

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัย สาเหตุและแนวทางในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2548-2550

อร่าม ลีมิตรกุล

กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสาเหตุและปัจจัยของการเกิดภาวะ การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ที่คลอดในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อวางแผนแก้ไข แล้วประเมินผล ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาไปข้างหน้าในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 - 30 กันยายน 2550 โดยดูอัตรา สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลปีงบประมาณ 2547 (1 ตุลาคม 2546 - 30 กันยายน 2547) พบอัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในปี 2547 เท่ากับ 51.13 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ สาเหตุที่เกิดมากที่สุดเป็นสาเหตุจากปัจจัยการคลอดที่สำคัญคือการคลอดที่ยาวนาน และการได้รับยาระงับการเจ็บปวดของมารดาขณะเจ็บครรภ์ รองลงมาเป็นปัจจัยจากตัวเด็กที่สำคัญคือ การคลอดก่อนกำหนด และปัจจัยทางมารดาที่สำคัญคือภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ และการตกเลือดก่อนคลอด การใช้ partogram การใช้ fetal monitoringในการดูแลเฝ้าคลอด การลดการใช้ยาระงับการเจ็บปวดของมารดาขณะเจ็บครรภ์ การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ การพัฒนาเครือข่ายการดูแลและส่งต่อ มีบทบาทสำคัญในการลดปัญหานี้ ทำให้สามารถลดอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเป็น 50.58, 43.38 และ 39.59 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะขาดออกซิเจน ในทารกแรกเกิด, สาเหตุและปัจจัย, แนวทางป้องกันทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน

บทนำ

ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยที่สุด⁽¹⁾ ในการดูแลการคลอดในห้องคลอด จึงเป็นสาเหตุการตายและความพิการของทารก มีผลต่อการพัฒนาการทางสมองของทารก มีผลกระทบต่อคุณภาพของประชากร

อัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจน บ่งบอกถึงคุณภาพของงานอนามัยแม่และเด็ก เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ในโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ได้กำหนดเป้าหมายการเกิดภาวะนี้ไม่เกิน 30 ต่อ 1,000 ต่อการเกิดมีชีพ⁽²⁾ ซึ่งยังเป็นเป้าหมายเดียวกันกับเป้าหมายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามแผน

พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544)⁽³⁾

อัตรา birth asphyxia ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของประเทศไทยเท่ากับ 61 ต่อ 1,000 ต่อการเกิดมีชีพ ในปี 2542 (กรมอนามัย) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายมาก โรงพยาบาลนครพิงค์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์มีอัตรา birth asphyxia สูงอยู่ที่ 51.63 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพในปี 2547 ดังนั้นการแก้ไขป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนในทารกจึงเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาลนครพิงค์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาไปข้างหน้าในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่คลอดที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547-30 กันยายน 2550 โดยวิเคราะห์ข้อมูลปีงบประมาณ 2547 เพื่อหาอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยใช้คำจำกัดความ การวินิจฉัย ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หมายถึง ภาวะแรกเกิดที่มีชีพ ที่มีค่า คะแนน Apgar ที่ 1 และ 5 นาทิน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 และจำแนกสาเหตุเป็น ปัจจัยจากการคลอด ปัจจัยภาวะเสี่ยงทางมารดา และปัจจัยทางทารก โดยการเก็บข้อมูลการคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด จากแบบฟอร์มบันทึกสาเหตุ birth asphyxia และทะเบียนประวัติของหญิงตั้งครรภ์ แล้วนำมาวางแผนแก้ไขปัญห และประเมินผลการแก้ไขปัญห โดยการเก็บข้อมูลติดตามไปข้างหน้า ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 - 30 กันยายน 2550

สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

ผลการศึกษา

ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นชาวต่างชาตร้อยละ 33.74 ในปี 2549 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.43 ในปี 2550 มีการ

