

ISSN 0125-7447

VOLUME 25

NUMBER 39

SEPTEMBER 30, 1994

รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

DIVISION OF EPIDEMIOLOGY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สารบัญ (INDEX)

รายงานสถานการณ์โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดในประเทศไทย พ.ศ. 2536

549

รายงานสถานการณ์

โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดในประเทศไทย พ.ศ. 2536

(NEONATAL TETANUS SURVEILLANCE IN THAILAND 1993)

บทนำ

เป้าหมายสำคัญของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ได้กำหนดให้ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 23 ต่อ 1000 เด็กเกิดมีชีวิต และปลอดโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดทุกพื้นที่ โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงสุดในกลุ่มโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในปัจจุบันโรคนี้อยู่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขโรคหนึ่งของประเทศไทย แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจะไม่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ในปีพ.ศ. 2536 มีอัตราป่วยเท่ากับ 0.07 ต่อ 1000 เด็กเกิดมีชีวิต อัตราตาย 0.03 ต่อ 1000 เด็กเกิดมีชีวิต องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายให้ปลอดจากโรคนี้ทุกพื้นที่ในปี พ.ศ. 2538 และแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทยฉบับที่ 7 ก็ได้ตั้งเป้าหมายไว้สอดคล้องว่าจะกำจัดโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด ให้หมดไป โดยการเฝ้าระวังโรค เพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ในตำบลที่มีรายงานผู้ป่วยโรคบาดทะยักในเด็กเกิดใหม่ หรือตำบลที่มีการคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยกว่าร้อยละ 70 หรือตำบลที่มีความครอบคลุมของการให้วัคซีนแก่หญิงมีครรภ์น้อยกว่าร้อยละ 80 และเพิ่มคุณภาพและความครอบคลุมของบริการอนามัยแม่และเด็ก โดยดูแลตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และภายหลังคลอด ซึ่งการจะกำหนดแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน จำเป็นต้องทราบสถานการณ์โรคที่แท้จริง และแนวโน้มของการเกิดโรค

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระบาดของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด ปี 2536

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยศึกษาเอกสาร (Documentary Review) จากข้อมูลปี พ.ศ. 2536 ประกอบด้วย

- รายงานการสอบสวนโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด
- รายงาน 506 ซึ่งกองระบาดวิทยาได้รับรายงานจากทั่วประเทศ

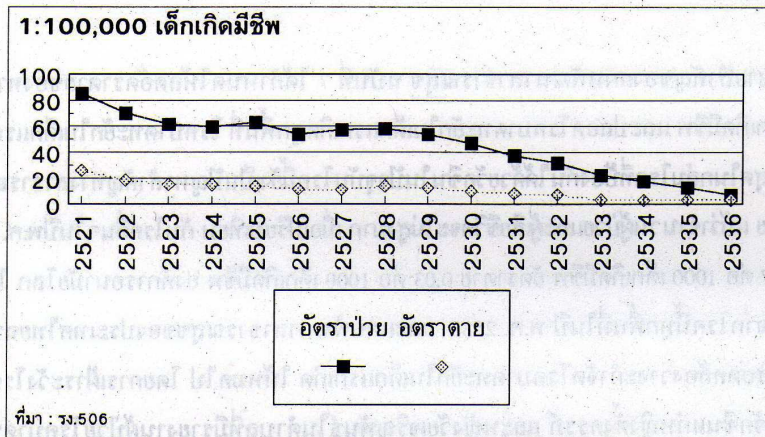
- แผนปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของกองอนามัยครอบครัว
- แผนปฏิบัติงานการให้ภูมิคุ้มกันโรค ของกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ

ผลการศึกษา

ก. แนวโน้มของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด

ประเทศไทยได้เริ่มโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตั้งแต่ปีพ.ศ.2520 หลังจากนั้นมาโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดมีแนวโน้มลดลง จาก รง.506 พบว่าอัตราป่วยได้ลดลงจาก 0.72/1000 เด็กเกิดมีชีวิตในปี พ.ศ.2520 เป็น 0.07/1000 เด็กเกิดมีชีวิตในปี พ.ศ.2536 อัตราตายก็มีแนวโน้มลดลง คือ จาก 0.22/1000 เด็กเกิดมีชีวิต ใน พ.ศ.2520 เป็น 0.03/1000 เด็กเกิดมีชีวิตในปี พ.ศ.2536 (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 แสดงอัตราป่วย, อัตราตาย ผู้ป่วยบาดทะยักในเด็กแรกเกิด ปี 2521-2536, ประเทศไทย



