

การศึกษาเปรียบเทียบการตกเลือดหลังคลอด โดยการรักษาแบบ
Active management และ Expectant management ในระยะที่ 3
ของการคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์

Comparative study of Postpartum hemorrhage
between Active management and expectant management
of the third stage of labor in Buriram Hospital

เบญญาภา วิทยาไพโรจน์ พ.บ.*

ABSTRACT

- Purpose** : Postpartum hemorrhage is the important cause of maternal deaths, and uterine atony is the most common cause of postpartum hemorrhage. Buriram Hospital has implemented an active management of the third stage of labor but an incidence of postpartum hemorrhage was not decrease.
- Objective** : To assess the effectiveness of active management versus expectant management on blood loss, postpartum hemorrhage, duration of the third stage of labor and complications after delivery 24 hours.
- Research design** : Experimental research : Clinical trial.
- Methods** : Pregnant women in Buriram Hospital from 1st April, 2007 to 30th July, 2007.
- Results** : One hundred and eighty nine pregnant women were selected for 3 groups, 63 of each group. There were no significant differences in characteristic of subjects. Blood loss in the third stage of labor by measurement were 308.05, 266.17, 299.10 ml of subjects in group 1, 2 and control group respectively. Blood loss in the third stage of labor by suggested of subjects in group 1, 2 and control group were 205.36, 201.48, 217.48 ml respectively. Duration of the third stage of labor were 5.50, 6.35, 6.14 minutes of subjects in group 1, 2 and control group respectively. The different of hematocrit value between before delivery to 24 hours after delivery were 1.37, 3.91, 3.77% of subjects in group 1, 2 and control group respectively. Incidences of postpartum hemorrhage were 12.6, 7.94, 7.94% of subjects in group 1, 2 and control group respectively.
- Conclusions** : Blood loss, postpartum hemorrhage, duration of the third stage of labor and complications after delivery 24 hours were not significantly. We should improve active management of the third stage of labor procedure by do it by specialist.
- Key words** : Active management, expectant management, third stage of labor, postpartum hemorrhage

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล :** การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้มารดาเสียชีวิต ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี แม้ในปัจจุบันโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้นำเทคนิคการช่วยการคลอดแบบก้าวหน้าในระยะที่ 3 ของการคลอดมาใช้ แต่ยังคงพบอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูง
- วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาแบบ Active management และ Expectant management ในระยะที่ 3 ของการคลอด ในเรื่องปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด และอาการแทรกซ้อนหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง
- รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (Experimental research) ชนิด Clinical trial
- กลุ่มตัวอย่าง :** ผู้มาคลอดปกติในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 30 กรกฎาคม 2550
- ผลการศึกษา :** ผู้คลอดทั้งหมด 189 คน ใช้การสุ่มเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม ๆ ละ 63 คน กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ยจากการซังน้ำหนักรวม 308.05, 266.17, 299.10 มิลลิลิตร ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ยจากการคาดคะเน 205.36, 201.48, 217.48 มิลลิลิตรในกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ใช้ระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 3 เฉลี่ย 5.50, 6.35, 6.14 นาที ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ความแตกต่างของค่าฮีมาโตคริตก่อนคลอดและหลังคลอด 24 ชั่วโมง เฉลี่ยร้อยละ 1.37, 3.97, 3.77 ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ การหลังตกเลือดหลังคลอดเฉลี่ยร้อยละ 12.6, 7.94, 7.94 ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ
- สรุป :** ปริมาณการสูญเสียเลือดและระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 3 ค่าแตกต่างฮีมาโตคริตก่อนคลอดและหลังคลอด 24 ชั่วโมง การตกเลือดหลังคลอดอาการแทรกซ้อนหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรพัฒนาการช่วยคลอดแบบก้าวหน้าในระยะที่ 3 ของการคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยทำหัตถการนี้โดยผู้ทำคลอดที่มีความชำนาญ
- คำสำคัญ :** Active management, expectant management, third stage of labor, postpartum hemorrhage

