

อัตราการตายของมารดาและทารกใน 10 ปีแรก ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ชำนาญ แท่นประเสริฐกุล พบ.* ปรีชา วาณิชยเศรษฐกุล พบ.*

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้เปิดให้บริการตรวจรักษาแก่ประชาชนตั้งแต่วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาผู้มารับบริการมากขึ้นทุกแผนก ในแผนกสูติรีเวชกรรม ก็เช่นกัน โดยในระยะเวลาสิบปีแรกมีผู้มารับการบริการฝากครรภ์เพิ่มมากขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 11.11 ของทุกปี มีผู้มาคลอดจำนวนทั้งสิ้น 14,729 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้คลอดที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ใดๆ เลย ร้อยละ 10.41 โดยมีอัตราการตายของมารดา (Maternal mortality rate) เท่ากับ 47.48 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะ Eclampsia มีจำนวนทารกแรกคลอดทั้งสิ้น 14,837 คน โดยมีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมและน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 0.76 และ 9.04 ตามลำดับ สาเหตุการตายของทารกแรกคลอดมาจาก prematurity เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 54.17 และพบว่าอัตราการตายของทารกแรกคลอดจะลดลงอย่างมาก เมื่อน้ำหนักทารกแรกคลอดมากกว่า 2,000 กรัม มีอัตราการตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) เฉลี่ยตลอดสิบปี เท่ากับ 13.68 ต่อ 1,000 การเกิดรวม โดยพบว่าอัตราการตายปริกำเนิดได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา

คำสำคัญ: อัตราการตายของมารดา อัตราการตายปริกำเนิด

* สาขาวิชาสูติรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อัตราการตายของมารดาและทารกใน 10 ปีแรกของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้เริ่มเปิดให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2530 เพื่อเป็นการเฉลิมฉลองในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชมีพระชนมพรรษาครบ 5 รอบ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีผู้มารับบริการมากขึ้นในทุกๆ แผนก ปัจจุบันสามารถรองรับผู้ป่วยในได้ประมาณ 500 เตียง และมีการให้บริการบริการครบทุกแผนก พร้อมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลักครบทุกสาขาวิชา

ในวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2532 ได้มีการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ ธรรมศาสตร์อย่างเป็นทางการ และได้เริ่มเปิดให้มีการเรียนการสอนในชั้นคลินิกให้นักศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ภายในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา

สำหรับแผนกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ หรือสาขาวิชาสูตินรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ได้เริ่มให้บริการให้แก่ผู้ป่วยทางด้านสูตินรีเวชกรรมมาตั้งแต่เริ่มเปิดโรงพยาบาล โดยตลอดเวลาที่ผ่านมามีผู้มารับบริการมากขึ้นในทุกๆ ปีเช่นกัน ดังนั้นการเก็บและรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการทั้งทางด้านผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตลอดจนถึงในส่วนของผู้คลอดและทารกแรกคลอดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อเป็นสถิติและข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการบริหารเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการต่อไป ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาอัตราและสาเหตุการตายของมารดาในระยะ 10 ปีแรกของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาอัตราและสาเหตุการตายปริกำเนิดของทารกรวมทั้งแนวโน้มในระยะ 10 ปีแรกของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
2. เพื่อศึกษาอัตราและสาเหตุการตายคลอดของทารกรวมทั้งแนวโน้มในระยะ 10 ปีแรกของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
3. เพื่อศึกษาอัตราและสาเหตุการตายของทารกแรกคลอดในสัปดาห์แรกรวมทั้งแนวโน้มในระยะ 10 ปีแรกของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในทางสถิติ นรีเวชของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อใช้ในการอ้างอิงและศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาในระดับต่อไป

ชนิดของการทำศึกษาวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีการศึกษาวิจัย

ได้ทำการรวบรวมข้อมูลของผู้คลอด ทารกแรกคลอด จำนวนผู้มาฝากครรภ์ และผู้ป่วยนรีเวช รวมถึงผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวที่แผนกผู้ป่วยนอก จากรายงานสถิติประจำเดือนของแผนกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ตั้งแต่วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2530 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2541 แล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การตายของมารดา (Maternal death, mortality) คือ การตายของมารดาขณะที่ตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงถึงตำแหน่งหรือระยะเวลาของการตั้งครรภ์ และมีสาเหตุการตายจากโรคหรือภาวะที่สัมพันธ์หรือกำเริบขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์รวมทั้งสาเหตุที่เกิดจากการรักษา ซึ่งไม่รวมถึงสาเหตุจากอุบัติเหตุหรือสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การคำนวณอัตราการตาย (Maternal mortality rate) ใช้จำนวนการตายของมารดาต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพ¹

การตายปริกำเนิด (Perinatal mortality) คือ ผลรวมการตายคลอดทารกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป และการตายของทารกแรกคลอดภายใน 7 วันแรก การคำนวณอัตราการตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) ใช้จำนวนการตายปริกำเนิด ต่อ 1,000 ของการเกิดรวม¹

การตายของทารกแรกคลอดระยะแรก (Early neonatal death) คือ การตายของทารกแรกคลอดภายใน 7 วันแรกภายหลังคลอด การคำนวณอัตรา

การตาย (Early neonatal mortality rate) ใช้จำนวนการตายต่อ 1,000 ของการเกิดมีชีพ¹

การตายคลอด (Stillbirth) คือ การตายของทารกในครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป การคำนวณอัตราการตายคลอด (Stillbirth rate) ใช้จำนวนการตายคลอดต่อ 1,000 ของการเกิดรวม¹

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอข้อมูลที่น่าสนใจในการให้บริการที่แผนกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ดังต่อไปนี้

ตั้งแต่วันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2530 จนกระทั่งวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2541 รวมระยะเวลาประมาณ 10 ปี มีจำนวนผู้ป่วยนรีเวชและผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวที่แผนกผู้ป่วยนอกรวมทั้งหมด 35,250 ราย ผู้มารับการบริการฝากครรภ์ 97,146 ราย จำนวนผู้คลอด 14,729 คน และมีจำนวนทารกแรกคลอดทั้งสิ้น 14,837 คน ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้มารับการบริการที่แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์

ปี	จำนวนผู้ป่วยนรีเวช และผู้มารับบริการ วางแผนครอบครัว ที่แผนกผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้มารับ การบริการ ฝากครรภ์	จำนวนผู้คลอด	จำนวนทารก แรกคลอด
พ.ศ. 2531	1,518	3,042	496	496
พ.ศ. 2532	3,210	6,670	859	865
พ.ศ. 2533	2,935	7,172	1,039	1,049
พ.ศ. 2534	3,228	8,313	1,224	1,233
พ.ศ. 2535	3,351	8,795	1,465	1,480
พ.ศ. 2536	3,171	9,150	1,606	1,619
พ.ศ. 2537	3,366	10,233	1,688	1,701
พ.ศ. 2538	3,979	12,637	1,974	1,982
พ.ศ. 2539	4,837	15,154	2,058	2,069
พ.ศ. 2540	5,655	15,980	2,320	2,343
รวม	35,250	97,146	14,729	14,837

หมายเหตุ : ข้อมูลในปี พ.ศ. 2531 นับเริ่มจากวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2530

จากจำนวนผู้ที่มาคลอดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติทั้งสิ้น 14,729 คน สามารถจำแนกตามจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้คลอดจำแนกตามจำนวนครั้งของการฝากครรภ์

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	7,977	54.52
ฝากครรภ์จากที่อื่นๆ	3,429	23.43
ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ 1-3 ครั้ง	1,704	11.64
ไม่ได้รับการฝากครรภ์	1,524	10.41
รวม	14,634	100.00

