

นิพนธ์ค้นฉบับ

อุบัติการณ์และพยาธิสภาพที่พบร่วมกับเด็กตายคลอดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ปี 2522-2525

สุจิต เผ่าสวัสดิ์*
เกริกไกร หะชะนี**

Phaosavasdi S, Hasanee K, Stillbirth and accompanying pathology.
Chula Med J 1984 : 28 (5) : 483-495

A retrospective study of 399 stillbirths out of a total of 71,516 deliveries was carried out making the incidence of stillbirths to be 0.56%. There were 212 male and 187 female stillborns with the male and female ratio of 1.22 : 1. The ratio of primipara and multipara was 1.74 : 1, of premature to mature 1.57 : 1. 95 cases of mothers delivered were in the under 20 and over 35 years old age group. 94 mothers had no antenatal care and another 147 attended antenatal clinics on less than 4 occasions.

The most common accompanying pathologies or factors were found in the placentas and the umbilical cords of 206 cases. Eighty of the study cases belonged in the infection group, 77 cases in the medical complication group and 47 cases were in the hypertensive disorders in pregnancy group. The remaining 37 cases had congenital malformations.

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เด็กตายคลอด หมายถึงเด็กที่ตายแล้วในครรภ์ ซึ่งขณะที่คลอดตรวจไม่พบหรือไม่สามารถยืนยันได้ว่าเด็กยังมีชีวิตอยู่

คำจำกัดความของเด็กตายคลอดในรายงานนี้ถือตามหลักเกณฑ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่วางไว้ว่า จะนับเป็นเด็กตายคลอดได้ต้องมีอายุครรภ์อย่างน้อย 28 สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักเมื่อคลอดตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป

รายงานนี้เป็นรายงานเชิงสถิติซึ่งเป็นบทต่อเนื่องและเพิ่มเติมจากรายงานที่เคยนำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2523 และ 2524 ของสมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยที่จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁾ และพิษณุโลก⁽²⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และพยาธิสภาพที่พบร่วมกันในเด็กตายคลอด

ผู้รายงานเชื่อว่าข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ประกอบเป็นเหตุผลในการปฏิบัติและดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงการให้บริการทางด้านสูติกรรมซึ่งอาจจะทำให้จำนวนของเด็กตายคลอดลดลงได้ในระยะต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2522 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2525 ที่ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีการคลอดทั้งหมด 71,516 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กตายคลอด 399 ราย

เด็กตายคลอดทุกรายจะได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดและมารดาจะได้รับการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจภายใน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นอันได้แก่

1. ระดับฮีโมโกลบิน
2. ระดับน้ำตาลและไข่ขาวในปัสสาวะ
3. ระดับน้ำตาลในเลือด
4. กลุ่มเลือดและ Rh factor
5. การตรวจเลือดสำหรับโรคซิฟิลิส
6. การตรวจเลือดสำหรับโรคไวรัสของ

ตับ

และ 7. การตรวจรกและสายสะดือ และ/หรือการส่งชิ้นเนื้อเพื่อดูพยาธิสภาพด้วยกล้องจุลทรรศน์

ถ้าเป็นเด็กตายคลอดสคคือตายและคลอดภายในเวลา 16 ชั่วโมง ผิวน้ำยังไม่ลอกจะได้รับการตรวจศพทุกราย ยกเว้นในกรณีที่มีเหตุผลจำเป็นทางศาสนา

ผล

ในระหว่างปี พ.ศ. 2517-2521 ที่ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รายงานอุบัติการณ์ของเด็กตายคลอดไว้คิดเป็นร้อยละ 0.87 แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2522 ถึง 2525 อุตการณ์ดังกล่าวลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.56 ($p < 0.001$)

ในตารางที่ 1 ในบรรดาเด็กตายคลอด 399 ราย พบว่าเป็นเด็กชาย 212 ราย เป็นเด็กหญิง 187 ราย เป็นเด็กคลอดก่อนกำหนด 244 ราย คลอดครบกำหนด 155 ราย เป็นเด็กตายคลอดตัวเบ้อย 275 ราย และเป็นเด็กตายคลอดตัวสโต 124 ราย