ข. สถานการณ์ของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด

1. ข้อมูลทั่วไป

ในปี พ.ศ. 2536 กองระบาดวิทยาได้รับรายงาน 506 พบผู้ป่วยโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดจำนวนทั้งหมด 67 ราย เสียชีวิต 19 ราย แต่จากการติดตามการสอบสวนโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด ตรวจสอบผลการรักษาพบว่า เสียชีวิตทั้งสิ้น 30 รายคิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.07 ต่อ 1000 เด็กเกิดมีชีวิต อัตราตาย 0.03 ต่อ 1000 เด็กเกิดมีชีวิต และคิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 44.8

จากรายงาน 506 พบว่าผู้ป่วยโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด ปี พ.ศ. 2536 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นอัตราส่วน 2:1 อายุผู้ป่วยพบได้ตั้งแต่อายุ 2 วันถึง 24 วัน อายุเฉลี่ยคือ 9 วันร้อยละ 64.2 บิดามารดานับถือศาสนาพุทธร้อยละ 20.9 นับถือศาสนาอิสลาม อีกร้อยละ 6 นับถือผีซึ่งเป็นพวกชาวเขา พบว่า มีชาวพม่าและชาวเขารวม 4 รายบิดามารดามากกว่าร้อยละ 50 มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ผู้ป่วยอาศัยอยู่นอกเขตสุขภาพถึงร้อยละ 92.5 (ตารางที่ 1)

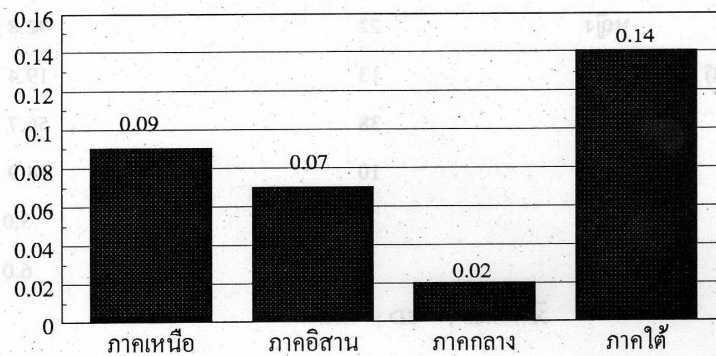
ตารางที่ 1 แสดงตารางแยกตามประวัติส่วนตัว

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	45	67.2
	หญิง	22	32.8
อายุ (วัน)	2-5	13	19.4
	6-10	38	56.7
	11-15	10	14.9
	16-20	2	3.0
	21-25	4	6.0
	$\bar{X} = 9.06$, $SD = 4.65$		
ศาสนา	พุทธ	43	64.2
	อิสลาม	14	20.9
	ผี	4	6.0
	ไม่ตอบ	6	9.0
อาชีพ	เกษตรกร	26	38.8
	รับจ้าง	11	16.4
	ส่วนตัว	1	1.5
	ไม่ตอบ	29	43.3
เขตที่อยู่อาศัย	ในเขตเทศบาล	2	3.0
	ในเขตสุขาภิบาล	3	4.5
	นอกเขตสุขาภิบาล	62	92.5
รวม		67	100.0

จากรายงาน 506 และรายงานการสอบสวนโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดปี 2536 พบผู้ป่วยได้ทุกภาคของประเทศไทย โดยภาคใต้เป็นภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาได้แก่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางคิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.14, 0.09 ,0.07 และ 0.02 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนตามลำดับ (รูปที่ 2) โดยกระจายไปใน 31 จังหวัด จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่จังหวัดระนอง ชะลา นราธิวาส สตูล นครสุรินทร์ ละโว้ เชียงตรา แม่ฮ่องสอน น่าน แพร่ และ สุราษฎร์ธานี (รูปที่ 3)