หมายเหตุ : ข้อมูลในปี พ.ศ. 2530 - 2531 ไม่สามารถรวบรวมได้ 95 ราย

และเมื่อจำแนกผู้คลอดทั้งหมดตามวิธีการคลอดสามารถแสดงดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้คลอดจำแนกตามวิธีการคลอด

วิธีการคลอด	จำนวน	ร้อยละ
1. Normal delivery	10,172	69.06
2. Cesarean section	2,235	15.17
3. Forceps extraction	1,191	8.09
4. Vacuum extraction	894	6.07
5. Breech delivery	170	1.15
6. Twins delivery	67	0.46
รวม	14,729	100.00

ตลอดระยะเวลาสิบปีแรกพบมีการตายของผู้คลอดทั้งหมด 7 ราย ซึ่งเมื่อกำนวณเป็นอัตราตายของมารดา (Maternal mortality rate)¹ ได้เท่ากับ 47.48 คนต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิต โดยมีสาเหตุการตายดังนี้

1. Eclampsia 4 ราย เป็นการชักก่อนมาถึงโรงพยาบาล 3 ราย ส่วนอีก 1 รายเกิดการชักภายหลังการคลอดเมื่อผู้คลอดได้กลับบ้านแล้ว

2. Placenta previa 1 ราย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรซึ่งพบว่ามีภาวะ Placenta accreta ร่วมด้วย มีการเสียเลือดมากและอยู่ในสภาวะ prolonged shock แพทย์ได้ทำการตัดมดลูก (Hysterectomy) แต่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตหลังการผ่าตัด

3. Abruptio placentae 1 ราย โดยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์ ได้รับการผ่าตัดคลอด หลังการผ่าตัดเกิดภาวะไตวายและ Disseminated intravascular coagulopathy จนเสียชีวิตในที่สุด

4. Postoperative cardiac arrest 1 ราย ผู้คลอดเกิดภาวะ respiratory failure และ cardiac arrest ทันที หลังการผ่าตัดคลอด ซึ่งไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

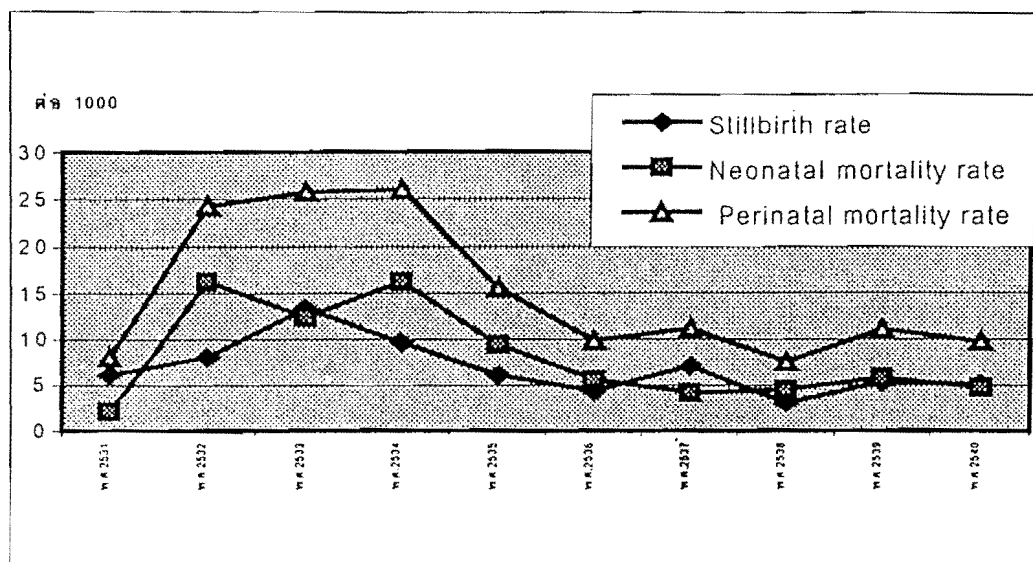
สำหรับข้อมูลของทารกพบว่ามีทารกคลอดทั้งหมด 14,837 คน แบ่งเป็นทารกเพศชาย 7,629 คน หรือร้อยละ 51.36 และทารกเพศหญิง 7,217 คน หรือร้อยละ 48.64 ซึ่งในกลุ่มนี้ได้นับรวมทารกที่ไม่สามารถกำหนดเพศได้ชัดเจนด้วย 4 คน และยังพบว่าทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด (Congenital anomalies) ทั้งหมด 77 คนหรือร้อยละ 0.52 โดยมีอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate)¹ ตลอดระยะเวลาสิบปีประมาณ 13.68 ต่อ 1,000 การเกิดรวม