ในตารางที่ 2 พบว่า 145 รายเกิดกับมารดาที่มีการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก มารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี หรือสูงกว่า 35 ปีขึ้นไปมี 95 ราย มีมารดา 94 รายไม่เคยมาขอรับบริการฝากครรภ์เลย และอีก 147 รายมารับบริการฝากครรภ์ก่อนคลอดบุตรเพียง 1-3 ครั้งเท่านั้น

ในตารางที่ 3 แสดงพยาธิสภาพที่เกิดร่วมด้วย พบว่าแบ่งได้ออกเป็น 12 กลุ่มย่อย ในจำนวนนี้พบว่าพยาธิสภาพที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ ความผิดปกติของรกและสายสะดือ 206 ราย การติดเชื้อ 80 ราย โรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม 77 ราย โรคความดันเลือดสูงระหว่างการตั้งครรภ์ 47 ราย และความพิการโดยกำเนิด 36 ราย นอกจากนี้พยาธิสภาพหรือสภาวะอื่นๆ ที่ตรวจพบได้คือโรคแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ได้แก่ การตั้งครรภ์เกินกำหนด สภาวะน้ำเดินก่อนเวลา ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผิดปกติ การตั้งครรภ์แฝด สายสะดือย้อย การใช้สูติศาสตร์หัตถการ

และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับมารดา ในขณะที่ตั้งครรภ์

ในตารางที่ 4 แสดงพยาธิสภาพและสภาวะที่เกิดจากรกและสายสะดือ พบว่าในบรรดาความผิดปกติที่ตรวจพบ มีอยู่ 82 ราย ที่มีสายสะดือสั้นกว่า 35 เซนติเมตร สภาวะรกลอกตัวก่อนเวลา 48 ราย สายสะดือบิดเป็นเกลียว 32 ราย รกเกาะต่ำ 17 ราย ที่เหลือพบว่า มีสายสะดือพันรอบคอเด็ก สายสะดือเกาะที่เยื่อถุงน้ำคร่ำและสภาวะ Vasa previa อีก รวมทั้งสิ้น 27 ราย

ในตารางที่ 5 แสดงพยาธิสภาพเกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อ 80 ราย ซึ่งพบว่า 50 ราย หรือร้อยละ 62.50 เป็นโรคมดอักเสบ 17 รายเกิดร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรียและอีก 13 ราย เกิดร่วมกับเชื้อไวรัสของตับ

ในตารางที่ 6 แสดงพยาธิสภาพและสภาวะทางอายุรกรรมที่พบร่วมกับเด็กตายคลอด จำนวน 77 ราย เบาหวานเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด คือพบได้ 44 รายหรือร้อยละ 57 นอกจากนั้นพบร่วมกับมารดาที่เป็นโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของซีโมโกลบิน 16 ราย โรคความดันเลือดสูงเรื้อรัง 10 ราย มีอยู่ 7 ราย เกิดกับมารดาที่เป็นโรคหัวใจ และโรค S.L.E.

ในตารางที่ 7 แสดงความพิการโดยกำเนิด พบได้ทั้งหมด 36 ราย พบเป็น

Anencephalus 9 ราย และ Hydrocephalus 7 ราย

ในตารางที่ 8 แสดงสาเหตุการตายที่เกิดขึ้น ร่วมกับการทำศัลยกรรมหัตถการและการคลอดเองโดยที่ไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งพบว่า 5 รายเกิดจากการติดไหล่ อีก 4 รายเป็นการคลอดท่าก้นและติดศีรษะ มีเพียงรายเดียวที่เกิดจากการคลอดโดยใช้เครื่องดึงสูญญากาศ

วิจารณ์

ในระหว่างปี พ.ศ. 2517-2521 ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รายงานอุบัติการณ์ของเด็กตายคลอดไว้คือเป็นร้อยละ 0.87⁽⁸⁾ ในช่วง 4 ปีต่อมาคือในระหว่าง พ.ศ. 2522-2525 ค่านี้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.56 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของเด็กตายคลอดเมื่อเปรียบเทียบกันในช่วงระยะ 9 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่จะลดลง ($p < 0.001$) ซึ่งให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในภาควิชา สิ่งสำคัญที่น่าจะมีส่วนในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้คือการเสนอรายงานของเด็กตายคลอดในแต่ละเดือนอย่างละเอียดต่อที่ประชุมของภาควิชาเพื่อให้ได้มีการค้นหาสาเหตุการตายในเด็กแต่ละราย สรุป