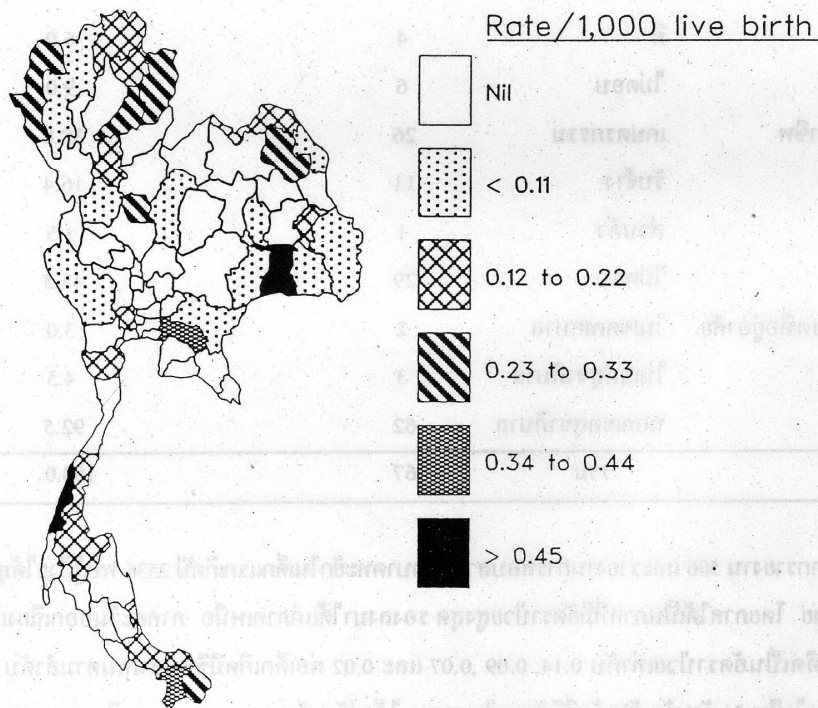
รูปที่ 2 อัตราป่วยโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดต่อ 100,000 เด็กเกิดมีชีวิต
กระจายตามภาคต่างๆ, ประเทศไทย, พ.ศ. 2536

อัตราป่วย ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1000 คน.



รูปที่ 3

Incidence Rate of Neonatal Tetanus by Province, Thailand, 1993



2. ประวัติการฝากครรภ์

จากรายงานการสอบสวนโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดพบว่า มารดาของผู้ป่วยส่วนมาก ไม่ได้ฝากครรภ์ 41 ราย (ร้อยละ 61.2) โดยคิดว่าไม่จำเป็นร้อยละ 19.5 อาศัยพริบจำมีที่อยู่ไม่แน่นอนร้อยละ 9.7 กลัวเข็มฉีดยา, อยาหมอ และไม่มีเงินเดินทางเป็นร้อยละ 2.4 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักร้อยละ 68.7 มีเพียงร้อยละ 28.3 ที่เคยได้รับ ไม่ตอบร้อยละ 3.0 โดยได้รับจำนวน 1 เข็ม, 2 เข็ม และ 3 เข็มร้อยละ 73.7, 21.1 และ 5.2 ตามลำดับ (รูปที่ 4)

(อ่านต่อหน้า 558)

การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (LABORATORY SURVEILLANCE)

ตารางที่ 3 สรุปผลการแยกเชื้อจุลินทรีย์และปรสิตที่ทำให้เกิดโรค ประเทศไทย
ประจำสัปดาห์ที่ 36 (5 -11 กันยายน 2537)

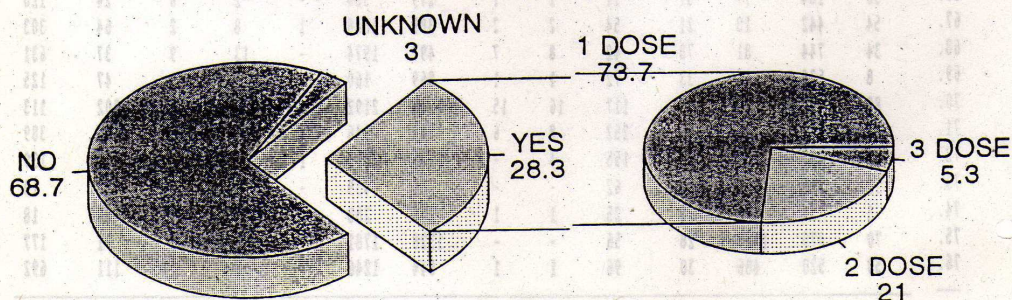
Table III Summary-Identification of Specified Bacteria,Virus and Protozoa ,Thailand,
Week ending , September 5 - 11, 1994 (36th week)