ฝากครรภ์ช้า คือในไตรมาสแรกร้อยละ 32.92 และร้อยละ 35.87 ในปี 2549 และ 2550 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) หญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอด ประมาณร้อยละ 40 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ อีกประมาณเกือบร้อยละ 60 ฝากครรภ์ที่อื่นซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในจังหวัดเชียงใหม่ และมีส่วนที่ไม่ฝากครรภ์เลยประมาณร้อยละ 3-4 ของหญิงที่มาคลอด และประมาณร้อยละ 30 เป็นการส่งต่อมาจาก รพช. เมื่อมีปัญหาและมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (ตารางที่ 2)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในปีงบประมาณ 2547 พบว่า อัตราการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ 1 นาทีเท่ากับ 51.63 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และที่ 5 นาทีเท่ากับ 13.26 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง และจากข้อมูลพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดจากการคลอด คือ 27.84 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมี การคลอดที่ยาวนาน การได้รับยาระงับความเจ็บปวดระหว่างการเจ็บครรภ์ ของมารดา การเกิดภาวะ fetal distress ระหว่างเจ็บครรภ์ ภาวะมี thick meconium stained amniotic fluid และ cord complication ระหว่างการคลอด และสาเหตุรองลงมาเป็นสาเหตุปัจจัยจากตัวทารกเอง ซึ่งพบในอัตรา 12.32 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดของทารก และสุดท้ายสาเหตุจากปัจจัยทางมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบในอัตรา 11.84 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์และการตกเลือดก่อนคลอด (ตารางที่ 3)

การวางแผนการลดปัญหาตามสาเหตุ

การแก้ไขปัญหามาจากปัจจัยการคลอด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญได้ดำเนินการโดย

1. มีการทบทวนแนวทางในการดูแลการคลอด โดยเฉพาะการคลอดที่ยาวนานโดยเน้นการใช้ Partogram อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. เพิ่มการตรวจ fetal monitoring จากเดิมที่ตรวจ Non-Stress Test (NST) เมื่อแรกเริ่ม มีการตรวจ Contraction Stress Test (CST) เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase และ Continuous fetal monitoring ในระยะที่ 2 ของการคลอดทุกราย

3. ลดการใช้ยาระงับความเจ็บปวดของมารดา ขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยใช้การแนะนำและฝึกการหายใจของมารดาและการนวดประคบระงับการเจ็บปวด โดยมีการสอนและฝึกตั้งแต่ระยะการฝากครรภ์

การแก้ไขปัญหาปัจจัยทางด้านทารก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด

1. ทบทวนและปรับปรุงแนวทางในการดูแล การคลอดก่อนกำหนด

2. การให้สุขศึกษาในการป้องกันและวินิจฉัย การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะเริ่มแรก

3. การหาปัจจัยเสี่ยงและการดูแลแก้ไขใน ระยะฝากครรภ์

การแก้ไขปัญหาและปัจจัยทางด้านมารดา

1. การใช้หลัก high risk approach ในการ ดูแลฝากครรภ์

2. การให้สุขศึกษาให้ครอบครัวและสอดคล้อง กับปัญหาที่พบ

3. การมีส่วนร่วมของหญิงมีครรภ์และครอบครัว ในการดูแลตนเอง

การพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายการดูแลและการส่งต่อ

1. มีการอบรมฟื้นฟูบุคลากร ในห้องคลอดในการดูแลการคลอด การทำ fetal monitoring การ re-suscitation ทารกแรกคลอด

2. การอบรมให้ความรู้ด้านการฝากครรภ์แก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและรพช.ในเครือข่าย

3. อบรมให้ความรู้การดูแลการคลอด การใช้ fetal monitoring บุคลากรในห้องคลอดของรพช.ในเครือข่าย

