

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

จิรัชย์พล ไทยานันท์ (พ.บ.)

สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย

บทคัดย่อ

บริบท ภาวะตกเลือดใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา ร้อยละ 27 ทั่วโลก ความชุกของไทย ปี พ.ศ.2552 ถึง 2558 พบร้อยละ 2.30, 2.37, 2.44, 2.40, 2.39, 2.54 และ 2.65 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับการศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดยังมีผลวิจัยที่แตกต่างตามภูมิภาคของไทย และผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2558 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2563 ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา 2,569 คนกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์คัดเข้า 1) คลอดบุตรทางช่องคลอด 2) ปริมาณเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิเมตรภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ได้กลุ่มตัวอย่าง 94 คน ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการทดสอบ Chi-Square

ผลการวิจัย พบความชุกของการตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 6.14 ปริมาณตกเลือดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 4.51 ตกเลือดระดับรุนแรง ร้อยละ 1.63 สาเหตุหลักคือ การฉีกขาดของช่องคลอด ร้อยละ 47.9 รองลงมาคือ มดลูกหดตัวไม่ดี ร้อยละ 21.3 ปัจจัยลักษณะทั่วไป พบว่า อายุ สัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอด ($p < .05$) ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ คือ ระยะของการคลอดผิดปกติ

สรุป ความชุกของการตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการคลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา มีความชุกสูงกว่าที่พบในระดับประเทศ สาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากการฉีกขาดของช่องคลอด และภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด และสาเหตุของการตกเลือด นำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาได้

คำสำคัญ การตกเลือดหลังคลอด ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การคลอดบุตรทางช่องคลอด การฉีกขาดฉีกเย็บในระยะคลอด มดลูกหดตัวไม่ดี

ผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบ

จิรัชย์พล ไทยานันท์

สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย

E-mail: jerusphol_ob@hotmail.com

Prevalence and risk factors affecting early postpartum hemorrhage among vaginal delivery at Burapha University Hospital

Jerusphol Thaiyanan (M.D.)

Division of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, Thailand

Abstract

Context: Early postpartum hemorrhage is the leading cause of maternal deaths, accounting for 27% of all maternal deaths worldwide. The prevalence of deaths from early postpartum hemorrhage in Thailand during 2009-2015 was 2.30%, 2.37%, 2.44%, 2.40%, 2.39%, 2.54% and 2.65%, respectively. Prevalence studies and risk factors for vaginal postpartum hemorrhage vary across regions in Thailand and the results of the research can be used as a guideline for caring for pregnant women.

Objective: To study the prevalence, risk factors and causes of early postpartum hemorrhage within the first 24 hours among vaginal deliveries at Burapha University Hospital, as well as to identify factors related to the among of early postpartum hemorrhage.

Materials and methods: A retrospective descriptive study was conducted between January 1, 2015 and December 31, 2020. The population comprised of all 2,569 pregnant women who gave birth at Burapha University Hospital. The following inclusion criteria 1) vaginal delivery, and 2) blood loss ≥ 500 ml. within 24 hours after delivery, thus 94 participants were included in the study.

Results: The prevalence of early postpartum hemorrhage among vaginal deliveries was 6.14%, of minor postpartum hemorrhage was 4.51%, and of major postpartum hemorrhage was 1.63%. The principle causes of hemorrhage were vaginal laceration (47.9%), and uterine atony (21.3%). Factors associated with increased risk for postpartum hemorrhage were age ($p < .05$). and prolonged stage of intrapartum ($p < .01$).

Conclusion: The prevalence of early postpartum hemorrhage among women who had vaginal birth at Burapha University Hospital, was higher than that reported nationally. The most common causes of postpartum hemorrhage were genital tract laceration and uterine atony. Factors associated with the amount of early postpartum hemorrhage were age, duration of intrapartum period and cause of hemorrhage. The findings would inform the development of care practices to prevent early postpartum hemorrhage in order to reduce maternal mortality.

Keywords: Postpartum hemorrhage, Prevalence and risk factors for early postpartum hemorrhage, Vaginal delivery, Genital tract laceration, Uterine atony

Corresponding author: Jerusphol Thaiyanan
Division of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine,
Burapha University, Chonburi, Thailand.
E-mail: jerusphol_ob@hotmail.com

Received: July 20, 2022

Revised: September 20, 2022

Accepted: September 21, 2022

การอ้างอิง

จิรัสย์พล ไทยานันท์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. บวรพาเวชสาร. 2566; 10(1): 1-17.

