรภ์มากกว่า 3.3 ล้านคนและร้อยละ 98 เกิดในประเทศกำลังพัฒนา ทารกที่ตายในครรภ์ก่อนระยะเจ็บครรภ์จะมีอัตราส่วนร้อยละ 90 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายปริกำเนิดน้อยกว่าและมากกว่า 20 ต่อ 1,000 การคลอด ทารกตายในครรภ์ก่อนเจ็บครรภ์มีอัตราส่วนร้อยละ 76 และ 63 ตามลำดับ ซึ่งหนึ่งในสามของการตายในครรภ์น่าจะป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้<sup>(17)</sup> ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าทารกตายคลอดหรือเกิดไร้ชีพเท่ากับร้อยละ 59 ซึ่งใกล้เคียงกับของโรงพยาบาลราชวิถี<sup>(14)</sup> และของประเทศซึ่งเท่ากับประมาณร้อยละ 65<sup>(3)</sup> สาเหตุการตายของทารกเกิดไร้ชีพที่พบสูงสุด คือ การตายเปื่อยยุ่ย ควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงของทารกตายในครรภ์ เช่น มารดาน้ำหนักมาก สูบบุหรี่ สภาพสังคม และเศรษฐกิจต่ำ คุณภาพการฝากครรภ์ไม่ได้คุณภาพ

กลยุทธ์เพื่อลดการเกิดไร้ชีพ ควรมุ่งเน้นไปที่การลดหรือจำกัดปัจจัยเสี่ยง เช่น หยุดสูบบุหรี่ ดูแลภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำเรื่องอาหารซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารก ให้กรดโฟลิกเสริมกับธาตุเหล็ก ฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์และให้มีการคลอดในเวลาที่เหมาะสมในรายที่พบว่าทารกมีความเสี่ยง เช่น ทารกโตช้าในครรภ์ ตั้งครรภ์เป็นพิษ<sup>(18,19)</sup> ให้มารดานับการเดินของทารกในครรภ์ก็สามารถช่วยลดอัตราการตายปริกำเนิดได้<sup>(20)</sup>

สาเหตุการตายปริกำเนิดสูงสุด คือ การตายเปื่อยยุ่ย รongลงมา คือ การขาดออกซิเจนระหว่างคลอดและการแต่กำเนิดมีส่วนใกล้เคียงกัน เท่ากับร้อยละ 22.51 และ 22.2 ตามลำดับ การขาดออกซิเจนระหว่างคลอดโดยภาพรวมมีแนวโน้มลดลงแม้ว่าค่าเฉลี่ยยังคงสูง ซึ่งจะเป็นผลให้สามารถลดอัตราการตายปริกำเนิดลงได้อีก ภาวะนี้บ่งบอกถึงยังมีการบกพร่องในการดูแลระหว่างเจ็บครรภ์คลอด การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การพิจารณาวิธีการคลอด การดูแลช่วยเหลือทารกในระยะแรกคลอด ซึ่งต้องปรับปรุงและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

สาเหตุการตายจากการพิการแต่กำเนิด ยังไม่มีแนวโน้มลดลงและทำให้การลดอัตราการตายปริกำเนิดในส่วนนี้ลดลง ได้ยาก ความพิการส่วนใหญ่ที่ตรวจพบ คือ ความพิการของระบบสมองและเส้นประสาทโดยเฉพาะแบบไม่มีกะโหลก (anencephaly) ซึ่งสามารถตรวจพบได้จากการตรวจคลื่นความถี่สูง การลดอัตราการตายจากสาเหตุนี้ทำได้โดยตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อย ๆ และยุติการตั้งครรภ์เมื่อตรวจพบความผิดปกติ ซึ่งน่าคิดว่าถ้าให้บริการตรวจคลื่นความถี่สูงแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนจะมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่

ส่วนการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการตายส่วนน้อย ความเสี่ยงของการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นเมื่อ

น้ำหนักแรกเกิดลดลง สำหรับโรงพยาบาลปทุมธานี เนื่องจากใช้ข้อกำหนดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิด 1,000 กรัม จึงทำให้มีทารกเกิดไว้ชีพและตายภายใน 7 วันจำนวนหนึ่งไม่รวมเข้าในการศึกษาคั้งนี้ เป็นสาเหตุให้การตายจากสาเหตุนี้ต่ำกว่าสาเหตุอื่นปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดยังต้องมีการศึกษาในรายละเอียดมากขึ้น ปัจจุบันการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยการใช้ยากระตุ้นการเจ็บครรภ์ (Betamimetic drugs) การให้สเตียรอยด์ และให้สาร surfactant ในทารกแรกเกิด รวมทั้งการปรับปรุงระบบ neonatal intensive care จนถึงบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ให้เพียงพอช่วยลดอัตราตายได้ระดับหนึ่ง

อัตราตายจำแนกตามน้ำหนักแรกเกิดพบว่า อัตราตายในทารกกลุ่มน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัมเท่ากับ 263.78 ต่อ 1,000 การคลอด และลดลงตามลำดับเมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้น แต่ในกลุ่มน้ำหนัก 4,000 กรัมขึ้นไปกลับมีอัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มน้ำหนัก 3,500 - 3,999 กรัม เนื่องจากกลุ่มนี้มีการตายปริกำเนิดทั้งหมดเพียง 5 ราย และส่วนใหญ่เป็นการตายจากสาเหตุการขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ซึ่งพบว่าเป็นกรณีการคลอดติดขัดส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถช่วยชีวิตทารกไว้ได้