Organism	Total	Cum	Positive		*Province	**Cum Positive	
	exam.	exam.	no.	%	(number)	no.	%
Rabies	41	5170	25	60.98	7	2519	48.72
B.anthraxis	0	111	0	0.00	0	0	0.00
B.pertussis	1	291	0	0.00	0	0	0.00
C.diphtheriae	21	2284	0	0.00	0	4	0.18
E.histolytica	1059	43962	6	0.57	4	481	1.09
Escherichia coli	988	48260	29	2.94	9	1071	2.22
Salmonella spp.	1310	69177	22	1.68	9	949	1.37
Salmonella typhi	1204	63046	0	0.00	0	36	0.06
Shigella spp.	1096	69582	19	1.73	9	1480	2.13
S.aureus	3165	109258	99	3.13	18	4347	3.98
Streptococcus spp.	2918	100080	36	1.23	12	1849	1.85
Vibrio para.	1197	73282	51	4.26	9	1749	2.39
Plasmodium falciparum	4474	167646	25	0.56	10	1175	0.70
Plasmodium vivax	4474	163140	3	0.07	2	369	0.23
Plasmodium unspesified	4474	165868	0	0.00	0	244	0.15
Trichinella spiralis	412	20801	0	0.00	0	0	0.00

* Province = จำนวนจังหวัดที่ตรวจพบเชื้อ, ** Cum positive = จำนวนพบเชื้อสะสมตั้งแต่ต้นปี
แหล่งข้อมูลหน่วยชั้นสูตรสาธารณสุข กองมาตรฐานชั้นสูตรสาธารณสุข

รายงานสถานการณ์โรคบาดทะยัก (ต่อจากหน้า 552)

รูปที่ 4 History of T.T. immunization in mothers of Neonatal Tetanus cases in Thailand, 1993



3. ประวัติการคลอด

จากรายงานการสอบสวนโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดปี 2536 พบว่ามารดาผู้ป่วยเกือบทุกราย คลอดที่บ้าน มีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 3.0) ที่คลอดในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนั้นทำคลอดโดยหมอดำแย ทำคลอดด้วยตนเอง และคลอดกับพยาบาลและผดุงครรภ์ เป็นร้อยละ 56.7, 4.5 และ 13.4 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ใช้มีดและกรรไกรเป็นเครื่องมือตัดสายสะดือ แต่มีถึงร้อยละ 28.3 ที่ใช้ไม้รวก ไม้ไผ่ และเปลือกหอย ตัดสายสะดือทารกแรกเกิด หมอดำแยที่ทำคลอดผ่านการอบรมผดุงครรภ์โบราณเพียงร้อยละ 29.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการคลอด

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่คลอด		
บ้าน	65	97.0
โรงพยาบาลชุมชน	2	3.0
ผู้ทำคลอด		
หมอดำแย	38	56.7
ทำคลอดเอง	3	4.5
ผดุงครรภ์	7	10.4
สามี	2	3.0
ญาติ	12	17.9
ไม่ตอบ	3	4.5
พยาบาล	2	3.0
เครื่องมือตัดสายสะดือ		
มีด	26	38.8
กรรไกร	22	32.8
ไม้รวก	8	11.9
ไม้ไผ่	8	11.9
เปลือกหอย	3	4.5
การผ่านการอบรมของหมอดำแย		
เคย	7	29.2
ไม่เคย	15	62.5
ไม่ตอบ	2	8.3

4. การปฏิบัติตนหลังคลอด

มารดาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ทำความสะอาดสายสะดือทารกด้วยตนเองร้อยละ 31.8 และหมอด้ายเย ผดุงครรภ์ และพยาบาลเป็นผู้ทำความสะอาดสายสะดือทารกร้อยละ 13.9, 3.0 และ 1.5 ตามลำดับ แต่มีร้อยละ 21.2 ที่ไม่ได้ทำความสะอาดสายสะดือเด็กหลังคลอด สิ่งของที่มีมารดาใส่สะดือเด็ก ประกอบด้วยผงพิเศษตรา ร่มชูชีพ รังหมาล่า ขมิ้น เหม่าควัน ฯลฯ (ตารางที่ 3) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากญาติ หมอด้ายเย และจาก ความเชื่อถือดั้งเดิม

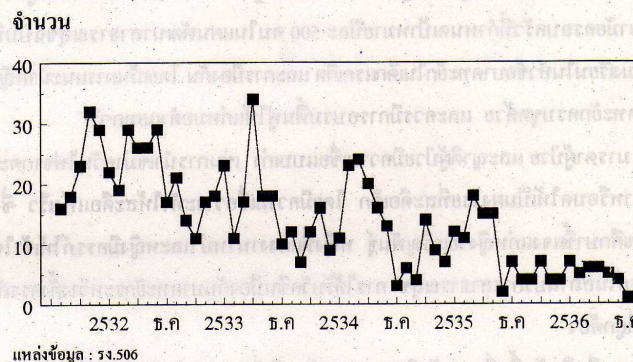
ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอด

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ทำความสะอาดสายสะดือ		
มารดา	21	31.8
หมอด้ายเย	9	13.9
ผดุงครรภ์	2	3.0
พยาบาล	1	1.5
ไม่ได้ทำ	14	21.2
ไม่ตอบ	11	16.7
อื่นๆ	8	12.1
การใส่สิ่งของที่สะดือเด็ก		
ใส่	32	50.0
ไม่ใส่	28	43.8
ไม่ตอบ	4	6.3
สิ่งของที่ใส่สะดือเด็ก		
ผงพิเศษตราร่มชูชีพ	6	18.7
รังหมาล่า	6	18.7
ขมิ้น และเหม่าควัน	5	15.6
ยอคนใบสมุนไพร	2	6.3
ยาฆ่าเชื้อ	2	6.3
อื่นๆ	7	21.9
ไม่ตอบ	4	12.5

5. ประวัติการเจ็บป่วย

จากรายงาน 506 พบว่ามีรายงานการเกิดโรคตลอดปี ไม่ผันแปรตามฤดูกาล (รูปที่ 5) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดร้อยละ 70.2 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน (จากรายงานการสอบสวนโรค) ผลการรักษาพบว่าหายร้อยละ 52.2 เสียชีวิตร้อยละ 44.8 ยังไม่ทราบผลการรักษาร้อยละ 3 อัตราส่วนการเสียชีวิตและการหายใกล้เคียงกันคือ 1:1.2 (ตารางที่ 4)

รูปที่ 5 แสดงการกระจายของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด ปี 2532-2536, ประเทศไทย



ตารางที่ 4 แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่รักษา	รพศ.	10	14.9
	รพท.	37	55.3
	รพช.	12	17.9
	สถานีนอนามัย	1	1.5
	รพ.แม่และเด็ก	1	1.5
	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ	6	8.9
ผลการรักษา	หาย	35	52.2
	เสียชีวิต	30	44.8
	กำลังรักษา	2	3.0

สรุป

สถานการณ์โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดในปี 2536 พบว่ามีอัตราป่วยและอัตราตายลดลง ตั้งแต่ปี 2521 ผู้ป่วยกระจายไปทุกภาคของประเทศไทย เพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่บิดา-มารดาผู้ป่วยมีอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง ผู้ป่วยอาศัยอยู่นอกเขตสุขภาพิบาด มารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ไปฝากครรภ์และไม่ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก มารดาผู้ป่วยเกือบทุกรายคลอดที่บ้าน ส่วนใหญ่ทำคลอดกับหมอดำแต่ที่ไม่ได้ผ่าน

7. ถ้ากรณีมีโรคผู้ป่วยคลอดในโรงพยาบาล หรือหน่วยงานบริการสาธารณสุขของรัฐ เจ้าหน้าที่ จะต้องให้ศึกษาแก่มารดาเกี่ยวกับสิ่งของที่จะใช้ใส่สะดือด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ จะไม่สามารถสำเร็จลงไปได้ด้วยดี ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากนายแพทย์ชูวิทย์ ลิขิตยักรวรา ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดพิมพ์เผยแพร่ผลงาน นายแพทย์ ศิริศักดิ์ วรันทราวาท หัวหน้ากลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ และคุณองอาจ เจริญสุข ผู้เชี่ยวชาญด้าน สาธารณสุข ที่ได้ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ พร้อมทั้งผู้ให้การสนับสนุนท่านอื่นๆ ที่มีได้ กล่าวถึงในที่นี้ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ. แผนปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปีงบประมาณ 2537.
2. กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานอนามัยแม่และเด็ก, พ.ศ. 2535-2539.
3. กองอนามัยครอบครัว. สรุปผลการอบรมฟื้นฟูความรู้ผดุงครรภ์โบราณ และอบรมแม่ตัวอย่างภายใต้ ความช่วยเหลือขององค์การยูนิเซฟ ปี 2534.
4. กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2535.
5. คำณวน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ. การสำรวจความรู้ และการปฏิบัติของผดุงครรภ์โบราณ ในจังหวัด นครสวรรค์ต่อการแนะนำหญิงมีครรภ์ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก, การอนามัยและสิ่งแวดล้อม (7) ก.ย-ธ.ค., 2527.
6. ชูลิพร จิรพงศา. รายงานการเฝ้าระวังโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด ประเทศไทย พ.ศ. 2534-2535, โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา) 2536
7. ฝ่ายระบบหายใจอีกเสบเฉียบพลันในเด็ก, กองวัณโรค, กรมควบคุมโรคติดต่อ. โรคเด็กที่พบบ่อย, 2537.
8. ฝ่ายโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ. แผนปฏิบัติงานประจำปี 2537.
9. สมชาย สุพันธุ์วิช. การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อ, สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ กทม., 2532
10. Chongsuvivatwong, V., and others. Control of Neonatal Tetanus in Southern Thailand, International Journal of Epidemiology. Vol. 22 (5), 1993
11. Pitaksiripan. S., Tetanus neonatorum in Lampang Hospital, Bull Lampang Hosp.,3 (2), 1982.
12. Swaddiwndhipong, W., and others. Surveillance of Neonatal tetanus in Thailand, 1977-1989. J Med Assoc Thai, November, 1989