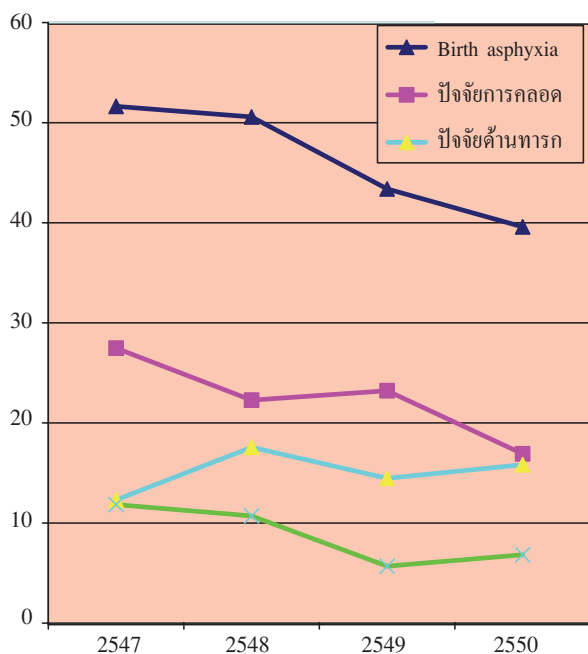
4. จัดระบบการปรึกษาและส่งต่อระหว่างรพ.กับ รพช.ในเครือข่ายในการดูแลฝากครรภ์และการคลอด

ผลการดำเนินงาน

โดยภาพรวมสามารถลดการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดจาก 51.63 ต่อ 1,000 คน ในปี 2547 จนเหลือ 39.59 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ในปี 2550 ระบุที่ปัจจัยจากการคลอดสามารถลดลงได้จาก 27.48 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2547 ลงเหลือ 16.92 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2550 ปัจจัยทางมารดา

ตารางที่ 1 ข้อมูลการการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ปีงบประมาณ 2549- 2550

ข้อมูล	ปี 2549		ปี 2550	
	จำนวน	อัตราร้อยละ	จำนวน	อัตราร้อยละ
ไทย	960	66.25	1,017	63.56
ต่างชาติ	489	33.74	583	36.43
รวม	1,449		1,600	
การฝากครรภ์				
รายใหม่อายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์	477	32.92	574	35.87
รายใหม่อายุครรภ์ต่ำกว่า 16 สัปดาห์	915	63.14	928	58.00
รวม	1,392		1,502	



รูปที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (BIRTH ASPHYXIA) จำแนกตามปัจจัย และสาเหตุที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2547- 2550

ลดลงจาก 11.84 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2547 ลงเหลือ 6.83 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2550 ส่วนปัจจัยทางด้านทารกไม่สามารถลดลงได้และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ จาก 12.32 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2547 เป็น 15.83 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ปี 2550 (ตารางที่ 2 และรูปที่ 1)

โดยมีรายละเอียดในสาเหตุย่อยในแต่ละปัจจัย กล่าวคือมีอุบัติเหตุ การขาดออกซิเจน และปัจจัยด้านน้ำคร่ำ ระยะเวลาคลอดที่ยาวนาน (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยเด่น ถึง 8.63 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี 2550 (ตารางที่ 4) โดยความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญด้านมารดา 3.95 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ (ตารางที่ 5)

ส่วนการตายปริกำเนิดลดลงจากอัตรา 15.44 ต่อการคลอด 1,000 คน ในปี 2547 เหลือ 6.8 ต่อการคลอด 1,000 คน ในปี 2550 และอัตราการผ่าตัดคลอดทาง

ตารางที่ 2 แหล่งฝากครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการการคลอด และภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2547 - 2550

	ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งฝากครรภ์								
โรงพยาบาลนครพิงค์	839	39.80	973	41.88	882	38.63	1,054	38.02
ที่อื่น ๆ	1,175	55.74	1,277	54.97	1,334	58.43	1,627	58.69
ไม่ได้ฝากครรภ์	94	4.45	73	3.14	67	2.93	88	3.17
ส่งต่อจาก รพ.อื่น	786	37.28	617	26.56	607	26.58	659	23.77
อัตรา birth asphyxia ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน								
ที่ 1 นาที	109	51.63	118	50.58	99	43.38	110	39.59
ที่ 5 นาที	28	13.26	15	6.43	28	12.27	30	10.79
ปัจจัยสาเหตุ								
มารดา	58	27.48	52	22.28	53	23.22	47	16.92
การคลอด	25	11.84	25	10.71	13	5.69	19	6.83
ตัวเด็ก	26	12.32	41	17.57	33	14.46	44	15.83

ปัจจัย สาเหตุและแนวทางในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2548-2550

ตารางที่ 3 ข้อมูลรายละเอียดสาเหตุจากปัจจัยการคลอด ของอุบัติการณ์ภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2547- 2550

	ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อุบัติการณ์ภาวะการขาดออกซิเจน	58	27.48	52	22.29	53	23.23	47	16.92
ของการคลอดต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน								
ปัจจัยการคลอด								
Prolonged labor	13	6.16	11	4.71	9	3.94	10	3.59
Sedative drug	14	6.63	9	3.86	8	3.51	3	1.07
Thick meconium	12	5.68	11	4.71	18	7.89	11	3.95
Fetal distress	9	4.26	10	4.29	6	2.63	10	3.59
Cord accident	6	2.84	4	1.71	7	3.07	6	2.15
V/E	1	0.47	1	0.43	2	0.88	3	1.07
F/E	0	0	0	0	0	0	0	0
Breech	1	0.47	1	0.43	2	0.88	1	0.35
C/S	0	0	3	1.29	0	0	3	1.07
Shoulder dystosia	2	0.95	1	0.43	1	0.44	1	0.35

*อัตรา Birth asphyxia ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

ตารางที่ 4 ข้อมูลรายละเอียดสาเหตุจากปัจจัยด้านทารก ของอุบัติการณ์ภาวะ การขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2547- 2550

	ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
สาเหตุปัจจัยด้านทารก	26	12.32	41	17.57	33	14.46	44	15.83
Preterm baby	23	10.90	34	14.57	30	13.15	24	8.63
SGA หรือ IUGR	1	0.47	1	0.43	1	0.44	8	2.87
Fetal Malformation	2	0.95	4	1.71	2	0.88	7	2.51
ไม่ทราบสาเหตุ	0	0	2	0.86	0	0	5	1.79

*อัตราต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ

หน้าท้องไม่มีการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลนครพิงค์ สามารถลดลงได้จากอัตรา 51.63 ต่อ

พันการเกิดมีชีพในปี 2547 เป็น 39.59 ต่อพันการเกิดมีชีพ ในปี 2550 เป็นการลดทางด้านปัจจัยการคลอดเป็นส่วนใหญ่ โดยที่สามารถลดสาเหตุจากการคลอดที่ยาวนานโดยการทบทวนการใช้ Partogram และ แนวทางการดูแลการคลอด ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับโรง-

ตารางที่ 5 ข้อมูลรายละเอียดสาเหตุจากปัจจัยด้านมารดา ของอัตราอุบัติการณ์ภาวะ การขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2547- 2550

	ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ปัจจัยสาเหตุทางด้านมารดา	25	11.84	25	10.72	13	5.70	19	6.83
Hypertensive Disorder in Preg.	11	5.21	15	6.43	7	3.07	11	3.95
Ante Partum Hemorrhage	11	5.21	7	3.00	3	1.31	6	2.15
Posterm	2	0.95	0	0	2	0.88	0	0
Infection	1	0.47	2	0.86	0	0	2	0.71

*อัตราต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต

ตารางที่ 6 ข้อมูลอัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจน อัตราการตาย ปรีกำเนิด และอัตราการผ่าตัดคลอด ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2547- 2550

ข้อมูล	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550
Birth asphyxia*	51.63	50.57	43.38	39.59
Perinatal death**	15.44	14.48	17.74	6.80
C /S (%)	31.32	31.34	30.46	31.80