Citation

Thaiyanan J. Prevalence and risk factors affecting early postpartum hemorrhage among vaginal delivery at Burapha University Hospital. Bu J Med. 2023; 10(1): 1-17.

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage ; PPH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สตรีตั้งครรภ์เสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรจากการคลอดทางช่องคลอด หรือ เสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด หลังจากสิ้นสุดระยะที่สามของการคลอด¹ สามารถแบ่งชนิดของ PPH จำแนกตามระยะเวลาของการคลอดออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early PPH) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันที จนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด และ 2) การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late PPH) หมายถึง การตกเลือดหลัง 24 ชั่วโมงจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด² นับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความเสี่ยงสูงทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นได้บ่อย ๆ ในช่วงระยะหลังคลอดและเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตของมารดาได้ ซึ่งยังเป็นปัญหาของทั่วโลก ในเอเชียและรวมทั้งประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตของมารดาพบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญ โดยทั่วโลกพบร้อยละ 27.1³ ทวีปเอเชียพบร้อยละ 30.8⁴ และประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 – 2563 พบร้อยละ 38.0⁵ โดยสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกที่พบได้บ่อย ๆ มี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด รองลงมา ได้แก่ การฉีกขาดของช่องทางการคลอด (genital tract laceration) มีเศษรก/เนื้อเยื่อค้าง (retained placental tissue) และ ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (defects of coagulation)⁶ สาเหตุดังกล่าวเหล่านี้พบว่ามีปัจจัยความเสี่ยงสูงที่ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดได้ คือ โลหิตจาง (anemia) โดยระดับฮีโมโกลบินในระยะตั้งครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กรัม/เดซิลิตร การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เคยมีการตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน

เนื้องอกในโพรงมดลูก รกเกาะต่ำ รกเกาะลึก ตั้งครรภ์แฝดและกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁷

ดังนั้นด้วยเหตุที่การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้มารดาเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจำนวนมาก จึงเป็นสาระสำคัญที่ผู้วิจัยได้พิจารณานำมาศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในรายที่คลอดบุตรทางช่องคลอด ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งจะได้นำไปสู่การกำหนดแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานที่ดีในดูแลและป้องกันทั้งระยะก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ (การฝากครรภ์) และระยะคลอดให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด และเพื่อควบคุมความชุกให้มีอัตราการลดลงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดบุตรทางช่องคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

สมมติฐาน

1. ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดบุตรทางช่องคลอด
2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติการตกเลือด น้ำหนักก่อนคลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด น้ำหนักทารก ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ผู้ทำคลอด ยาที่ได้รับในขณะตั้งครรภ์และในระยะคลอด สาเหตุของการตกเลือด มีความสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดบุตรทางช่องคลอด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคลอดบุตรทางช่องคลอด และมีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2563 เป็นระยะเวลา 6 ปี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนนำมาลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 2,569 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 94 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการคลอดบุตรทางช่องคลอด
2. มีปริมาณการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

เกณฑ์คัดออก

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าคลอดบุตร
2. ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การตกเลือดระดับเล็กน้อย (minor postpartum hemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอด ตั้งแต่ 500 ถึง 1,000 มิลลิลิตร และเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดบุตร⁸

การตกเลือดระดับรุนแรง (major postpartum hemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอด มากกว่า 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป และเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดบุตร⁹ การวัดปริมาณการสูญเสียเลือด หมายถึง การวัดปริมาณการสูญเสียเลือดที่ออกทางช่องคลอด ซึ่งผู้ทำคลอดเป็นผู้ประเมินโดยใช้ถุงตวงเลือดวัดปริมาณการเสียเลือดนับตั้งแต่ทารกคลอดจนกระทั่งเย็บแผลเสร็จ และหลังจากนั้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พยาบาลเวรห้องคลอดและหลังคลอด ประเมินการเสียเลือดโดยให้มารดาใส่กางเกงผ้าอ้อมผู้ใหญ่และนำมาชั่งน้ำหนักเพื่อวัดปริมาณเลือดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัว
2. แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติการตกเลือด น้ำหนักก่อนคลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด น้ำหนักทารก ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ผู้ทำคลอด ยาที่ได้รับในขณะตั้งครรภ์และในระยยะคลอด สาเหตุของการตกเลือด และปริมาณการตกเลือดหลังคลอด
3. แบบบันทึกการรักษา ประกอบด้วย Uterotonic agent และการให้เลือด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ใบอนุญาต HS055/2564(E1) วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2564