รายละเอียดและแนวโน้มของอัตราการตายของทารกในระยะสิบปีแรก สามารถแสดงดังตารางที่ 4 และแผนภูมิที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 4 อัตราการตายของทารกใน 10 ปีแรก

ปี พ.ศ.	Stillbirth rate	Early neonatal mortality rate	Perinatal mortality rate
2531	6.05	2.02	8.06
2532	8.09	16.18	24.28
2533	13.35	12.39	25.74
2534	9.73	16.22	25.95
2535	6.08	9.46	15.54
2536	4.32	5.56	9.88
2537	7.05	4.12	11.17
2538	3.03	4.54	7.57
2539	5.32	5.80	11.12
2540	5.12	4.69	9.82
รวม	6.27	7.41	13.68

แผนภูมิ 1 แนวโน้มอัตราการตายของทารกในระยะสิบปีแรก



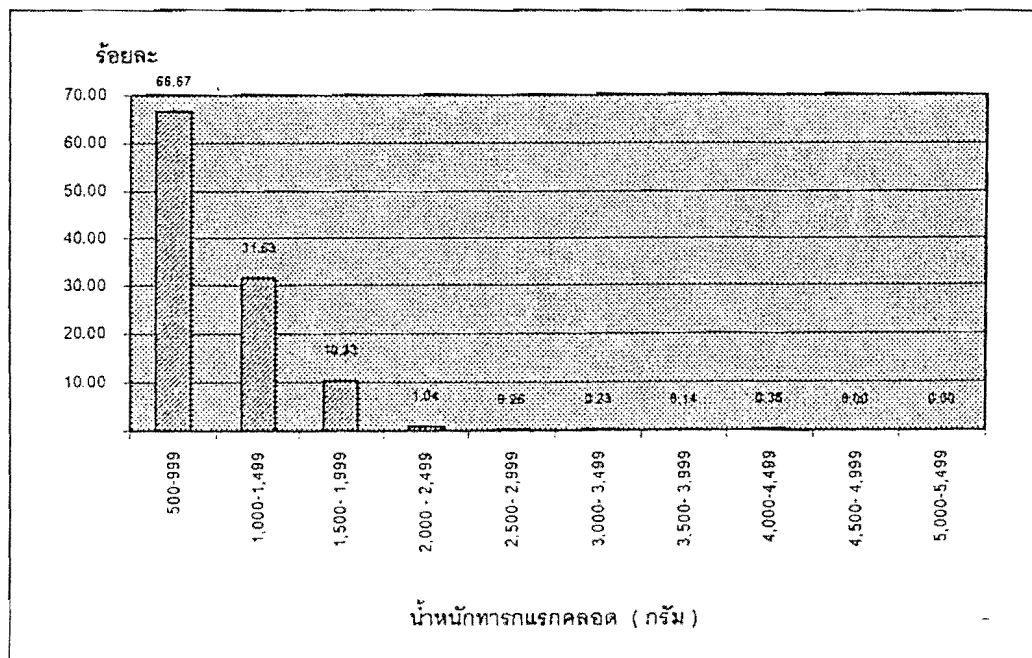
และเมื่อจำแนกจำนวนทารกตามน้ำหนักแรกคลอดจะได้ดังรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 ร้อยละของทารกแรกคลอดจำแนกตามน้ำหนักแรกคลอด