ความคิดเห็นและทำเป็นข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปฏิบัติในการรักษาและป้องกันไม่ให้มีเด็กตายจากสาเหตุดังกล่าวขึ้นอีก

ในการประชุมทางวิชาการเกี่ยวกับเด็กในครรภ์และเด็กเกิดใหม่ในปี พ.ศ. 2522 ที่ประเทศสิงคโปร์ Boone⁽⁴⁾ รายงานว่าประเทศสวีเดนมีอุบัติการณ์เด็กตายคลอดต่ำที่สุดในโลกคือ พบเป็นร้อยละ 0.55 ส่วนค่าที่รายงานไว้สูงสุดคือร้อยละ 1.93 เป็นของประเทศมาเลเซีย Boone ซึ่งให้เห็นว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมีอุบัติการณ์ของเด็กตายคลอดต่ำ คือพบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบได้มากกว่าเท่าตัวหรือมากกว่านี้อีก แม้ว่าเด็กตายคลอดจากรายงานนี้จะมีค่าต่ำคือเป็นร้อยละ 0.56 แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าตัวเลขนี้จะทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว เพราะค่านี้เป็นเฉพาะของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ซึ่งมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ไปไกลกว่าอีกในหลายๆ พื้นที่ซึ่งประกอบเป็นส่วนใหญ่ของประเทศ ตามความเป็นจริงแล้วค่าของเด็กตายคลอดของประเทศไทยยังไม่มีตัวเลขอย่างเป็นทางการ จะมีก็แต่ค่ารวมของเด็กตายทั้งหมด ซึ่งให้ตัวเลขไว้คร่าวๆ ว่ามีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 3.3-6.9⁽⁵⁾ ตัวเลขเช่นนี้นอกจากให้ไว้กว้างมากแล้วยังมีค่าสูงมากทีเดียว ซึ่งควรจะต้องหาทางแก้ไขกันต่อไป

Table 1

Stillbirths	Total	2522	2523	2524	2525	Total
In	2517-					2522-
General	2521					2525
Total Deliveries	69,883	18,982	18,414	17,329	16,791	71,516
Stillbirths	606	123	107	76	93	399
Male : Female	364 : 242	71 : 52	59 : 48	34 : 42	48 : 45	212,187
Premature : Mature	378 : 228	77 : 46	58 : 49	48 : 28	61 : 32	244 : 155
Macerated : Non Macerated	258 : 348	79 : 44	75 : 32	55 : 21	66 : 27	275 : 124

*** Significant At $P < 0.001$ By Student "t" Test

อุบัติเหตุการของเด็กตายคลอดชายเมื่อเทียบกับหญิงพบเป็น 212 ต่อ 187 ราย หรือ 1.1 ต่อ 1 ซึ่งตรงกับที่มีรายงานไว้โดยทั่วไปว่าเพศชายมีอัตราการสูญเสียสูงกว่าเพศหญิง^(6,7,8) ข้อสังเกตดังกล่าวเคยมีผู้อธิบายไว้ว่าในขณะที่อยู่ในครรภ์เด็กชายเจริญเติบโตได้เร็ว เป็นผลทำให้ร่งการทำงานจนถึงขีดความสามารถสูงสุดในเวลาอันสั้น ซึ่งทำให้ความสามารถในการทำงานของรกหมดเร็วไป จึงทำให้เด็กชายในครรภ์เปราะบางและถึงแก่กรรมได้ง่ายพบได้เป็นจำนวนมากกว่าเด็กหญิง⁽⁹⁾