หลักการและเหตุผล

การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้มารดาเสียชีวิต ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดรั้งตัวไม่ดี ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2545 พบอัตราการตายของมารดา 22.13 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน รายงานผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 33.96 ของผู้คลอดทั้งหมด โรงพยาบาลราชบุรี รายงานผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2543 พบว่ามีอุบัติการณ์ร้อยละ 1.34 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาเหตุมาจากมดลูกหดรั้งตัวไม่ดีถึงร้อยละ 65¹ โรงพยาบาลมหาสารคาม รายงานผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระหว่างปี พ.ศ. 2546, 2547 และ 2548 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดเป็นร้อยละ 0.77, 0.82 และ 0.61 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดรั้งตัวไม่ดี¹

โรงพยาบาลบุรีรัมย์รายงานผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2549 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดเป็นร้อยละ 0.81, 0.85, 1.77, 1.51 และ 1.38 ของผู้ป่วยคลอดทั้งหมดตามลำดับ² ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดรั้งตัวไม่ดี แม้ในปัจจุบันโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้มีการช่วยการคลอดแบบก้าวหน้าในระยะที่ 3 ของการคลอดมา 3 ปี แต่ก็ยังมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูง ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ วิธีการทำคลอด มดลูกหดรั้งตัวไม่ดี ระยะเวลาการคลอดที่ยาวนาน ลำดับที่การคลอดโดยเฉพาะหลังครรภ์ที่ 5 ภาวะครรภ์เป็นพิษ การตัดฝีเย็บ ประวัติการตกเลือดในครรภ์ก่อน ครรภ์แฝด การฉีกขาดของช่องคลอด การใช้หัตถการในการคลอด โรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์^{1,3} การปรับปรุงพัฒนาวิธีการทำคลอดเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดการตกเลือดหลังคลอดได้

องค์การอนามัยโลก (WHO : World Health Organization 2003) แนะนำให้ทำการคลอดแบบก้าวหน้าในระยะที่ 3 ของการคลอด (Active management of third stage of labor) เพื่อช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยให้ฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Uterotonic agents) ภายใน 1 นาทีหลังทารกคลอด จับและตัดสายสะดือทันที หลังทารกคลอดทำคลอดรกโดยวิธีดึงสายสะดือ (Cord traction) ร่วมกับการนวดมดลูกทางหน้าท้องของมารดาเป็นระยะทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด⁴

Reproductive Health Library (RHL) 2005 แนะนำให้ทำการคลอดแบบก้าวหน้าในระยะที่ 3 ของการคลอด (Active management of third stage of labor) เช่นเดียวกับ World Health Organization (WHO) ที่แนะนำให้ใช้ยาทั้ง uterotonic และ ergot ซึ่งจะช่วยลดการเสียเลือด การตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 3 และภาวะโลหิตจางในมารดา แต่การใช้ยา ergot จะเพิ่มภาวะเสี่ยงของอาการคลื่นไส้อาเจียน และความดันโลหิตสูง โดยไม่มีผลต่อทารก^{5,6}

เนื่องจากแนวทางดังกล่าวในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยมาก ในประเด็นการลดอัตราการสูญเสียเลือดในระยะหลังคลอด เพราะแนวทางลดการสูญเสียเลือดและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดโรงพยาบาลส่วนมากในประเทศไทยยังให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ภายหลังรกคลอดยังไม่ได้มีการนำเอาการคลอดแบบก้าวหน้าในระยะที่ 3 ของการคลอดมาใช้อย่างแพร่หลายเนื่องจากการจะทำคลอดรกโดยวิธีดึงสายสะดือผู้ทำต้องมีความชำนาญและได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบผล

