



20 S.A. 2532

การตายของทารกปริกำเนิดในมารดาครรภ์เดียว

ที่โรงพยาบาลนครปฐม : 2527-2530

PERINATAL MORTALITY OF SINGLETON PREGNANCY

IN NAKORNPATHEM HOSPITAL : 1984-1987

ทัศนีย์ ทินย์ไสยาสน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2532

อธิบดีมหาวิทยาลัย

จาก

ผืนพิทักษ์กรกัญญ์ ม.มหิดล

17672

ชื่อวิทยานิพนธ์	การตายของทารกปรกติกำเนิดในมารดาครรภ์เดี่ยวที่ โรงพยาบาลนครปฐม: 2527-2530
ผู้วิจัย	ทัศนีย์ ทิพย์ไสยาสน์
ปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	กำแหง จาตุรจินดา, M.B., Ch.B., F.R.C.O.G. ประทักษ์ โอประเสวีรัฐสวัสดิ์, พบ., ว.ว.(สูติ-นรีเวช) สุวัฒน์ ศรีสรจัตร์, สค.ม.(ประชากรศาสตร์) วิชัย วัชรปรีชาสกุล, พบ., ว.ว.(สูติ-นรีเวช)
วันที่สำเร็จการศึกษา	7 มีนาคม 2532

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาแนวโน้ม สาเหตุการตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกตตายปรกติกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม โดยใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากใบยอคลอด และเวชระเบียนมารดาครรภ์เดี่ยว ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มทารกตายในครรภ์จากมารดาครรภ์เดี่ยวที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป หรือในรายที่ไม่ทราบอายุครรภ์ ต้องมีน้ำหนักแรกคลอด 1000 กรัมขึ้นไป กับทารกตาย 7 วันหลังคลอด ซึ่งอยู่ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2527-31 ธันวาคม 2530 รวมระยะเวลา 4 ปี มีทั้งสิ้น 300 ราย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ เป็น ทารกเกิดมีชีพ จากมารดาครรภ์เดี่ยวที่มาคลอด

บุตรในโรงพยาบาลนครปฐม ก่อนและหลังทารกตายปริกำเนิด ในช่วงเวลาเดียวกัน ด้วยอัตราส่วน ทารกตายปริกำเนิด ต่อทารกเกิดมีชีพ เท่ากับ 1 : 2 จะได้กลุ่มเปรียบเทียบ 600 ราย ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

อัตราทารกตายปริกำเนิด ในระหว่างปี พ.ศ.2527-2530 เท่ากับ 21.4, 15.1, 15.5 และ 19.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากตัวเลขดังกล่าวนี้ ยังไม่สามารถบอกได้ว่า แนวโน้มการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างแท้จริง ส่วนสาเหตุการตายโดยใช้เกณฑ์ของ Wigglesworth พบว่า สาเหตุการตายควรป้องกันได้ คือ การตายสด ที่ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม ซึ่งพบได้ร้อยละ 43.4 การป้องกันแก้ไขให้อัตราการตายในกลุ่มนี้ลดลงไปอีก ควรมีการปรับปรุงดูแลผู้ป่วยในระหว่างการคลอด การดูแลในทารกก่อน และ การดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อทารกตายปริกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐาน

สำหรับปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับทารกตายปริกำเนิด ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอดของทารก, ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด, ท่าหรือส่วนน้ำ, สูติศาสตร์หัตถการ, จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และลำดับการคลอด และพบว่า น้ำหนักแรกคลอดของทารก มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ส่วนภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับไม่สูงนัก นอกนั้นมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุมารดา, ประวัติการสูญเสียการตั้งครรภ์, ลักษณะการคลอดพิเศษ/ สามีญ, เพศของทารก, การศึกษาของมารดา และผู้ทำคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับทารกตายปริกำเนิด

ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อทารกตายปริกำเนิด เรียงลำดับจากมีความเสี่ยงสูงสุดไปต่ำสุด ได้แก่ ทารกน้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) สูติศาสตร์หัตถการ ในการช่วยคลอดท่าก้น และส่วนน้ำของทารกที่เป็นท่าก้น นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อทารกตายปริกำเนิด (Relative Odds ต่ำกว่า 4) ได้แก่ ลำดับการคลอดครั้งแรก, ครั้งที่ 3, 4 และ 5 ขึ้นไป, มารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์ต่ำกว่า 4 ครั้ง, น้ำหนักทารกแรกคลอดมากกว่า 4,000 กรัม, การคลอดโดยเอาหน้าเป็นส่วนน้ำ, การช่วยคลอดด้วยคีม, เครื่องดูดสุญญากาศ, ผ่าท้องคลอด และมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด

Thesis Title Perinatal Mortality of Singleton Pregnancy
in Nakornpathom Hospital : 1984-1987

Name Tussanee Tipsaiyas

Degree Master of Science (Human Reproductive and
Population Planning)

Thesis Supervisory Committee

- Kamheang Chaturachinda, M.B., Ch.B., F.R.C.O.G.
- Pratak O-Prasertsawat, M.D.
- Suwat Srisorrachat, M.A.
- Vichai Vajrapreechaskul, M.D.

Date of Graduation 7 March B.E. 2532 (1989)

Abstract

This is a retrospective study aiming at identifying trend and factors affecting perinatal death and to measure the contingency coefficient and the strength of association between perinatal death and associated factors. Data were collected from hospital records of mothers with single birth delivered at Nakornpathom Hospital between January 1, 1984 to December 31, 1987.

The study group consisted of 300 mothers with single birth with perinatal death. The control group consisted of 600 mothers of singleton who had livebirth in the same period. The control group was collected from delivery

records in the same day with perinatal death using the ratio 2 : 1, and were selected from mothers with livebirth before and after the study case.

Perinatal mortality rate was found to fluctuate between 21.4, 15.1, 15.5, 19.5 in the year 2527, 2528, 2529, 2530, respectively. The apparent reduction in perinatal mortality rate was mainly from neonatal death. Wigglesworth classification was used to classify perinatal death. It was found that preventable causes of death was asphyxia leading to fresh stillbirths. Totally this accounted for 26.0%. If we consider birth weight groupings, in the group with birth weight 2500+ asphyxia accounted for 43.4% while in the low birth weight group asphyxia was found to be the cause in 17.4% while totally deaths from prematurity was found to be 19.0% and death by specific causes 22.7%. Antenatal and intrauterine deaths with maceration accounted for 22.3%. Congenital malformation was found to be 10.0%

Factors significantly associated with perinatal death were low birth weight, complication of delivery, fetal presentation, type of delivery, number of antenatal visit and parity.

It was found that perinatal death was highly associated with birth weight but showed slight association with complication of delivery. The remaining factors indicated above were poorly associated with perinatal death.

Factors with no statistical significance were maternal age, pregnancy loss, service and private care, sex of baby, maternal education and attendant at delivery.

There were various reasons for each of these factors not being statistically significant.

Risk factors on perinatal death ranked from high to low were low birth weight, breech extraction, breech presentation. Factors with relative odds of less than 4 on perinatal death were parity, (first, third, fourth, fifth and over) mother who had no antenatal visit or number of antenatal visit of less than 4, birth weight more than 4,000 gms, face presentation, forceps and vacuum extraction, caesarean section and complication of delivery.