อุบัติเหตุการของเด็กตายคลอดก่อนเวลา ในแต่ละปีใน 9 ปีที่ผ่านมายังอยู่ในระดับเดิมค่านี้ควรเพิ่มขึ้น เพราะในทางที่ถูกต้องและที่เป็นจริงนั้นเด็กตายคลอดครบกำหนดจะมีจำนวน

ลดลงเรื่อยๆ ดังนั้นค่าเปรียบเทียบของเด็กตายคลอดก่อนเวลาจึงควรมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นผู้รายงานอาจจะขออธิบายเพิ่มเติมว่าเด็กตายคลอดก่อนเวลานั้นมีจำนวนลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติตามตารางที่ 1 สิ่งกีดขวางสำคัญที่มีส่วนทำให้ได้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้⁽¹⁰⁾ คือ การติดตามสุขภาพของเด็กในครรภ์อย่างใกล้ชิด เช่นการใช้เครื่องมือพิเศษที่ใช้ไฟฟ้าตรวจเด็กในการทำ Nonstress test (NST) การใช้เครื่องเสียงความถี่สูงเพื่อตรวจรูปร่างเด็กในครรภ์และวัดขนาดของศีรษะเด็กเพื่อคำนวณอายุ การตรวจหาระดับของฮอร์โมนเพศ Estriol การใช้ยา Steroid ร่งความสมบูรณ์ของปอดในบางกรณี และที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งก็คือระดับความสามารถที่เพิ่ม

* ขันของกุมารแพทย์หน่วยทารกแรกเกิด องค์ ลงก่อนเวลาได้ เพื่อนำเด็กในครรภ์ออกมา ประกอบต่างๆ ที่สำคัญเหล่านี้สนับสนุนให้สติ เลียงภายนอกก่อนที่เด็กบวดยในครรภ์จะถึงแก่ แพทย์สามารถตัดสินใจทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุด กรรม

Table 2

Stillbirths	Total	2522	2523	2524	2525	Total
In	2517-					2522-
General	2521					2525
Total Deliveries	69,883	18,982	18,414	17,329	16,791	71,516
Stillbirths	606	123	107	76	93	399
Primipara	224	49	33	35	28	145
(Percentage)	36.96%	39.83%	30.84%	46.05%	30.11%	36.34%
Maternal Age :						
20-35 Year Old	505 *	90	91	56	67	304
(Percentage)	83.33 %	73.17%	84.11%	73.68%	70.97%	75.69%
Less Than 20 or						
More Than 35 yr.	101 **	33	16	20	26	95
(Percentage)	16.67 %	26.83%	14.95%	26.32%	27.96%	23.81%
No Prenatal Care	--	28	22	19	25	94
Prenatal Care Less						
Than 4 Times	--	48	54	23	22	147
Total Number of						
Poor Prenatal						
Care	359 ***	76	76	42	47	241
(Percentage)	59.24 %	61.78%	71.03%	55.26%	50.54%	60.40%

* 20-40 Year Old

** Less Than 20 or More Than 40 yr.

*** No Prenatal Care or Prenatal Care Less Than 3 Times

ในจำนวนเด็กตายคลอดทั้งหมด เป็นเด็กตายคลอดตัวเปื่อย 275 ราย ส่วนอีก 124 รายเป็นเด็กตายคลอดที่ตัวยังสดอยู่ ซึ่งเทียบได้เป็นอัตราส่วน 2.2 ต่อ 1 โดยทั่วไปพบว่าเด็กตายคลอดผิวหนังเริ่มลอกและเน่าเปื่อยเมื่อมีการตายในครรภ์เกิดขึ้นนานเกินกว่า 16 ชั่วโมงขึ้นไปแล้ว เด็กตายคลอดในกลุ่มนี้เรามักจะมีคำเรียกสั้น ๆ ว่าเด็กตายคลอดตัวเปื่อย