ของการใช้วิธีทำคลอดรกทั้ง 3 วิธี ต่อการสูญเสียเลือดหลังคลอดและอาการแทรกซ้อนหลังคลอด โดยหวังว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลมารดาคลอด เพื่อลดการสูญเสียเลือดและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาแบบ Active management และ Expectant management ในระยะที่ 3 ของการคลอด ในด้านปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด และอาการแทรกซ้อนหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง (Experimental research) clinical trial แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มทดลอง 1 คือ กลุ่มที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อโหล่น้ำคอดให้ methergin 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และให้ oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหลังจับและตัดสายสะดือทันที ทำคลอดรกโดยวิธีดึงสายสะดือ (Cord traction)

2. กลุ่มทดลอง 2 คือ กลุ่มที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังทารกคลอดให้ oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ จับและตัดสายสะดือทันที ทำคลอดรกโดยวิธีดึงสายสะดือ (Cord traction)

3. กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังรกคลอดทันที ให้ oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ รอให้รกคลอดเอง (expectant management)

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา

1. เป็นผู้คลอดครรภ์ที่ 1-4 ที่มาคลอดที่งานห้องคลอด กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2550 ถึง 30 กรกฎาคม 2550
2. อายุระหว่าง 16-35 ปี
3. อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์
4. ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท
5. ไม่มีโรคแทรกซ้อนใด ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์
6. ไม่ติดเชื้อไวรัสเอช ไอ วี
7. คลอดปกติโดยมีศีรษะเป็นส่วนนำ

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ครรภ์แฝด
2. มีประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน
3. ใช้หัตถการในการคลอด

จากการทบทวนงานวิจัย ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี ระยะเวลาการคลอดที่ยาวนาน ลำดับที่การคลอดโดยเฉพาะหลังครรภ์ที่ 5 ภาวะครรภ์เป็นพิษ การตัดฝีเย็บ ประวัติการตกเลือดในครรภ์ก่อน ครรภ์แฝด การฉีกขาดของช่องคลอด การใช้หัตถการในการคลอด โรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์^{1,3} ในการศึกษานี้ได้ควบคุมตัวแปรตามหลักเกณฑ์ 7 ข้อ และไม่มีปัจจัยเสี่ยงโดยการชักประวัติ

ตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบผลการศึกษา ได้แก่ ระยะเวลาเฉลี่ยในการคลอดระยะที่ 3 (นับจากทารกคลอดทั้งตัวจนสิ้นสุดการทำคลอดรก) เนื่องจากมีผลต่อการตกเลือด ปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ยในการคลอด (นับจากทารกคลอดจนถึงสิ้นสุดการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ) โดยการคำนวณจากน้ำหนักเลือดและการคาดคะเนโดยผู้ทำคลอดใช้ทั้ง 2 ค่า เนื่องจากปกติการเสียเลือดจะได้จากการคาดคะเน

ของผู้ทำคลอดแต่การวิจัยเพื่อให้ได้ค่าที่เที่ยงตรง ไม่คลาดเคลื่อนจึงต้องชั่งน้ำหนักเลือด ค่าเฉลี่ย ความแตกต่างของฮีมาโตคริตก่อนคลอดและหลังคลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ผลที่สอดคล้องกับ ปริมาณการเสียเลือด และอาการแทรกซ้อนหลังคลอด 24 ชั่วโมง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก โดยกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน และเป็นการทดสอบทางเดียว ดังนั้นจึงใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{2 \delta_d^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่จะศึกษา

δ_d^2 = ความแปรปรวนของการสูญเสียเลือดจากงานวิจัยที่ผ่านมา¹

μ_d^2 = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดก่อนและหลังการทดลอง¹

Z_α = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ใน การปฏิเสธสมมติฐานหลักที่ต้องการ กำหนดให้ P-value 0.05

Z_β = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการยอมรับสมมติฐานหลักที่ไม่ถูกต้อง กำหนดให้ 90%

$$n = 46,950 (1.28 + 1.645)^2 / 80^2$$

$$n = 62.7 = 63$$

นิยามศัพท์ : ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดในการศึกษา หมายถึง รกค้าง ตกเลือดหลังคลอด ตกเลือดหลังคลอดรุนแรง ความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mm.Hg. อาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะโลหิตจาง และได้รับเลือดหลังคลอด