การอบรมผดุงครรภ์โบราณ หมอตำแยใช้อุปกรณ์ที่ไม่สะอาดตัดสายสะดือขณะทำคลอด มีการตกแต่งสายสะดือทารก โดยใส่ยาหรือสิ่งของที่อาจมีการปนเปื้อนเชื้อบาดทะยัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ผลการรักษาพบว่าอัตราส่วนเสียชีวิต : หาย เท่ากับ 1 : 1.2

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว ทารกยังมีโอกาสเป็นโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนายแพทย์ค่านวน อึ้งชูศักดิ์ (2527) ที่พบว่า กลุ่มผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้วน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่มีความรู้และปฏิบัติการทำคลอดที่ถูกต้อง ดังนั้นการอบรมฟื้นฟูความรู้ผดุงครรภ์โบราณของกองอนามัยครอบครัวที่กำหนดเป้าหมายปีละ 500 คนในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 จึงควรมีการเพิ่มจำนวนชั่วโมงเรียนในหัวข้อบาดทะยักในเด็กแรกเกิด และการป้องกัน โดยเน้นการแนะนำหญิงมีครรภ์ไปฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบชุดด้วย และควรมีการอบรมฟื้นฟูให้แก่หมอตำแยทุกปี

2. มารดาผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยมีความเชื่อแบบเก่า เช่นการนำขมำควันไฟจากตะเกียง, รังหมาว่าตามฝาน้ำนมตำหรือบดให้เป็นผงโรยที่สะดือเด็ก โดยมีความเชื่อว่าจะทำให้สะดือแห้งเร็ว ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง จึงควรให้สุศึกษาขึ้นเงแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงที่แต่งงานใหม่ และหญิงมีครรภ์ให้เข้าใจเรื่องประโยชน์ของการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข การได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักระหว่างตั้งครรภ์ และการดูแลทารกหลังคลอดที่ถูกต้อง

3. การยึดติดกับพื้นที่ที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการครอบคลุมการให้วัคซีนส่วนใหญ่จะคำนึงถึงกลุ่มเสี่ยงที่มีรายชื่ออยู่ในพื้นที่ตนเอง ดังนั้นในการให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆจะไม่ครอบคลุมคนที่อพยพมาจากที่อื่น (ร้อยละ 9.7) จึงควรมีการประสานงานระหว่างพื้นที่ เพื่อสามารถบริการประชาชนได้อย่างครบถ้วน

4. อัตราป่วยตายของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด จากรายงานการสอบสวนโรค ปี 2536 เป็น ร้อยละ 44.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ ศ.พิทักษ์ศิริพันธ์ ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยบาดทะยักในเด็กแรกเกิด โรงพยาบาลลำปางในปี 2521-2524 พบว่าอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 53.8 แต่สูงกว่ารายงาน ปี 2536 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 28.4 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่ามีการติดตามผลการรักษาไม่ครบทุกราย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาในจังหวัดต้องติดตามผลการรักษา และส่งบัตร รง.507 ทันทีเมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

5. ในแผนงานอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. 2535-2537 ได้กำหนดกิจกรรมในการให้บริการดูแลมารดาและทารกภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอดอย่างน้อย 3 ครั้งโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้บริการดูแลทารกแรกเกิดภายใน 7 วันหลังคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อให้คำแนะนำและสามารถค้นพบโรคได้เร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาที่ ซึ่งจะช่วยให้อัตราป่วยตายลดลงได้

6. จะต้องดำเนินการสอบสวนโรคเฉพาะรายทุกคน เมื่อได้รับรายงานผู้ป่วยบาดทะยักในเด็กแรกเกิด โดยให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง