

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
Perinatal Mortality in Phranungkloa Hospital

บุญชัย สุวรรณานนท์ พ.บ., ว.ว. (สูติศาสตร์-
นรีเวชวิทยา)
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

Boonchai Suwanthananon M.D., Board of
Obstetrics and Gynecology
Phranungkloa Hospital, Nonthaburi

บทคัดย่อ

รายงานผลการศึกษาย้อนหลังเรื่อง การตายของทารกปริกำเนิดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2534 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2537 เป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่ามีจำนวนการคลอด 5,829 ราย เป็นทารกคลอดมีชีพ 5,771 ราย ทารกตายคลอด 58 ราย ทารกตายหลังคลอด 40 ราย อัตราทารกตายปริกำเนิดเฉลี่ยเท่ากับ 16.98 ต่อการคลอดมีชีพ 1,000 ราย สาเหตุการตายที่พบสูงสุดคือ การตายเปื่อยยุ่ยโดยไม่ทราบสาเหตุ พบร้อยละ 29.59 รองลงมาคือ คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 23.47 ทารกพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 20.42 สาเหตุเฉพาะร้อยละ 14.28 และขาดออกซิเจนขณะคลอดร้อยละ 12.24

ABSTRACT

This is a retrospective study of the perinatal mortality at Phranungkloa Hospital from 1st October 1991 to 30th september 1994. There were 5,829 births that included 5,771 live births, 58 stillbirths and 40 neonatal deaths. The perinatal mortality rate was 16.98 per 1,000 live births. The main cause of death was due to macerated stillbirths which accounted for 29.59%, the other causes of death were prematurity (23.47%), congenital malformation (20.42%), specific conditions (14.28%) and asphyxia (12.24%)

บทนำ

อัตราการตายของทารกปริกำเนิดมีความสำคัญมาก สามารถนำมาใช้แสดงถึงประสิทธิภาพในการดูแล ด้านสูติกรรมและทารกแรกคลอดของโรงพยาบาลนั้นๆ และยังรวมไปถึงความก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนอีกด้วย ปัจจุบันสังคมต้องการครอบครัวขนาดเล็กที่มีคุณภาพ ประกอบกับอัตรา

ตายของมารดาได้ลดลงสู่ระดับต่ำแล้ว จึงเป็นเรื่องที่วงการแพทย์ต้องสนใจศึกษาถึงปัญหาการตายและคุณภาพของทารกปริกำเนิดเพื่อหาทางป้องกัน และแก้ไขให้ทารกมีชีวิตรอดปลอดภัยมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์สนองต่อความต้องการดังกล่าวของสังคม ในประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราตายและอัตราคุณภาพของทารกปริกำเนิดจะอยู่ในระดับต่ำ แต่ใน

ประเทศที่กำลังพัฒนา อัตราตายและอัตราทุพ-พลภาพของทารกปริกำเนิดยังคงมีระดับสูงอยู่ สำหรับประเทศไทย แม้ว่าอัตราตายของทารกได้ลดลงมาก แต่อัตราตายของทารกปริกำเนิดยังสูงและเป็นปัญหาในโรงพยาบาลบางแห่ง

เพื่อจะได้ข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมและได้ทราบดัชนีอนามัยของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามาใช้ประเมินสถานการณ์การตายของทารกปริกำเนิดในอดีต ปัจจุบัน เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศหรือระหว่างประเทศ และใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานสาธารณสุขช่วยกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์แนวทางดำเนินการแก้ไข ผู้เขียนจึงสนใจที่จะทำการศึกษ้อัตราตายและสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อเป็นดัชนีบ่งชี้ต่อการพัฒนาป้องกันและแก้ไข เพื่อลดอัตราตายของทารกปริกำเนิดลงให้มากที่สุด ตลอดจนกระทั่งถึงการบรรลุเป้าหมายด้านอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

ประชากรตัวอย่างและวิธีการวิจัย

ดำเนินการโดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของทารกที่คลอดแล้วตายที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2534 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2537 เป็นระยะเวลา 3 ปี รายละเอียดของข้อมูลรวบรวมจากหน่วยงานเวชระเบียนฝ่ายวิชาการ งานระบบส่งต่อกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานกุมารเวชกรรม และกลุ่มงานสูติรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

โดยใช้คำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾

การตายปริกำเนิดของทารก (perinatal deaths) หมายถึงการตายของทารกในครรภ์ (Stillbirth) และทารกตายแรกเกิดภายใน 7 วัน (neonatal death) ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป

อัตราการตายของทารกปริกำเนิด (perinatal mortality rate) หมายถึง จำนวนการตายของทารกปริกำเนิดต่อจำนวนการคลอดมีชีพ 1,000 ราย ส่วนการจำแนกสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด ใช้ตาม Wigglesworth's classification⁽²⁾ ดังต่อไปนี้

1. การตายเปื่อยยุ่ยโดยไม่ทราบสาเหตุ: Normally formed (macerated stillbirth)
2. การเกิดทารกพิการแต่กำเนิด: Congenital malformations (stillbirth or neonatal death)
3. การคลอดก่อนกำหนด: Conditions associated with immaturity (neonatal death)
4. การขาดออกซิเจนขณะคลอด: Asphyxia developed in labor (fresh stillbirth or neonatal death)
5. สาเหตุเฉพาะอื่น ๆ: other specific conditions

จำนวนการคลอดหมายถึง จำนวนการคลอดทั้งหมดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นับรวมจำนวนทารกที่ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น(ตามใบส่งต่อที่ตอบกลับมา) แต่ไม่นับรวมจำนวนทารกที่คลอดจากที่อื่นแล้วมาตายที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

การวิเคราะห์ทางสถิติที่ใช้ในการศึกษานี้ ใช้ในรูปอัตราต่อพันและร้อยละ

ผลการศึกษา

ได้ทำการศึกษารวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรีระหว่าง 1 ตุลาคม 2534 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2537 เป็นระยะเวลา 3 ปี ผลการศึกษาพบว่า

- จำนวนการคลอดทั้งหมด เท่ากับ 5,829 ราย ร้อยละ 20.42 สาเหตุเฉพาะร้อยละ 14.28 และขาดออกซิเจนขณะคลอดร้อยละ 12.24
 - จำนวนการคลอดมีชีพทั้งหมด เท่ากับ 5,771 ราย
 - จำนวนทารกตายปริกำเนิด เท่ากับ 98 ราย
 - อัตราตายของทารกปริกำเนิดเฉลี่ย เท่ากับ 16.98 ต่อการคลอดมีชีพ 1,000 ราย (ตารางที่ 1)
- สาเหตุการตายที่พบสูงสุดคือ การตายเปื่อยยุ่ยโดยไม่ทราบสาเหตุ พบร้อยละ 29.59 รองลงมาคือ คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 23.47 ทารกพิการแต่กำเนิด

วิจารณ์

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 331 เตียง จากตารางที่ 1 ในปีงบประมาณ 2535 มีจำนวนการคลอดทั้งสิ้น 1,713 ราย เพิ่มขึ้น 2,218 รายในปีงบประมาณ 2537 คิดเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.48 อัตรา

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราตายของทารกปริกำเนิดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในช่วงปีงบประมาณ 2535 - 2537

ปีงบประมาณ	จำนวนการคลอด	คลอดมีชีพ	ตายคลอด	ตายหลังคลอด	อัตราตายของทารกปริกำเนิด
2535	1,713	1,694	19	14	19.48
2536	1,898	1,878	20	12	17.04
2537	2,218	2,199	19	14	15.01
รวม	5,829	5,771	58	40	16.98

ตารางที่ 2 สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2535 - 2537

สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด	พ.ศ.2535	พ.ศ.2536	พ.ศ.2537	รวม	ร้อยละ
การตายเปื่อยยุ่ยโดยไม่ทราบสาเหตุ	9	10	10	29	29.59
การเกิดทารกพิการแต่กำเนิด	6	5	9	20	20.42
การคลอดก่อนกำหนด	7	7	9	23	23.47
การขาดออกซิเจนขณะคลอด	8	3	1	12	12.24
สาเหตุเฉพาะอื่น ๆ	3	7	4	14	14.28
รวม	33	32	33	98	100.00

ตายของทารกปริกำเนิดในปีงบประมาณ 2535 เท่ากับ 19.48 ลดลงในปีงบประมาณ 2537 เท่ากับ 15.01 อัตราการตายทารกปริกำเนิดนี้เป็นดัชนีอนามัยที่ช่วยชี้ถึงภาวะสุขภาพของหญิงมีครรภ์ บริการอนามัยก่อนคลอดและขณะคลอด ตลอดจนการดูแลทารกแรกเกิดในระยะ 7 วันหลังคลอดของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2535 มีสูติแพทย์ 4 ท่าน กุมารแพทย์ 5 ท่านและในปีงบประมาณ 2537 มีสูติแพทย์และกุมารแพทย์เพิ่มขึ้นเป็น 6 และ 7 ท่านตามลำดับ ประกอบกับโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย เช่น Fetal monitor และ Ultrasound ช่วยในการวินิจฉัยทารกในครรภ์ได้ดีขึ้น จากการศึกษาไม่รวมจำนวนทารกที่คลอดที่โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานที่อื่นแล้วมาตายที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งมีจำนวน 13 ราย แต่รวมเอาจำนวนทารกที่คลอดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าแล้วส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นๆ 12 ราย ทราบผลว่าตาย 5 ราย มีชีวิตรอด 7 ราย