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และมีภาวะตกเลือดหลังคลอด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกจากแฟ้มเวชระเบียนและข้อมูลการคลอด ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง และข้อมูลการรักษา ตามแบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดบุตรทางช่องคลอด ใช้การวิเคราะห์ Chi-Square ที่ระดับนัยสำคัญ ระดับที่ $\alpha = 0.05$

ผลการศึกษาวิจัย

ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2563 พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 2,569 ราย แบ่งเป็น การคลอดทางช่องคลอด 1,530 ราย (ร้อยละ 59.56) โดยเป็นการคลอดท่าศีรษะ 1,520 ราย (ร้อยละ 99.35) และคลอดท่าก้น 10 ราย (ร้อยละ 0.65) และการผ่าตัดคลอด 1,039 ราย (ร้อยละ 40.44) พบภาวะตกเลือดหลังคลอดบุตรทางช่องคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.66 ของผู้มาคลอดทั้งหมด และ ร้อยละ 6.14 ของการคลอดทางช่องคลอด โดยเสียเลือดปริมาณ 500-1000 มิลลิลิตร

69 ราย (ร้อยละ 4.51) และ เสียเลือดปริมาณมากกว่า 1000 มิลลิลิตร 25 ราย (ร้อยละ 1.63) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) และแสดงรายละเอียดข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2)

การรักษาผู้ป่วยตกเลือดหลังการคลอดบุตรทางช่องคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก ด้วย Uterotonic agents ได้แก่

1. Oxytocin และ Methylergonovine 55 ราย (ร้อยละ 58.5)
 2. Oxytocin 25 ราย (ร้อยละ 26.6)
 3. Oxytocin และ Methylergonovine และ Misoprostol 7 ราย (ร้อยละ 7.4)
 4. Oxytocin และ Misoprostol 2 ราย (ร้อยละ 2.1)
 5. Oxytocin และ Tranexamic acid 1 ราย (ร้อยละ 1.1)
 6. Methylergonovine 1 ราย (ร้อยละ 1.1)
- การให้เลือด
1. ไม่ได้ให้เลือด 74 ราย (ร้อยละ 78.7)
 2. ให้เลือด 2 Unit 13 ราย (ร้อยละ 13.8)
 3. ให้เลือด 1 Unit 4 ราย (ร้อยละ 4.3)
 4. ให้เลือด 3 Unit 1 ราย (ร้อยละ 1.1)
 5. ให้เลือด 4 Unit 1 ราย (ร้อยละ 1.1)
 6. ให้เลือด 6 Unit 1 ราย (ร้อยละ 1.1)

จากการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปที่สัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอด ($p\text{-value} = .031$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรก

ลักษณะทั่วไป	จำนวน n = 94	ร้อยละ
อายุ (อายุเฉลี่ย = 26.71, Max = 42, Min = 15 ปี)		
< 20 ปี	11	11.70
20-34 ปี	66	70.21
≥35 ปี	17	18.09
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	7.4
ประถมศึกษา	19	20.2
มัธยมศึกษา	47	50.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	21	22.3
อาชีพ		
รับจ้าง	46	48.9
ไม่ได้ทำงาน	27	28.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	14.9
แม่บ้าน	4	4.3
รับราชการ	3	3.2
สิทธิการรักษา		
สิทธิประกันสังคม แห่งอื่น	26	27.7
สิทธิประกันสุขภาพ แห่งอื่น	19	20.2
ชำระเงินเอง	17	18.1
สิทธิประกันสุขภาพ รพ.ม.บูรพา	17	18.1
สิทธิประกันสังคม รพ.ม.บูรพา	14	14.9
สิทธิข้าราชการ	1	1.1
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	81	86.2
Anemia	9	9.6
Thyroid	2	2.1
Hepatitis B virus infection	1	1.1
Thrombocytopenia	1	1.1