โดยสรุป พบว่าอัตราตายปริกำเนิดที่โรงพยาบาลปทุมธานีมีแนวโน้มลดลง สาเหตุการตายจำแนกตามวิธีของ Wigglesworth สาเหตุสูงสุด คือ การตายเบื่อยุ่ย ร้อยละ 30.7 รองลงมา คือ การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด การพิการแต่กำเนิด สาเหตุเฉพาะ และการคลอดก่อนกำหนด ใกล้เคียงกับการศึกษาของพิทยา<sup>(6)</sup> คือการตายเบื่อยุ่ย การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด สาเหตุเฉพาะ การพิการแต่กำเนิดและการคลอดก่อนกำหนด และคล้ายคลึงกับรายงานตัวชี้วัดในงานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2547<sup>(3)</sup> ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงสาเหตุการตายปริกำเนิด การตาย

เบื่อยุ่ย เป็นสาเหตุสูงสุด รองลงมา คือ การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด การพิการแต่กำเนิด และการคลอดก่อนกำหนด ตามลำดับ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ นายแพทย์ทรงพล ชวาลตันพิพัทธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี ที่กรุณาให้เผยแพร่ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานห้องคลอด หลังคลอด ทารกวิกฤติ และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือการเก็บข้อมูลครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Perinatal mortality. Geneva: WHO; 1996:3.
2. สิริพร กัญชนะ, พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ. การตายปริกำเนิด (Perinatal mortality). FACT SHEET ด้านอนามัยแม่และเด็ก ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤศจิกายน 2540.
3. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. รายงานตัวชี้วัดสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก. Available from: URL: <http://www.anamai.moph.go.th/download//25012550/master.ppt>
4. Melve KK, Skjaerven R; Birth weight and perinatal mortality : paradoxes, social class, and sibling dependencies. Int J Epidemiol . 2003; 32:625-32.
5. Vangen S, Stoltenberg C, Skjaerven R, Magnus P, Harris JR, Stray-Pedersen B. The heavier the better? Birth weight and perinatal mortality in different ethnic group. Int J Epidemiol. 2002;31:654-660.
6. พิทยา ไพบุญย์ศิริ. การตายของทารกปริกำเนิดที่โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารมณฑล 2541; 1:1-7.
7. สมิต ประสันนาการ. การตายทารกปริกำเนิดในจังหวัดอุดรธานี ปีพ.ศ. 2539. ศรีนครินทร์เวชสาร 2540; 12(2):56-63.
8. Balchin I, Whittaker JC, Patel R, Lamont RF, Steer P. Racial variation in the association between gestational age and perinatal mortality: prospective study. BMJ 2007;334:833-837.
9. MacDorman MF, Hoyert DL, Martin JA, Munson ML, Hamilton BE. Fetal and perinatal mortality, United States, 2003. Natl Vital Stat Rep. 2007;55(6):1-18.
10. Bambang S, Spencer NJ, Logan S, Gill L. Cause specific perinatal death rates, birth weight and deprivation in the West Midlands, 1991-93. Child: Care Health and Development 2000;26:73-82.
11. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Volume 2. 10th ed. Geneva: WHO; 1993. p.

- 130-3.
12. Wigglesworth JS. Monitoring perinatal death. A pathophysiological approach. *Lancet* 1980;2:684-6.
  13. Promsonthi P, O-Prasertsawat P. Trends of perinatal death at Ramathibodi Hospital : 1995-2005. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(suppl4):158-62.
  14. วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. Perinatal mortality and morbidity ใน: วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, บรรณาธิการ. ปัญหาทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส; 2550. หน้า 15-6.
  15. ปราโมทย์ สุขวิชชัย. การตายของทารกปริกำเนิดและทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลปทุมธานี. *วารสารวิชาการ เขต 1* 2543; 1:9-17.
  16. Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:1923-35.
  17. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality. France: WHO; 2006. p. 3,71.
  18. Hanskins GD, Lingo M. The role of stillbirth prevention and the late preterm (near-term) births. *Semin Perinatal* 2006; 30:2-3.
  19. Goldenberg RL, Kirby R, Culhane LF. Stillbirth: a review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004; 16:79-94.
  20. Froen JF. A kick from within-fetal movement counting and the cancelled progress in antenatal case. *J Perinat Med* 2004; 32:13-24.

**Abstract Trends of Perinatal Deaths at Pathum Thani Hospital 1997-2007**

**Bunggorn Kongthaworn**

Pathum Thani Hospital, Pathum Thani

*Journal of Health Science* 2008; 17:SIII820-7.

The objective of this retrospective study was to study the trends in perinatal mortality rate and causes of perinatal deaths at Pathum Thani hospital from October 1, 1996 to September 30, 2007. Medical records and reports during then were reviewed. There were 31,872 births with a total of 351 perinatal deaths. The perinatal mortality rates per annum were 7.49-16.34 per 1,000 births and its average was 11.01 per 1,000 births. Stillbirth and early neonatal death rate were 6.49 and 4.52 per 1,000 births, respectively. The most common cause of death was macerated fetus (30.7%) Causes of death from congenital anomalies, immaturity, asphyxia and specific conditions were 22.2, 7.69, 22.51 and 16.81 percent respectively. The perinatal mortality rate at PathumThani hospital declined from 13.27 in 1995 to 9.09 per 1,000 births in 2007. The trend of asphyxia, preventable cause decreased. Better understanding of the etiology of stillbirth is required for reducing perinatal deaths.

**Key words:** perinatal mortality, cause of death