หน่วย = *อัตราต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต

**อัตราต่อ 1,000 การคลอด

พยาบาลลำพูน ที่ใช้ Partogram ในการเฝ้าคลอดแล้ว สามารถลดการคลอดที่ยาวนานที่จากร้อยละ 42.9 เป็นร้อยละ 23.7⁽⁴⁾ และโรงพยาบาลพุทธชินราชก็สามารถลดอัตราการคลอดที่ยาวนานที่เป็นสาเหตุ birth asphyxia จากร้อยละ 4.7 เป็น ร้อยละ 3.2 อัตราเทียบจากสาเหตุการขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดทั้งหมด คลอดหรือการเกิดมีชีวิต⁽⁵⁾ เมื่อใช้ Partogram ในการดูแลการคลอด ดังนั้นการเฝ้าคลอดโดยใช้ Partogram อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาหนี้

การหลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับความเจ็บปวดสามารถลดการเกิด birth asphyxia จากอัตรา 6.63 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิตในปี 2547 เป็น 1.07 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิตในปี 2550

การใช้ fetal monitoring โดยการเพิ่มจากการทำ Contraction Stress Test(CST) ในระยะ active phase และ continuous fetal monitoring ในระยะที่สองของการคลอดเพิ่มเติมจากการ NST เมื่อแรกรับทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะ fetal distress ได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งการใช้ Intrapartum cardiotocographs (CTGS) และพบความผิดปกติจะสัมพันธ์กับภาวะ birth asphyxia ร้อยละ 87⁽⁶⁾ ด้านปัจจัยทางด้านมารดาสาเหตุที่สำคัญเป็นเรื่อง ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ และการตกเลือดก่อนคลอด ซึ่งแก้ไขโดยการใช่วิธี high risk approach ในระยะฝากครรภ์ และการดูแลในห้องคลอด ซึ่งมีแนวโน้มลดลง

ปัจจัยทางด้านทารกที่ยังไม่สามารถลดได้และมี

แนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จากสาเหตุการคลอดก่อนกำหนด และภาวะ Small for Gestational Age (SGA) และ Intra Uterine Growth Retardation (IUGR) ที่เริ่มสูงขึ้นในปี 2550 การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และโรงพยาบาลนครพิงค์ต้องรับการส่งต่อการคลอดและในการดูแลเด็กคลอดก่อนกำหนด ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากการคลอดก่อนกำหนดควรเริ่มตั้งแต่การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีระบบส่งต่อที่ถูกต้องและเหมาะสมการดูแลการคลอด และการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในภายหลัง ซึ่งทางโรงพยาบาลนครพิงค์ก็ได้จัดอบรมฟื้นฟูแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกปี การที่เจ้าหน้าที่มีความชำนาญและมั่นใจในด้านการช่วยฟื้นคืนชีพและมีความพร้อมของทีมงานจะสามารถช่วยลดปัญหาการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด⁽⁷⁻¹⁰⁾

ผลของการลด birth asphyxia ทำให้ อัตราการตายปริกำเนิดลดลงด้วยจาก 15.44 ต่อ 1,000 การคลอด ในปี 2547 ลดลงเหลือ 6.8 ต่อ 1,000 การคลอด ในปี 2550 และอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็ไม่เพิ่มขึ้นคือ ร้อยละ 31.32 ในปี 2547 และร้อยละ 31.80 ในปี 2550

ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ต้องรับการส่งต่อการคลอดจากโรงพยาบาลอื่น การมีระบบการส่งต่อที่ดี จะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะมีผลต่อการแก้ไขภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดรวมทั้งการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลในเครือข่ายไปพร้อมกับบุคลากรในโรงพยาบาลตนเองด้วย และสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือความตระหนักและใส่ใจในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมในการดูแลของสามี ครอบครัว และชุมชน

สรุป

การลดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลนครพิงค์ สามารถลดลงมาได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