เด็กตายคลอดที่เกิดกับสตรีที่ตั้งครรภ์แรกมีอยู่ 145 ราย หรือร้อยละ 36.34 และกับสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 35 ปี อีก 95 ราย หรือร้อยละ 23.81 มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มักจะยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร เมื่อตั้งครรภ์ย่อมมีข้อบกพร่องเกิดขึ้นมากกว่าธรรมดา ส่วนมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปีอวัยวะทุกส่วนในร่างกายเริ่มมีความสมบูรณ์น้อยไปกว่าปกติไม่เหมาะที่จะตั้งครรภ์ จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่ามารดาที่อยู่ในกลุ่มดังกล่าวมาแล้วซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูงในการตั้งครรภ์มีจำนวนในระดับเท่าเดิมอยู่ตลอดมา ดังนั้นถ้าแก้ไขให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ลดน้อยลงเช่นการคุมกำเนิดชั่วคราวในสตรีอายุน้อยหรือคุมกำเนิดแบบถาวรในสตรีที่มีอายุมากก็อาจจะส่งผลให้อุบัติการของเด็กตายคลอดโดยทั่วไปลดลงได้

พบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ 94 รายไม่เคยมารับบริการการฝากครรภ์เลยและอีก 147 รายมา

รับบริการการฝากครรภ์เพียง 1-3 ครั้งเท่านั้น ซึ่งจำนวนของผู้รับบริการการฝากครรภ์ที่ไม่พอเพียงดังกล่าวนี้คิดได้เป็นร้อยละ 60.40 ของจำนวนผู้มาคลอดทั้งหมด ซึ่งมีบุตรเป็นเด็กตายคลอด จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าปัญหานี้ถ้าเทียบกันในแต่ละปีพบว่ามีความโน้มที่จะลดลงอยู่แล้ว แต่น่าจะลดลงได้อีก ถ้าคนไข้สามารถเข้าใจและมองเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ตั้งแต่ต้นและอย่างสม่ำเสมอ ดังที่ Naeye⁽¹¹⁾ เคยเสนอรายงานไว้ว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์จะมีผลโดยตรงต่ออัตราตายของทารกในครรภ์

พยาธิสภาพที่พบมากที่สุดที่เกิดร่วมกับเด็กตายคลอดคือ พยาธิสภาพที่เกิดกับรกและสายสะดือซึ่งพบได้สูงถึง 206 ราย รองลงมาได้แก่การติดเชื้อ สภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม โรคความดันโลหิตสูงในระหว่างการตั้งครรภ์ ความพิการโดยกำเนิด สภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมเช่นการตั้งครรภ์เกินกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ สภาวะครรภ์แฝด และสภาวะที่เกิดร่วมกับการทำสูติศาสตร์หัตถการ

สำหรับพยาธิสภาพและสภาวะที่เกิดกับรกและสายสะดือที่พบได้มากที่สุดคือสายสะดือที่มีความยาวน้อยกว่า 36 ซม.⁽⁶⁾ พบได้ 82 จาก 206 ราย หรือประมาณร้อยละ 40 ของ

สาเหตุในกลุ่มนี้ รองลงมาได้แก่สภาวะรกลอกตัวก่อนเวลา นอกจากนั้นที่พบร่วมด้วยคือสภาวะสายสะดือบิด รกเกาะต่ำ สายสะดือพันคอ และสายสะดือเกาะในที่ผิดปกติ

พยาธิสภาพที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการติดเชื้อ ซึ่งร้อยละ 62.50 ของกลุ่มนี้เกิดร่วมกับการติดเชื้อซิฟิลิส ในจำนวนนี้เกือบทุกรายไม่ได้รับการรักษาหรือมีจำนวนน้อยมากที่ได้รับการรักษาแต่ก็ไม่เพียงพอ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่มาขอรับบริการการฝากครรภ์หรือมาไม่สม่ำเสมอ การติดเชื้อบักเตรีและไวรัสพบได้ในกรณีที่มีการอักเสบของถุงน้ำคร่ำและในรายที่มารดาเป็นโรคตับอักเสบ

สำหรับ โรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมพบว่าร้อยละ 57.14 เกิดร่วมกับมารดาที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งสตรีในกลุ่มดังกล่าวมักจะมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน ประวัติการคลอดบุตรตัวโตและประวัติเด็กตายคลอดมาก่อน ถ้าแพทย์ที่ให้บริการให้ความสนใจในประวัติตั้งที่กล่าวมาแล้วก็จะวินิจฉัยโรคเบาหวานในระหว่างการตั้งครรภ์ได้มากขึ้น ซึ่งจะมีผลทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เด็กตายคลอดในกลุ่มนี้คงจะลดลงได้ สำหรับโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอื่นๆ ที่พบร่วมด้วยคือความผิดปกติของฮีโมโกลบิน โรคความดันเลือดสูงเรื้อรัง โรคหัวใจ และโรค S.L.E.