น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละรวม
500 - 999	15	0.10	0.10
1,000 - 1,499	98	0.66	0.76
1,500 - 1,999	271	1.83	2.59
2,000 - 2,499	957	6.45	9.04
2,500 - 2,999	4,576	30.84	39.88
3,000 - 3,499	6,417	43.25	83.13
3,500 - 3,999	2,190	14.76	97.89
4,000 - 4,499	279	1.88	99.77
4,500 - 4,999	31	0.21	99.98
5,000 - 5,499	3	0.02	100.00
รวม	14,837	100.00	100.00

เมื่อคำนวณอัตราการตายของทารกแรกคลอดในระยะ 7 วันแรกเป็นร้อยละของจำนวนทารกแรกคลอดที่มีชีวิต โดยน้ำหนักแรกคลอดเป็นเกณฑ์ (Weight specific for early neonatal mortality) พบว่ามีรายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 อัตราตายของทารกแรกคลอดใน 7 วันแรกหลังคลอด เป็นร้อยละจำแนกตามน้ำหนักแรกคลอด



สำหรับสาเหตุของการตายของทารกแรกคลอดในระยะ 7 วันแรกและทารกตายคลอดมีรายละเอียดดังตารางที่ 6 และตารางที่ 7 ดังนี้

ตารางที่ 6 สาเหตุการตายของทารกระยะแรกคลอด (Early neonatal death)

สาเหตุการตายของทารกแรกคลอด	จำนวน	ร้อยละ
1. Prematurity	78	54.17
2. Congenital anomalies	24	16.67
3. Early neonatal sepsis	13	9.03
4. Birth asphyxia	8	5.56
5. Pneumothorax	6	4.16
6. อื่นๆ	15	10.41
รวม	144	100.00

ตารางที่ 7 สาเหตุของการตายคลอด (Stillbirth)

สาเหตุของการตายคลอด	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน	51	53.68
2. Congenital anomalies	16	16.84
3. Birth asphyxia	10	10.53
4. Prolapsed cord	4	4.21
5. Abruptio placentae	4	4.21
6. อื่นๆ	10	10.53
รวม	95	100.00

บทวิจารณ์

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ชัดเจนว่า ในระยะสิบปีแรกที่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้เปิดให้บริการแก่ประชาชน มีผู้มารับบริการในแผนกสูติรีเวชกรรมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยในส่วนของบริการฝากครรภ์มีผู้มารับการบริการเพิ่มมากขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 11.11 ของทุกปี โดยมีผู้มาคลอดจำนวนทั้งสิ้น 14,729 คน พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ผู้ที่มาคลอดร้อยละ 66.16 หรือประมาณ 2 ใน 3 ได้รับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์มาก่อน โดยมีผู้มาคลอดโดยที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์เลยอยู่ ร้อยละ 10.41 สำหรับผู้คลอดในกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์นี้ถือเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารกได้มาก เช่นพบว่าน้ำหนักทารกแรกคลอดจะน้อยกว่าในรายที่ได้รับการฝากครรภ์เกิน 4 ครั้ง²⁻³ ภาวะความดันโลหิตสูงในช่วงตั้งครรภ์เช่น Eclampsia พบได้บ่อยขึ้น⁴ ซึ่งพบว่าอาจมีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการไม่มาฝากครรภ์ เช่น อายุของมารดา การศึกษา เศรษฐฐานะ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์⁵