ที่ควรจะต้องต่ำกว่า 30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคควรได้มีการแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง และหาแนวทางอื่นเพิ่มเติม ซึ่งจะสอดคล้องกับโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ของกรมอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณ นายแพทย์ ชัชวาลย์ ศิรินิรันดร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ นายแพทย์ พิศุทธิ์ ลีลาณิตย์กุล หัวหน้ากลุ่มงาน สูติ-นรีเวชกรรม ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลกลุ่มงานสูติกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สาธิต โหตระกิตย์. ภาวะฉุกเฉินในทารกแรกเกิด (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิด). ใน: สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, เฉลิมศรี ตปนีโอพาร์, บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินทางกุมารเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เจริญชัย; 2537. หน้า 1-5.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. เอกสารประกอบการประชุมที่ประเมินโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว รุ่นที่ 2 เรื่องมาตรฐาน โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว; 4-5 มีนาคม 2551; ณ โรงแรมไดมอนด์ พลาซ่า. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ; กรมอนามัย; 2551.
3. ประพุทธ ศิริบุญย์. Perspective in neonatal care in Thailand. ใน: ธราธิป โคละทัต, สุนทร อ้อเผ่าพันธ์, บรรณาธิการ. Neonatology for pediatrician. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.สีกิ่ง; 2542. หน้า 1-13.
4. สุทธิ คุณประดิษฐ์. สาเหตุและแนวทางในการแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ปี 2540-2542. Thailand journal of health promotion and environmental health 2000; 23:56-69.
5. มยุรี บัดตพงศ์. การใช้ WHO Partograph และแบบแผนการดูแลรักษาเพื่อศึกษาผลกระทบในการคลอดของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร 2540; 14:202-9.
6. Murphy KW, Johnson P, Moorcraft J, Pattinson R, Russel V, Turnbull A. Birth asphyxia and intrapartum cardiotocograph. Br J Obstet Gynecol 1990; 97:470-9.
7. De L. Castello AM, Manandhar DS, Perinatal asphyxia in less developing countries. Arch Dis Child 1994; 71:F1-3.

8. ชราธิป โคละทัต. Neonatal resuscitation. ใน: วิทยา ดิฐาพันธ์, ชราธิป โคละทัต, จิระศักดิ์ มนัสสากร, บรรณาธิการ. Birth asphyxia & neonatal resuscitation. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2537. หน้า 57-61.
9. สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. Neonatal resuscitation: an update. ใน: สุวารี สุวรรณจวบะ, พงศ์ศักดิ์ ใ้วสถิตย์, พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, อรุณวรรณ พฤทธิพันธ์, บรรณาธิการ. กุมารเวชปฏิบัติก้าวหน้า 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 130-1.
10. ชราธิป โคละทัต. การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิรายุทธ์, ประอร เชาวลิขำรง, พิกพ เจริญบุญโณ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 215-27.

Abstract The Causes, Factors and Guidelines for Preventing Birth Asphyxia in Nakornping Hospital, Chiang Mai 2005-2007

Aram Limtrakul

Department of Obstetric and Gynecology, Nakornping Hospital, Chiang Mai

Journal of Health Science 2008; 17:303-10.

The objective of this prospective study was to identify the causes of birth asphyxia in Nakornping Hospital, Chiang Mai in 3 phases of planning, implementation, evaluation and continuous improvement. A situation analysis of birth asphyxia was done by collecting birth asphyxia data during October 1, 2004 - September 30, 2005. Then the protocols were planned and implemented to solve the problems during October 1 2005- September 30 2007 for all pregnant women. The prevalence of birth asphyxia in the fiscal year 1993 was 51.13 per 1,000 livebirths. The major cause of birth asphyxia was delivery factor (prolonged labor and sedation). Premature labor was the main cause of fetal factors. The hypertensive disorder during pregnancy (HDP) and antepartum heamorrhage (APH) were the main causes of maternal factors. Using partogram, fetal monitoring, avoiding using drug sedation during labor, effective training of health personel and developing effective referring system were the important factors to effectively reduce of birth asphyxia rate to 50.58 43.38 and 39.59 per 1,000 live births in the year 2005, 2006 and 2007 respectively.

Key words: birth asphyxia, causes and factors, prevention of birth asphyxia