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า อัตราตายของทารกปริกำเนิดเฉลี่ย 3 ปีในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเท่ากับ 16.98 ต่อการคลอดมีชีพ 1,000 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับที่อื่น ดังนี้

สถานที่	พ.ศ.	อัตราตายทารกปริกำเนิด
โรงพยาบาลรามธิบดี	2528	6.7 ⁽³⁾
โรงพยาบาลศิริราช	2534	12.18 ⁽⁴⁾
โรงพยาบาลจันทบุรี	2526	23.90 ⁽⁵⁾
โรงพยาบาลสุโขทัย	2524	18.70 ⁽⁶⁾
โรงพยาบาลนครปฐม	2527-2530	17.80 ⁽⁷⁾

พบว่าอัตราตายของทารกปริกำเนิดของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จากการศึกษานี้มีค่าใกล้เคียงกับโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค แต่มีค่าสูงกว่าโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพมหานคร

เปรียบเทียบอัตราการตายทารกปริกำเนิดในปีงบประมาณ 2535 - 2537 กับจังหวัดในเขต 1⁽⁸⁾ (นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ อุตุยา อ่างทอง) ดังนี้

ปีงบประมาณ	อัตราตายของทารกปริกำเนิดของจังหวัดในเขต 1
2535	12.02
2536	10.75
2537	10.63

พบว่าอัตราการตายทารกปริกำเนิดของจังหวัดในเขต 1 ปีงบประมาณ 2535 - 2537 เฉลี่ย 3 ปี มีค่าเท่ากับ 11.13 ต่อการคลอดมีชีพ 1,000 ราย ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีอัตราการตายทารกปริกำเนิดสูงกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในระบบส่งต่อของจังหวัดนนทบุรี รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนนทบุรี

จากการเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ซึ่งใช้เกณฑ์ทารกตายปริกำเนิดคิดจากอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 28 วันหลังคลอดหรือน้ำหนักทารกตั้งแต่ 500 กรัม ขึ้นไปพบว่าในปีพ.ศ. 2532 มีอัตราการตายทารกปริกำเนิดเพียง 13.7⁽⁹⁾ เท่านั้น ซึ่งแม้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาจะใช้เกณฑ์สูงกว่าเกณฑ์ของ WHO ที่ประเทศไทยเลือกใช้อยู่ แต่ประเทศสหรัฐอเมริกาก็ยังมีอัตราการตายของทารกปริ-

กำเนิดที่ต่ำกว่าจึงเป็นเรื่องที่วงการแพทย์ไทยควรให้ความสนใจพิจารณาแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างจริงจังต่อไป

สำหรับสาเหตุการตายของทารกปรกติกำเนิด จากการศึกษาพบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว สาเหตุการตายจะเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ยากซึ่งได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ความพิการแต่กำเนิด ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนา สาเหตุการตายจะเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ง่ายซึ่งได้แก่ การบาดเจ็บและขาดออกซิเจนขณะคลอด และการติดเชื้อ⁽¹⁰⁾ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าสาเหตุการตายของทารกปรกติกำเนิดสูงสุดคือ การตายเปื่อยยุ่ยโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งส่วนมากมักเกิดจาก uteroplacental insufficiency มักพบในกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูงสามารถวินิจฉัยโดยการเฝ้าดูการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ใช้เครื่อง electric fetal monitor และ ultrasound ตรวจสอบภาพของทารกในครรภ์เมื่อจำเป็น ในรายที่เกิดภาวะ chronic asphyxia ควรพิจารณาทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง เพื่อลดอัตราการตายของทารกปรกติกำเนิด

สาเหตุการตายที่พบเป็นอันดับ 2 ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด แก้ไขโดยการหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด เพื่อวินิจฉัยให้การรักษาได้เร็ว มีความพร้อมในการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด

สาเหตุการตายที่พบเป็นอันดับ 3 ได้แก่ ทารกพิการแต่กำเนิด สามารถลดจำนวนลงได้โดยมีการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ก่อน 28 สัปดาห์

สาเหตุการตายที่พบเป็นอันดับ 4 ได้แก่ สาเหตุเฉพาะ ซึ่งจากการศึกษานี้พบเป็นภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 10 ราย รกเกาะต่ำ 3 ราย รก