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน n = 94	ร้อยละ
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ค่าเฉลี่ย = 55.23, Max = 100, Min = 31		
< 40 กก.	4	4.3
40-59 กก.	62	66.0
60-79 กก.	24	25.5
80-99 กก.	3	3.2
≥ 100 กก.	1	1.1
จำนวนครั้งการฝากครรภ์		
0 ครั้ง	4	4.3
<5 ครั้ง	16	17.0
≥5 ครั้ง	74	78.7
จำนวนการตั้งครรภ์ Gravidity, Max = 8, Min = 1		
Primigravida	38	40.4
Multigravida	52	55.3
Grand multigravida	4	4.3
ผู้ป่วยที่มีประวัติตกเลือด		
ครรภ์ที่ 3	2	2.1
ครรภ์ที่ 4	1	1.1
ครรภ์ที่ 5	1	1.1
น้ำหนักก่อนคลอด ค่าเฉลี่ย = 70.1 กก., Max = 113, Min = 47		
40-59 กก.	17	18.1
60-79 กก.	60	63.8
80-99 กก.	16	17.0
≥ 100 กก.	1	1.1
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ย = 14.45 กก., Max = 30, Min = 1		
< 10 กก.	17	18.1
10.0-14.9 กก.	34	36.2
≥ 15 กก.	43	45.7
อายุครรภ์ขณะคลอด		
< 37 สัปดาห์	10	10.6
37-40 สัปดาห์	80	85.1
> 40 สัปดาห์	4	4.3
ระยะเวลาของการคลอดผิดปกติ		
Normal	83	88.3
Prolong 2 nd stage	1	1.1
Prolong 3 rd stage	10	10.6

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน n = 94	ร้อยละ
น้ำหนักทารก (Neonatal birth weight) ค่าเฉลี่ย = 3,230.02 กรัม Max = 4,220 Min = 2,510		
< 2500 กรัม	0	0.0
2500-3499 กรัม	73	77.7
3500-3999 กรัม	18	19.1
≥4000 กรัม	3	3.2
Blood loss ค่าเฉลี่ย = 872.34 ml. Max = 3,900 Min = 500		
500 – 1000 ml.	69	73.4
1000 -1500 ml.	19	20.2
>1500 ml.	6	6.4
ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	92	97.9
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	1	1.1
ภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์	1	1.1
ผู้ทำคลอด		
Nurse	81	86.2
Staff	8	8.5
Intern	4	4.3
Extern	1	1.1
การใช้ยากระตุ้นคลอดด้วย Oxytocin		
Yes	72	76.6
No	22	23.4
สาเหตุของการตกเลือด		
Genital tract laceration	45	47.9
Uterine atony	20	21.3
Laceration + Uterine atony	19	20.2
Retain Placenta + Uterine Atony	7	7.4
Retain placenta	3	3.2

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้สถิติ Chi-Square (χ^2)

ลักษณะทั่วไป	การตกเลือดหลังคลอด						χ^2	p-value
	500-1000 มล.		1001-1500 มล.		>1500 มล.			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ							10.616	.031*
<20 ปี	9	13.0	1	5.3	1	16.7		
20-30 ปี	54	78.3	16	84.2	2	33.3		
มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	6	8.7	2	10.5	3	50.0		
ระดับการศึกษา							6.586	.361
ไม่ได้เรียน	6	8.7	1	5.3	0	.0		
ประถมศึกษา	14	20.3	2	10.5	3	50.0		
มัธยมศึกษา	32	46.4	12	63.2	3	50.0		
ปริญญาตรีขึ้นไป	17	24.6	4	21.1	0	0.0		
อาชีพ							7.023	.534
รับจ้าง	29	42.0	12	63.2	5	83.3		
ไม่ได้ทำงาน	23	33.3	3	15.8	1	16.7		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12	17.4	2	10.5	0	0.0		
แม่บ้าน	3	4.3	1	5.3	0	0.0		
รับราชการ	2	2.9	1	5.3	0	0.0		
สิทธิการรักษา							9.340	.500
สิทธิประกันสังคม แห่งอื่น	18	26.1	6	31.6	2	33.3		
สิทธิประกันสุขภาพ แห่งอื่น	16	23.2	3	15.8	0	0.0		
ชำระเงินเอง	14	20.3	1	5.3	2	33.3		
สิทธิประกันสุขภาพ รพ.ม.บูรพา	12	17.4	4	21.1	1	16.7		
สิทธิประกันสังคม รพ.ม.บูรพา	9	13.0	4	21.1	1	16.7		
สิทธิข้าราชการ	0	0.0	1	5.3	0	0.0		
ประวัติโรคประจำตัว							14.862	0.062
ไม่มีโรคประจำตัว	62	89.9	14	73.7	5	83.3		
Thyroid	1	1.4	0	0.0	1	16.7		
Anemia	5	7.2	4	21.1	0	0.0		
Hepatitis B virus infection	0	0.0	1	5.3	0	0.0		
Thrombocytopenia	1	1.4	0	0.0	0	0.0		

ด้านปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคลอดบุตรทาง ช่องคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่า ระยะเวลาของการคลอดผิดปกติ ($\chi^2 = 26.553, p\text{-value} = .000$) มีความสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างกับการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้สถิติ Chi-Square (χ^2)