ในรายงานนี้ความพิการแต่กำเนิดที่พบส่วนมากจะเป็นความพิการทางสมอง ซึ่งพบว่าร้อยละ 44.44 เป็นเด็ก Anencephalus และ Hydrocephalus โดยทั่วไปแล้วเด็กที่พิการด้วยโรค Anencephalus มีอยู่หลายรายที่คลอดแล้วยังมีชีวิตอยู่และถึงแม้จะให้การดูแลเด็กเหล่านี้เป็นอย่างดีก็จะไม่ช่วยลดอัตราการตายหลังคลอดเลย ทั้งนี้การตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการบางอย่างร่วมกับการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการตรวจสอบการตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกๆ จะช่วยการวินิจฉัยสภาวะดังกล่าวได้เร็วขึ้น ทำให้สูติแพทย์สามารถพิจารณาทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ก่อนที่เด็กเหล่านี้จะโตขึ้นมากจนเป็นปัญหาในการตัดสินใจทำลายเด็ก

สำหรับสาเหตุการตายที่เกิดร่วมกับการทำสูติศาสตร์หัตถการโดยแพทย์และจากสภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปล่อยให้คลอดเองหรือทำคลอดโดยบุคคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่พบได้บ่อยที่สุดคือการคลอดติดไหล่ รองลงมาได้แก่การคลอดติดศีรษะในเด็กท่าก้น มีเพียงรายเดียวที่เกิดจากการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดึงสุญญากาศ

สรุป

รายงานนี้แสดงอุบัติการณ์และพยาธิสภาพที่พบร่วมกับเด็กตายคลอด พยาธิสภาพและ

สภาวะที่พบมีบางส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการตายของเด็ก ซึ่งถ้าได้รับการแก้ไขให้ทันที่ก็อาจจะส่งผลทำให้จำนวนเด็กตายคลอดลดลงได้ สิ่งที่จะควรได้รับการแก้ไขมีดังต่อไปนี้คือการแนะนำให้มาฝากครรภ์ การวินิจฉัยมารดา

ที่อยู่ในข่ายมีความเสี่ยงสูง มีอายุน้อยหรือมากเกินไป มีอายุครรภ์เกินกำหนด มีโรคทางอายุรศาสตร์หรือโรคแทรกของการตั้งครรภ์มีทารกป่วยติดเชื้อมีการอยู่ในครรภ์รวมไปถึงการรักษาพยาบาลที่ปฏิบัติในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด

Table 3

Accompanying Pathologies *	2522	2523	2524	2525	Total
Placenta And Cord	69	58	43	36	206
Infection	26	30	12	12	80
Medical Complication	21	23	21	12	77
Hypertensive Disorders					
In Pregnancy	19	5	12	11	47
Congenital Anomaly	13	10	3	10	36
Overterm	6	15	4	3	28
P.R.O.M **	3	12	5	3	23
Poor Obstetric History	3	5	7	7	22
Twins	3	5	2	6	16
Prolapsed Cord	5	4	3	3	15
Operative Obstetrics	4	4	0	2	10
Accidental Trauma	2	3	2	3	10
Total	174	174	114	108	570

* There May Be More Than One Pathology in Certain Cases

** P.R.O.M = Premature Rupture of Membranes

Table 4

Placenta and Cord Pathology	2522	2523	2524	2525	Total
Short Cord (Less Than 36 cm.)	28	22	12	20	82
Abruptio Placentae	21	9	11	7	48
Twisted Cord	4	12	12	4	32
placenta Previa	7	6	3	1	17
Cord Around Neck	5	6	3	2	16
Insertio Velamentosa	3	3	2	1	9
Vasa Previa	1	0	0	1	2
Total	69	58	43	36	206

Table 5

Infection	2522	2523	2524	2525	Total
Syphilis	16	22	6	6	50
Bacteria	8	4	3	2	17
Virus	2	4	3	4	13
Total	26	30	12	12	80

Table 6

Medical Complications	2522	2523	2524	2525	Total
Diabetes Mellitus	8	14	15	7	44
Hemoglobinopathy	3	8	2	3	16
Chronic Hypertensive					
-Vascular Disease	6	1	1	2	10
Heart Disease	2	0	2	0	4
Systemic Lupus					
-Erythematosus	2	0	1	0	3
Total	21	23	21	12	77

Table 7

Congenital Anomaly	2522	2523	2524	2525	Total
Anencephalus	4	3	1	1	9
Hydrocephalus	3	3	1	0	7
Gastroschisis	1	2	0	0	3
Multiple Anomalies	0	1	0	2	3
Cleft Lip and Palate	0	0	0	3	3
Cyclops	1	0	0	1	2
Single Umbilical Artery	0	1	0	1	2
Siamese Twins	1	0	0	0	1
Head Mass	1	0	0	0	1
Soft Head	1	0	0	0	1
Deformed Head	1	0	0	0	1
Osteogenesis Imperfecta	0	0	1	0	1
Omphalocele	0	0	0	1	1
Holocardius Acephalus	0	0	0	1	1
Total	13	10	3	10	36

Table 8

Operative Obstetrics	2522	2523	2524	2525	Total
Shoulder Arrest	3	2	0	0	5
Head Arrest	0	2	0	2	4
Trauma From Vacuum Extraction	1	0	0	0	1
Total	4	4	0	2	10

กิติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบ พระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์บรรพต บุญศิริ หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา ที่อนุญาตให้นำ

รายงานนี้ มาตีพิมพ์และขอขอบพระคุณต่อ บรรดาคณาจารย์แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ฝึกหัดทุกท่านและสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ช่วยทำให้ข้อมูลเหล่านี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

อ้างอิง

1. สุจิต เฝ้าสวัสดิ์, ชีระวุฒิ ศุภสูงญาณกุล. รกลอกตัวก่อนกำหนด จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2524 พฤษภาคม ; 25 (8) : 699
2. สุจิต เฝ้าสวัสดิ์, เกริกไกร หะชะนี. เด็กตายคลอดและพยาธิสภาพที่พบบรร่วม, จุลสารสมาคมสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย 2525 ; 2 (1) : 1-9
3. วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. เด็กตายคลอด ประสบการณ์ 5 ปีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2523 มีนาคม; 24 (2) : 141-149
4. Boone W.H. Perinatal morbidity and mortality in Southeast Asia. In: Karim SMM, Tan KL. Problems in perinatology. Singapore, MTP Press, 1979, 129-146
5. Phaosavasdi S, Snidvongse W, Thongyai T. Syphilis in pregnancy, The Third ICMR seminar on recent advances in perinatal medicine, 20-21 November 1982, Kobe, Japan
6. Pritchard JA, MacDonald PC. Williams Obstetrics 16 ed. New York : Appleton-Century-Crofts, 1980. 2, 5, 208, 254, 573
7. Bernard RP. International maternity care monitoring. Int J Gynecol Obster 1979 Jan; 17 (1) : 24-39

8. Bonham DG. The epidemiology of perinatal mortality and morbidity. In: Karim SMM, Tan KI, Problems in perinatology Singapore, MTP Press, 1979, 113-128
9. Weingold AB. The management of prolonged pregnancy, In: Pitkin RM, Zlatnik FJ, The Year Book of Obstetrics and Gynecology Chicago: Year Book Medical Publishers, 1982. 69-86
10. สุจิตต์ เม้าสวัสดิ์, เกริกไกร หะชะนี. เด็กตายคลอด จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2524 กรกฎาคม; 25 (4): 901-908
11. Naeye R, Harkness WL, Utts J. Abruptio placentae and perinatal death: a prospective study Am J Obstet Gynecol 1977 Aug 1; 128 (7): 740-746

จุฬาลงกรณ์เวชสารได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 26 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2525