อัตราการตายของมารดา (Maternal mortality rate) ในประเทศไทยมีอัตราโดยประมาณ 50 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีวิต⁶ โดยมีสาเหตุหลัก 3 ประการคือ การตกเลือด การติดเชื้อและภาวะครรภ์เป็นพิษ^{7,8} ซึ่งในระยะสามทศวรรษที่ผ่านมาได้มีอัตราการลดลงอย่างมาก⁷ ในส่วนของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ตลอดระยะเวลาสิบปีพบมีการเสียชีวิตของผู้คลอดทั้งสิ้น 7 ราย เมื่อคิดเป็นอัตราการตายของมารดา (Maternal mortality rate) เท่ากับ 47.48 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีวิต ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราการตายของมารดาเฉลี่ยในประเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ที่กำหนดไว้ว่าอัตราการตายของมารดาไม่ควรเกินกว่า 20 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีวิต⁹ ก็ยังนับว่าสูงกว่าเกือบ 2.5 เท่า สำหรับสาเหตุการตายกว่าครึ่ง (4 ใน 7 ราย) เกิดจากภาวะ Eclampsia ซึ่งต่างจากรายงานในประเทศที่พบว่า การตกเลือดเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุด^{7,8} อาจจะเป็นจากความแตกต่างทางด้านประชากรหรือความพร้อมในการให้การดูแลรักษา ซึ่งน่าที่จะได้มีการศึกษาต่อไป ทั้ง 4 รายที่เกิดการชักพบว่าเกิดใน

ขณะที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลจึงเป็นการยากต่อการแก้ไขและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ อย่างไรก็ตามภาวะ Eclampsia นี้มักจะมีปัจจัยเสี่ยงเช่นครรภ์แรก อายุน้อยหรือ มีโรคเรื้อรังเช่นความดันโลหิตสูง โรคไต¹⁰⁻¹¹ แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มียวิธีที่ป้องกันและทำนวยภาวะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹² แต่การฝากครรภ์แต่เนิ่นๆ และสม่ำเสมอ การเฝ้าระวังความดันโลหิตและอาการที่ผิดปกติเพื่อที่จะนำมาสู่การวินิจฉัยภาวะนี้ตั้งแต่เริ่มเกิดหรือเป็นใหม่ๆ อาจสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายลงได้เป็นที่น่าสังเกตอย่างยิ่งว่าในการเสียชีวิตผู้คลอดในรายที่ 7 ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน มีอาการคล้ายภาวะน้ำคร่ำอุดตัน (Amniotic fluid embolism)¹³ ซึ่งเป็นสาเหตุตายสาเหตุหนึ่งที่พบได้บ่อยที่สุดในประเทศที่พัฒนาแล้ว¹³⁻¹⁵ แต่เนื่องจากไม่ได้ผ่าศพพิสูจน์ จึงไม่สามารถบอกสาเหตุได้แน่ชัด

ในด้านของทารกแรกคลอด พบว่ามีทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยมาก (Very low birth weight) ร้อยละ 0.76 และมีทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย (Low birth weight) อยู่ร้อยละ 9.04 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่กำหนดไว้ว่าควรมีทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย (Low birth weight) ไม่เกินร้อยละ 7⁹ อยู่เล็กน้อย โดยพบว่าทารกกลุ่มนี้มักจะเป็นกลุ่มที่มีการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอวัยวะต่างๆ ยังทำงานได้ไม่เต็มที่ซึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้โดยเฉพาะระบบหายใจคือ respiratory distress syndrome ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารกในกลุ่มนี้^{16,17} โดยอัตราการตายจะลดลงตามน้ำหนักหรืออายุครรภ์ที่มากขึ้น¹⁷⁻¹⁹ ในส่วนของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ก็มีลักษณะดังกล่าว โดยพบว่าสาเหตุการตายของทารกแรกคลอดใน 7 วันแรกเกิดจาก Prematurity ถึงร้อยละ 54.17 และพบว่าในกลุ่มที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,000 กรัม อัตราตายจะลดลงอย่างมากจนมีโอกาสรอดของทารกเกือบทั้งหมดถึงร้อยละ 98.96 ถึงร้อยละ 100 ดังที่ได้