ปัจจัยเสี่ยง	การตกเลือดหลังคลอด						χ^2	p-value
	500-1000 มล.		1001-1500 มล.		>1500 มล.			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์							6.742	.565
<40 กก.	3	4.3	1	5.3	0	0.0		
40-59 กก.	48	69.6	11	57.9	3	50.0		
60-79 กก.	15	21.7	7	36.8	2	33.3		
80-99 กก.	2	2.9	0	0.0	1	16.7		
>100 กก.	1	1.4	0	0.0	0	0.0		
จำนวนครั้งการฝากครรภ์							3.345	.502
0 ครั้ง	3	4.3	1	5.3	0	0.0		
<5 ครั้ง	9	13.0	5	26.3	2	33.3		
≥5 ครั้ง	57	82.6	13	68.4	4	66.7		
จำนวนการตั้งครรภ์ Gravidity							4.576	.334
Primigravida	32	46.4	5	26.3	1	16.7		
Multigravida	34	49.3	13	68.4	5	83.3		
Grand multigravida	3	4.3	1	5.3	0	0.0		
ผู้ป่วยที่มีประวัติตกเลือด	.315	.854						
Yes	3	4.3	1	5.3	0	0.0		
No	66	95.7	18	94.7	6	100.0		
น้ำหนักก่อนคลอด							.512	.998
40-59 กก.	12	17.4	4	21.1	1	18.1		
60-79 กก.	44	63.8	12	63.2	4	63.8		
80-99 กก.	12	17.4	3	15.8	1	17.0		
>100 กก.	1	1.4	0	0.0	0	0.0		
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น							6.015	.198
< 10 กก.	11	15.9	3	15.8	3	50.0		
10.0-14.9 กก.	28	40.6	5	26.3	1	16.7		
≥ 15 กก.	30	43.5	11	57.9	2	33.3		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างกับการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้สถิติ Chi-Square (χ^2) (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	การตกเลือดหลังคลอด						χ^2	p-value
	500-1000 มล.		1001-1500 มล.		>1500 มล.			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุครรภ์ขณะคลอด							3.095	.542
< 37 week	8	11.6	1	5.3	1	16.7		
37-40 week	59	58.5	16	84.2	5	83.3		
>40 week	2	2.9	2	10.5	0	0.0		
ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด							26.553	.000**
Normal	66	95.7	15	78.9	2	33.3		
Prolong 2 nd stage	1	1.4	0	0.0	0	0.0		
Prolong 3 rd stage	2	2.9	4	21.1	4	66.7		
น้ำหนักทารก							1.312	.859
< 2500 กรัม	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
2500-3499 กรัม	54	78.3	15	78.9	4	66.7		
3500-3999 กรัม	13	18.8	3	15.8	2	33.3		
≥4000 กรัม	2	2.9	1	5.3	0	0.0		
กระตุ้นการคลอดด้วย Oxytocin							2.365	.307
Yes	51	73.9	17	89.5	4	66.7		
No	18	26.1	2	10.5	2	33.3		
ผู้ทำคลอด							3.780	.706
Staff	5	7.2	3	15.8	0	0.0		
Intern	4	5.8	0	0.0	0	0.0		
Extern	1	1.4	0	0.0	0	0.0		
Nurse	59	85.5	16	84.2	6	100.0		

หมายเหตุ : * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิจารณ์

ความชุกของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 6 ปี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีความชุก ร้อยละ 3.66 ของผู้มาคลอดทั้งหมด และร้อยละ 6.14 ของการคลอดทางช่องคลอด สอดคล้อง

กับความชุกของภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ระดับโลกที่มีความชุก ร้อยละ 3-5 ของการคลอดทั้งหมดจากรายงานของ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)⁹ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉลี่ยทั่วโลก ประมาณ ร้อยละ 6.5 ในปี พ.ศ. 2554 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2559 โดยความชุกสูงขึ้น ร้อยละ 4.5¹⁰ มีอัตราสูงที่สุดในทวีป