ลอกตัวก่อนกำหนด 1 ราย ซึ่งแก้ไขโดยวินิจฉัยให้เร็วและรักษาตามภาวะนั้นๆ

สาเหตุการตายที่พบเป็นอันดับ 5 ได้แก่ การขาดออกซิเจนขณะคลอด ซึ่งแก้ไขโดยการดูแลขณะคลอดอย่างเหมาะสม และติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partogram⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย สะดวกและมีความไวในการบอกลสิ่งผิดปกติได้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจในการช่วยเหลือการคลอดได้อย่างเหมาะสม และอาจเลือกใช้ clinical หรือ electric fetal heart rate monitoring ตามความจำเป็น

สรุป

ผลของการศึกษาเกี่ยวกับการตายของทารกปรกติกำเนิด พบว่าอัตราการตายของทารกใกล้เคียงกับโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค แต่ยังสูงกว่าสถาบันบางแห่งในกรุงเทพมหานคร สาเหตุการตายของทารกเรียงลำดับที่พบสูงสุดไปยังต่ำสุดคือ การตายเปื่อยยุ่ยโดยไม่ทราบสาเหตุ คลอดก่อนกำหนด พิกัดแต่กำเนิด สาเหตุเฉพาะและขาดออกซิเจนขณะคลอด สามารถลดอัตราการตายของทารกปรกติกำเนิดได้โดยการปรับปรุงการดูแลมารดาในขณะตั้งครรภ์ ระยะเจ็บครรภ์คลอด และการดูแลทารกแรกคลอด ให้มีประสิทธิภาพสูงยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิระ อิงคภาสกรผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่อนุญาตให้นาสอนรายงานนี้ และอาจารย์พีระ ศรีกรรณจิตร ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. A WHO report of social and biological effects on perinatal mortality, Volume 1. Budapest: World Health Organization Statistical Publishing House, 1978.
2. Wigglesworth JS. Monitoring perinatal death: a pathophysiological approach. Lancet 1980;2:684-686.
3. Sirivongs B, Chaturachinda K, O-Prasertsawat P, Wiwatanasirisak W, Obstetric audit: a 12 years review of obstetric practice in Ramathibodi Hospital 1970-1981. J Med Ass Thailand 1984;67:4-14.
4. สมหมาย อุดสุวรรณ. Perinatal mortality: present and future. การอบรมระยะสั้นครั้งที่ 4 วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 6 - 8 พฤษภาคม 2535.
5. สมบูรณ์ เกียรตินันท์, สมบูรณ์ สมหล่อ, ประภาพ ยุทธวิสุทธิ. สาเหตุการตายทารกแรกเกิดใน 7 วันแรก โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมสัมมนาเพื่อหาทางลดอัตราตายทารกแรกเกิดจัดโดยกองสถิติสาธารณสุขและโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี, 9 - 12 กรกฎาคม 2527.
6. กองอนามัยแม่และเด็กกระทรวงสาธารณสุข. รายงานโครงการศึกษาการเจริญพันธุ์และอนามัยแม่และเด็กที่จังหวัดสุโขทัย, กุมภาพันธ์ 2536. (เอกสารอัดสำเนา).
7. ทศนีย์ ทิพย์ไสยาสน์, กำแหง จาตุรจินดา, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, สุวัฒน์ ศรีสรจัตร์, วิชัย วัชรประชาสกุล. การตายของทารกปริกำเนิดในมารดาครรภ์เดี่ยวที่โรงพยาบาลนครปฐม. ดรรชนีงานวิจัยอนามัยแม่และเด็ก 2535;7:56.
8. งานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1. สรุปผลการดำเนินงานโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก มกราคม 2538. (เอกสารอัดสำเนา).
9. Cuningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC. Williams obstetrics. 19th ed. Connecticut: Appleton & Lange, 1993:5-6.
10. กำแหง จาตุรจินดา, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. การตายของทารกปริกำเนิด. ใน: กำแหง จาตุรจินดา, สมพล พงศ์ไทย, สมศักดิ์ ตั้งตระกูล, สมาน ภิรมย์สวัสดิ์, สุวชัย อินทรประเสริฐ, อร่าม โรจนสกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัลมีเดีย, 2530:59-73.
11. กำแหง จาตุรจินดา, วินิต พัวประดิษฐ์. การบริหารการคลอด. ใน: กำแหง จาตุรจินดา, สมพล พงศ์ไทย, สมศักดิ์ ตั้งตระกูล, สมาน ภิรมย์สวัสดิ์, สุวชัย อินทรประเสริฐ, อร่าม โรจนสกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัลมีเดีย, 2530:234-248.