แสดงในแผนภูมิที่ 2

อัตราการตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) เป็นดัชนีชี้วัดอีกตัวหนึ่งที่จะบ่งถึงคุณภาพของการให้บริการตั้งแต่การให้บริการฝากครรภ์ไปจนถึงการดูแลมารดาและทารกในขณะคลอดและหลังคลอด อัตราการตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate) เฉลี่ยตลอดสิบปี เท่ากับ 13.68 ต่อ 1,000 การเกิดรวม ซึ่งยังคงสูงเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่กำหนดไว้ว่า อัตราตายปริกำเนิดไม่ควรเกิน 10 ต่อ 1,000 การเกิด⁹ จากแผนภูมิที่ 1 จะเห็นว่าอัตราการตายปริกำเนิดที่สูงมากในระยะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึง พ.ศ. 2534 ซึ่งอาจเกิดจากการที่ยังมีความจำกัดทั้งทางด้านบุคลากรและอุปกรณ์รวมทั้งเครื่องมือต่างๆ แต่อัตราการตายปริกำเนิดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2535 จนเหลืออัตราการตายปริกำเนิดเพียง 9.82 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งน่าจะแสดงถึงการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดีขึ้นอย่างมากในช่วงที่ผ่านมา โดยอาจมีปัจจัยหลักจากการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2532 และเริ่มมีนักศึกษาเข้าเรียนในชั้นคลินิกภายในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ทำให้เกิดมีการควบคุมคุณภาพ มีการเพิ่มจำนวนของแพทย์และบุคลากรฝ่ายต่างๆ รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพอย่างมากในการให้บริการ

สำหรับสาเหตุของทารกตายคลอด (Still-birth) ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.68 ไม่ทราบสาเหตุ รองมาได้แก่ทารกที่มีความพิการมาแต่กำเนิด (Congenital anomalies) ร้อยละ 16.84 และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด (Birth asphyxia) ร้อยละ 10.53 ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการตายของทารกที่เกิดในระหว่างการคลอด (Intrapartum death) อันเป็นส่วนที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการมีมาตรการและแนวทางปฏิบัติในห้องคลอดเพื่อการวินิจฉัยภาวะนี้และให้การดูแลรักษาอย่างทันที่ทั้งที่ต่อไป

โดยสรุปตลอดระยะเวลาสิบปีที่โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้เปิดให้บริการ ได้ มีผู้มารับการบริการในแผนกสูติ-นรีเวชกรรมทั้งในส่วน ของแผนกผู้ป่วยนอก การฝากครรภ์ และการคลอด มากขึ้นทุก ๆ ปี โดยมีอัตราการตายของมารดาตลอด สิบปีเท่ากับ 47.48 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีวิต อัตราการตายปริกำเนิดเฉลี่ยตลอดสิบปีเท่ากับ 13.68 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต ซึ่งยังเป็นอัตราที่สูงเมื่อ เปรียบเทียบกับเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 แต่ได้มีแนวโน้มลดลง อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ซึ่งแสดงถึงการ พัฒนาคุณภาพการบริการที่ดีขึ้นอย่างมากในช่วงที่ ผ่านมา ข้อมูลเหล่านี้แม้จะเพียงข้อมูลพื้นฐานแต่ก็ เป็นข้อมูลที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นข้อมูลเฉพาะ ซึ่งในแต่ละกลุ่มประชากรและสภาพแวดล้อมย่อมจะ มีความแตกต่างกันไป จึงสามารถนำไปใช้ในการ วิเคราะห์และการศึกษาวิจัยในลำดับต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณกาญจนา สมบัติศิรินันท์ คุณจิราภรณ์ อัสนิจารึกจิต พยาบาลประจำหน่วย ผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวช เจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วย นอกสูติ-นรีเวชและเจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกท่าน ที่มี ส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC 3d, Hankins GDV, et al. Williams obstetrics. 20th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1997 : 1-11.
2. Jirojwong S, Skolnik M. Types of antenatal care and other related factors associated with low birth weight in Southern Thai-land. Asia Pac J Public Health 1990; 4:132-41.
3. รุ่งโรจน์ พิมพ์ใจพงษ์, จินนาภา ทิปสว่าง, จุฑารัตน์ ไกรศรีวรรณ. Birth weight of newborn infant : relation to maternal age, occupation, education and antenatal care. วารสารกรมการแพทย์ 1988;13:489-95.
4. Taner CE, Hakverdi AU, Aban M, Erden AC, Ozelbaykal. Prevalence, management and outcome in eclampsia . Int J Gynecol Obstet 1998;62:1-9.
5. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Panamonta M, Pothinam S. Factors associated with failure to receive antenatal care. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1991;31:307-10.
6. ชัยรัตน์ คุณาวิศฤกษ์. การตายของมารดาและทารก. ใน : ชีระ ทองสง, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : พีบี ฟอเรนซิกส์เซ็นเตอร์, 2541;657-62.
7. Pinchun P, Chullapram T. A 10-year review of maternal mortality in Chon buri Hospital, Thailand. J Med Assoc Thai 1993;76:308-13.
8. Rounsipreagarn R, Jaovisidha A, Herabutya Y. Maternal mortality in Ramathibodi Hospital : a 28- year comparative study. J Med Assoc Thai 1999; 82:357-62.
9. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. แผนงานส่งเสริมสุขภาพ ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพมหานคร : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539.