แอฟริกา ร้อยละ 25.7 ละตินอเมริกา และเอเชีย ร้อยละ 8 อเมริกาเหนือและยุโรป ร้อยละ 13 และกลุ่มประเทศที่เป็นหมู่เกาะ ร้อยละ 7.2¹¹ จากการศึกษาพบว่าความชุกของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดสูงกว่าสถิติจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์หรือความชุกของการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2558 พบร้อยละ 2.30, 2.37, 2.44, 2.40, 2.39, 2.54 และ 2.65⁷ เมื่อวิเคราะห์จากสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด พบร้อยละ 47.9 ซึ่งผู้ทำคลอดส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ สูงถึงร้อยละ 86.2 ที่ยังขาดทักษะในการเย็บแผลฉีกขาดของช่องคลอด ทำให้ใช้เวลานานในการทำการหัตถการจึง ส่งผลให้หยุดเลือดล่าช้าเกิดการตกเลือดหลังคลอดที่มีปริมาณมากขึ้น แนวทางป้องกัน 2 ประการ คือ 1) จัดทำแนวทางการปฏิบัติประเมนปัจจัยเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอด หากตรวจพบปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการฉีกขาดของช่องคลอด ได้แก่ (1) การคลอดครั้งแรก (2) น้ำหนักทารกมากกว่า 4 กิโลกรัม (3) การคลอดติดไหล่ (4) ระยะที่สองของการคลอดนานผิดปกติ (5) มีการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ (6) ท่าศีรษะของทารกอยู่ในท่า occiput posterior¹² ให้ปรึกษาสูติแพทย์เพื่อร่วมการดูแลการคลอดและประเมินบาดแผลและทำการรักษาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว และ 2) ฝึกทักษะให้พยาบาลประเมินบาดแผลที่ช่องคลอด และฝึกทักษะการเย็บแผลให้ชำนาญขึ้น ซึ่งสามารถช่วยป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอดให้น้อยลง ซึ่งอุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พบบ่อยขึ้นนี้เป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก² โดยคณะนว่าจะมีมารดาเสียชีวิต 1 คนในทุก ๆ 4 นาที¹³ นอกจากนี้ในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ของการคลอดขณะที่อังกฤษพบ 1:100,000 ของการคลอด³ ในทวีปเอเชีย พบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะ

ตกเลือดหลังคลอด⁴ ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก จึงเป็นอุบัติการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังและหาแนวทางป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปที่สัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ส่วนใหญ่ อายุ อยู่ในช่วง 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.21 และมีอายุเฉลี่ย 26.17 ปี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ บุษยรัตน์ วงศ์วิริยะเวช และคณะ โดยพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 20 – 34 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.3¹⁴ และ การศึกษาของ ศิริวรรณ วิเลิศ และคณะ พบว่า มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอด มีอายุเฉลี่ย 26.54 ปี¹⁵ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.73) และสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Ononge et al พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างที่มาภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดอยู่ระหว่าง 19-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.7¹⁶

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคลอดบุตรทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่า ระยะเวลาของการคลอดผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ในกลุ่มที่มีภาวะตกเลือดมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร ส่วนใหญ่ มี Prolong 3rd stage คิดเป็นร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ วิเลิศ และคณะ ที่พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดระยะที่ 3 เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁴ สาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อันดับแรกคือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด ร้อยละ 47.9 รองลงมาคือ ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี

ร้อยละ 21.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ngwenya ที่พบว่า สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดที่พบได้มากที่สุด 2 อันดับแรก คือ มดลูกหดตัวไม่ดี ร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ การฉีกขาดของช่องทางการคลอด ร้อยละ 13.5¹⁷ แนวทางป้องกันโดยการทำให้มดลูกบีบตัวดีขึ้น ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์และระยะคลอด เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ในแต่สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดเพื่อทำการรักษาหรือลดระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงลงในช่วงระยะฝากครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยเฉพาะในช่วงหลังคลอด 24 ชั่วโมง เมื่อทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ได้ระบุไว้พร้อมกับประเมินความเสี่ยงเมื่อแรกพบพร้อมกับเตรียมความพร้อมทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเจาะเลือดเพื่อจองเลือด การเตรียมทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการร่วมดูแล และเตรียมชุดอุปกรณ์ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ยาหยุดเลือดและน้ำเกลือ และเฝ้าระวังภาวะตกเลือดมากขึ้น

จากการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดที่พบได้บ่อยจากการศึกษานี้ จึงมีแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดบุตรทางช่องคลอด จากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี และการฉีกขาดของช่องทางการคลอด ดังนี้

1. ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีได้แก่ มดลูกยืดขยายมากเกินไป (ตั้งครรภ์แฝด ทารกตัวโต น้ำคร่ำมาก) การติดเชื้อในโพรงมดลูก (ถุงน้ำคร่ำแตกนาน) การทำงานของมดลูกผิดปกติ (คลอดเร็ว คลอดช้า) มดลูกคลายตัว (ได้รับยา ยาดมสลบ terbutaline, nifedipine, MgSO₄) มดลูกปริ้น (ทำการคลอดรกอย่างรุนแรง รกเกาะที่ยอดมดลูก)¹⁸ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ทำให้มดลูกไม่สามารถหดตัวได้ดีส่งผลให้เลือดไหลไม่หยุดโดยแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอด

Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) ประกอบด้วย

1.1 การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ยา Oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ เป็นยาชนิดแรก โดยให้ทันทีหลังจากคลอดบุตรแล้ว ในกรณีที่ไม่สามารถให้ Oxytocin ให้พิจารณาให้ยาชนิดอื่น ๆ เช่น

(1) Misoprostol รับประทาน ขนาด 400-600 ไมโครกรัม

(2) Carbetocin 100 ไมโครกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ นานกว่า 1 นาที

(3) Methylergometrine 0.2 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ

1.2 ทำการ delayed cord clamping อย่างน้อย 1-3 นาที เพื่อลดอัตราซีดของทารกแรกเกิด

1.3 ทำการคลอดรกดด้วยวิธี controlled cord traction เพื่อช่วยลดระยะที่สามของการคลอด ทำให้เสียเลือดลดลง

1.4 หลังคลอดทำการประเมินการหดตัวของมดลูกผ่านทางหน้าท้อง เพื่อวินิจฉัยภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี¹⁸

2. การฉีกขาดของช่องทางการคลอด โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องคลอดแล้วตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ทารกตัวโตมากกว่า 4 กิโลกรัม การใช้สูติศาสตร์หัตถการ การคลอดติดไหล่ ระยะเวลาคลอดนานผิดปกติ การคลอดเฉียบพลัน การคลอดครั้งแรก ทารกท่าผิดปกติ และการตัดแผลฝีเย็บ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ช่องคลอดเกิดการยืดขยายมากกว่าปกติ หรือการคลอดที่เฉียบพลัน ผู้ทำคลอดไม่ได้ save perineum จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บของช่องคลอดและเสียเลือดมากจนเกิดตกเลือดหลังคลอดได้ เมื่อทราบถึงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้แล้วควรมีการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดอย่างใกล้ชิด¹⁸ โดยมีแนวทางการป้องกันการฉีกขาดของช่องทางการคลอดสามารถทำได้ตั้งแต่ระยะก่อนคลอดจนถึงคลอด ได้แก่

2.1 การนวดบริเวณฝีเย็บ ซึ่งการนวดฝีเย็บเป็นการทำให้บริเวณฝีเย็บมีความอ่อนนุ่มและยืดหยุ่นได้

ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ

(1) เริ่มนวดตั้งแต่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ไปจนถึงคลอด ทำการนวดวันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 10 นาที

(2) นัจย่อง ๆ หรือนอนชันเข้าขึ้น พร้อมกับใช้สารหล่อลื่นเช่นน้ำมันมะกอก k-y jelly ทาหล่อลื่นที่นิ้วหัวแม่มือและบริเวณฝีเย็บ

(3) สอดนิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างเข้าไปในช่องคลอด ระยะ 1-1.5 นิ้วแล้วทำการกดลงไปทางทวารหนัก แล้วถูไปมารอบช่องคลอดจนรู้สึกร้อนและเนื้อเยื่อขยายออก แล้วค่อย ๆ เคลื่อนย้ายไปตำแหน่งอื่นต่อ

(4) ใช้นิ้วหัวแม่มือขนาดด้านข้างของช่องคลอดไปมา ทิศทางลักษณะรูปตัว “U”

2.2 ประคบร้อน โดยใช้เจลร้อนหรือประคบจากสมุนไพรนำมาวางประคบเพื่อให้ฝีเย็บมีการยืดขยายและยืดหยุ่น โดยกระทำในระยะที่ 1, 2 ของการคลอด

2.3 การจัดทำในการคลอด พบว่าท่าคลอดที่เหมาะสม เช่น ท่าโค้งคลาน ท่านัจย่อง ๆ และท่ากึ่งนอนกึ่งนั่ง ซึ่งท่าเหล่านี้มีผลต่อแรงกดดันบริเวณฝีเย็บและพบว่าสามารถป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บได้ดี

2.4 ควบคุมการเคลื่อนไหวต่ำลงของทารกที่ถูกต้องตามกลไกการคลอดให้มากที่สุด เพื่อให้ฝีเย็บมีการยืดขยายไปพร้อมกับการเคลื่อนไหวต่ำลงของส่วนนำทารก โดยพยายามให้ทารกก้มศีรษะให้มากที่สุด และให้ส่วนนำที่เล็กที่สุดเป็นส่วนนำที่ผ่านปากช่องคลอดออกมาก่อน ทำให้ปากช่องคลอดมีการยืดขยายมาก่อน จึงสามารถช่วยลดการฉีกขาดของปากช่องคลอดลงได้

2.5 หลีกเลี่ยงใช้สูติศาสตร์หัตถการในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ เพราะการใส่คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด เป็นกระบวนการที่ต้องตัดฝีเย็บมากขึ้นทำให้เกิดโอกาสมีการฉีกขาดของฝีเย็บมากขึ้น¹⁹

ดังนั้นจึงควรมีวางแผนแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลภาวะตกเลือดหลังในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เพื่อป้องกันและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาให้มีประสิทธิผลดีขึ้น การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะก่อนคลอด การเฝ้าระวังการค้นหาปัจจัยเสี่ยง การรักษาปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นและความสามารถในการวินิจฉัยภาวะตกเลือดที่รวดเร็วและการรักษาที่ทันการณ์ ตอบสนองได้ตรงตามสาเหตุของการตกเลือด รวมถึงการสร้างความรู้ความตระหนักและพัฒนาทักษะการดูแลมารดาโดยการนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการคัดกรองและการดูแลมารดาเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะแรก ให้มีมาตรฐานที่ดีในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาต่อไป

สรุป

ความชุกของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา พบร้อยละ 3.66 ของผู้มาคลอดทั้งหมด และร้อยละ 6.14 ของการคลอดทางช่องคลอด ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคลอดบุตรทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่าระยะเวลาของการคลอดที่ผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดบุตรทางช่องคลอดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดพบว่า การฉีกขาดของช่องทางการคลอดพบได้มากที่สุด รองลงมาคือ ภาวะมดลูกหดตัวไม่เต็ม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่อนุญาตการใช้

สถานที่และข้อมูลในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกสถิติและนรีเวชวิทยาที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ ดร.เวธกา กลิ่นวิจิต ในการให้คำปรึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ข้อเสนอแนะในการดูแลและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Rouse, D. & Spong C.. William Obstetrics. 24th ed. New York : McGraw-Hill, 2014.
- Belfort MA, Lockwood CJ, Levine D, Barss VA. Overview of postpartum hemorrhage [Internet]. 2022 [accessed July 15, 2022]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=overview-of-postpartum-hemorrhage.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- World Health Organization, UNICEF, United Nations Population Fund and The World Bank. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. [Internet]. 2019 [accessed July 17, 2022]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
- Khan KS, Wojdyla D, SayL, Gülmezoglu AM, VanLookPF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006; 367: 1066–74.
- กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดา. กรุงเทพฯ: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio/download?id=79052&mid=30954&mkey=m_document&lang=th&did=24018
- Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician. 2007; 75: 875-82.
- นฤกร อิตุพร, ฐิติมา นุตราชวงศ์, อมรรัตน์ รัตนศิริ, กุลทลี บุญประเสริฐ, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, ทศนีย์ ณ พิกุล. ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากการคลอดทางช่องคลอด: การทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อภิมาน. เชียงรายเวชสาร. 2551; 10: 149-60.
- RCOG. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Green-top Guideline No. 52. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2017; 124: e106-e149.
- Ameh C, Althabe F. Improving postpartum hemorrhage care: Policy, practice, and research. Int J Gynaecol Obstet. 2022; 158: 4-5.
- Mvandal S., Kindimba C. Prevalence, causes and associated factors for postpartum haemorrhage (Pph) at St. Joseph Referral Hospital Peramiho-Songea, Tanzania; a hospital-based retrospective cross-sectional study. Preprints 2021, 2021090417.

11. Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, Wagner KS, Adler AJ, Filippi V. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012; 7: e41114.
12. RCOG. Management of third and fourth degree perineal tears. Green-top guideline no. 29. [Internet]. 2007 [accessed September 20, 2022]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG2911022011.pdf>
13. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. *Br Med Bull*. 2003; 67: 1–11.
14. บุษยรัตน์ วงศ์วิริยะเวช, ญัฐพร จันทร์แสนโรจน์ และชุติมา เทียนชัยทัศน์. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561; 1: 39-47.
15. ศิริวรรณ วิเลิศ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ และ ดรณียอดรัก. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาคลอดทางช่องคลอด ในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2559; 9: 173-90.
16. Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OM. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Reprod Health*. 2016; 13: 1-7.
17. Ngwenya S. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource setting. *Int J Womens Health*. 2016; 8: 647-50.
18. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด (ฉบับสรุปคำแนะนำ). [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2022/05/OB-63-020.pdf>
19. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และ สมจิตร เมืองพิล. การป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บในระยะคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2552; 32: 102-8.