10. Repke JT, Robinson JN. The prevention and management of preeclampsia-eclampsia. *Int J Gynecol Obstet* 1998;62:1-9.
11. Dekker GA. Risk factors for preeclampsia. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42:422-35.
12. Dekker GA, Sibai BM. Early detection of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:160-72.
13. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC 3d, Hankins GDV, et al. *Williams Obstetrics*. 20th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1997;783-96.
14. Gabel HD. Maternal mortality in South Carolina from 1970 to 1984 : an analysis. *Obstet Gynecol* 1987;69:307-11.
15. Hogberg U, Innala E, Sandstrom A. Maternal mortality in Sweden, 1980-1988. *Obstet Gynecol* 1994;84:240-4.
16. พรรณวจี ถนอมสิงห์, สุวรรณี พุทธิพงษ์ศิริพร. Respiratory distress syndrome in low birth weight infants. *วารสารกรมการแพทย์* 1987;12:223-8.
17. Hotrakitya S, Tejavej A, Siripoonya P. Early neonatal mortality and cause of death in Ramathibodi Hospital : 1981-1990. *J Med Assoc Thai* 1993;76:119-29.
18. Agustines LA, Lin YG, Rumney PJ, Lu MC, Bonebrake R, Asrat T, Nageotte M. Outcome of extremely low-birth-weight infants between 500 and 750 g. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1113-6.
19. Gould JB, Benitz WE, Liu H. Mortality and time to death in very low birth weight infants : California, 1987 and 1993. *Pediatrics* 2000;105:E37.

Maternal and Perinatal Mortality Rate in Thammasat University Hospital; a 10- year Review since the Foundation

Chamnan Tanprasertkul, M.D.*

Preecha Wanichsetakul, M.D.*

ABSTRACT

Since the foundation of Thammasat University Hospital on December 5th, 1987, the number of patients have been increasing every year in every department including the Ob-Gyn. During the first 10 years, the total number of antenatal care patients increased 11.11% on average each year with a total deliveries of 14,729 cases. 10.41% had no antenatal care. Maternal mortality rate was 47.48 cases per 100,000 live births, with eclampsia as the most common cause. There were 14,837 newborns, 0.76% had birth weight below 1,500 gm and 9.04% below 2,500 gm. The most common cause of early neonatal death was from prematurity 54.17%. This number decreased significantly when birthweight was above 2,000 gm. The average perinatal mortality rate was 13.68 cases per 1,000 deliveries. This number has decreased significantly since 1992.

Keyword: Maternal mortality rate, Perinatal mortality rate

* Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Thammasat University.