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างเพื่อคัดผู้เข้าร่วมในการวิจัย ใช้วิธีการคัดเลือกแบบสะดวก (Convenient sampling) โดยผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย ไม่ทราบว่าจะตัวเองอยู่ในกลุ่มใด มีวิธีการสุ่มดังนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้มาคลอดในช่วงเวลาการเก็บข้อมูล ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมในการศึกษา โดยผู้คลอดที่มาคลอดคนที่ 1 ให้อยู่ในกลุ่มทดลอง 1 คนที่ 2 ให้อยู่ในกลุ่มทดลอง 2 คนที่ 3 ให้อยู่ในกลุ่มควบคุมสลับกันไปเรื่อย ๆ หรือเป็นการตัดสินใจของสูติแพทย์ผู้ดูแลว่าจะใช้วิธีทำคลอดรกแบบใด จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามที่ต้องการ

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ 1 Oxytocin + Methergin	กลุ่มที่ 2 Oxytocin	กลุ่มควบคุม Oxytocin (expectant)	P-value
1. อายุเฉลี่ย (ปี)	25.48 (5.68)	25.83 (5.3)	24.05 (4.61)	0.739
2. อายุครรภ์เฉลี่ย (สัปดาห์)	38.96 (0.91)	38.72 (0.81)	38.80 (0.92)	0.145
3. ความดันโลหิตบนเฉลี่ย (มิลลิเมตรปรอท)	111.25 (9.35)	113.15 (7.97)	111.53 (9.62)	0.255
4. ความดันโลหิตล่างเฉลี่ย (มิลลิเมตรปรอท)	70.36 (7.85)	71.48 (6.27)	70.51 (7.92)	0.409
5. น้ำหนักทารกเฉลี่ย (กรัม)	3,106.43 (369.11)	3,020.56 (364.17)	3,013.15 (366.97)	0.222
6. น้ำหนักรกเฉลี่ย (กรัม)	595.54 (145.63)	622.04 (119.34)	598.47(127.13)	0.300

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอด ปริมาณการเสียเลือด ค่าความแตกต่างของ Hct และ
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ 1 Oxytocin + Methergin	กลุ่มที่ 2 Oxytocin	กลุ่มควบคุม Oxytocin (expectant)	P-value
1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการคลอด ระยะที่ 3 Mean (SD) (นาที)	5.50 (4.18)	6.35 (4.83)	6.14 (2.89)	0.324
2. ปริมาณการเสียเลือดจากการ ซังน้ำหนัก Mean (SD) (นาที่)	308.05 (271.56)	266.17 (163.47)	299.10 (205.52)	0.332
3. ปริมาณการเสียเลือดจากการ คาดคะเนของผู้ทำคลอด Mean (SD) (มิลลิลิตร)	205.36 (116.65)	201.48 (92.74)	217.80 (95.30)	0.848
4. ค่าความแตกต่างของ Hct ก่อนและหลังคลอด 24 ชั่วโมง Mean (SD)	1.37 (3.53)	3.91 (9.42)	3.77 (8.96)	0.467
5. สัดส่วนการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ	8/63 12.69	5/63 7.93	5/63 7.93	0.554

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดนั้นนอกจากตกเลือดหลังคลอดแล้วยังพบว่าผู้ป่วยโลหิตจางต้องให้การรักษาโดยการให้เลือด 1 คน ซึ่งเป็นผู้คลอดที่มีการตกเลือดหลังคลอดรุนแรงในกลุ่มที่ 1 โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในการศึกษา

วิจารณ์

ค่าเฉลี่ยของเวลาในการคลอดระยะที่ 3 ในการทดลองทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามลักษณะของหัตถการที่กลุ่มทดลองควรจะใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไรก็ตามระยะเวลาดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาของ Zamora และคณะ⁷ ที่กลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 7.93 นาที กลุ่มควบคุม 7.96 นาที แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ มุทาพร¹ ที่ระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 3 แตกต่างกัน กลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 5.23 นาที และกลุ่มควบคุม 10.68 นาที และการศึกษาของ Prendiville และคณะ⁸ กลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 5 นาที และกลุ่มควบคุม 15 นาที ซึ่งความแตกต่างกันนี้บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่เหมาะสมจะเร่งให้กลไกการคลอดรวดเร็วยิ่งขึ้น

ปริมาณการเสียเลือดในการคลอดระยะที่ 3 ทั้งจากการชั่งและการคาดคะเนในการทดลองทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย คือ กลุ่มทดลองเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Thilaganathan และคณะ⁹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ มุทาพร และคณะ¹ ที่กลุ่มทดลองมีการเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษานี้จะพบว่าการคาดคะเนการเสียเลือดของผู้ทำคลอดซึ่งประเมินด้วยสายตาและความชำนาญในแต่ละคนเทียบกับมาตรฐานในการวัดยังมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงอยู่

มากและมักประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง จากการศึกษานี้ของ Sukprasert M และ คณะ¹⁰ พบว่าการประเมินการเสียเลือดมีความเที่ยงตรงมากขึ้นเมื่อมีการอบรมก่อน แต่ก็พบความเที่ยงตรงเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ดังนั้นการศึกษานี้จึงประเมินทั้งการชั่งและการคาดคะเนด้วยสายตา

ความแตกต่างของฮีมาโตคริตก่อนคลอดและหลังคลอด 24 ชั่วโมง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ มุทาพร¹ พบว่าการเสียเลือดจากการคลอดโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 445 มิลลิลิตร หรือร้อยละ 9 ของปริมาณเลือดในร่างกายจะไม่ทำให้ค่าของฮีมาโตคริตเปลี่ยนแปลงไป และในการศึกษาของ Zamora และคณะ⁷ พบว่าฮีโมโกลบินในกลุ่มที่ใช้วิธี active management ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับในกลุ่มที่ใช้วิธี expectant management และการศึกษาของ Fenton JJ และคณะ¹¹ พบว่ากลุ่มที่ใช้วิธี active management ช่วยลดการเสียเลือดหลังคลอดได้และลดความแตกต่างของฮีโมโกลบินหลังคลอด โดยในกลุ่มที่ใช้วิธี active management ลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้วิธี expectant management ลดลงร้อยละ 27

จากผลการศึกษาแสดงว่าโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่นำการดูแลผู้ป่วยคลอดด้วยการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อใกล้หน้าคลอดให้ methergin 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และให้ oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหลังจับและตัดสายสะดือทันที ทำคลอดรกโดยวิธีดึงสายสะดือ แต่ยังไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในอัตราสูงและยังพบสูงกว่าใช้วิธี Expectant management ในกลุ่มควบคุม ดังนั้นการช่วยคลอดแบบก้าวหน้าในระยะที่ 3 ของการคลอด (Active management of third stage of labor) จะสามารถช่วยลดการตกเลือดหลังคลอด ลดระยะเวลาใน

การคลอดได้ตื้นนั้นน่าจะขึ้นกับความสามารถและความชำนาญของผู้ทำคลอดด้วย

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมมาตรฐานการทำคลอดให้เป็นแนวทางเดียวกันเนื่องจากผู้ทำคลอดอาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือนักศึกษาแพทย์ โดยผู้ทำคลอดจะทราบว่าตนต้องช่วยคลอดแบบกลุ่มใดแล้วพยาบาลจะเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลการช่วยคลอดจึงขึ้นกับความชำนาญของผู้ทำ ซึ่งแต่ละคนอาจไม่ได้มีมาตรฐานที่เท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการอบรมการคลอดแบบก้าวหน้าในระยะที่ 3 ของการคลอด (Active management of third stage of labor) ให้ถูกต้องและมีมาตรฐาน จึงจะทำให้การช่วยคลอดโดยวิธีนี้มีประสิทธิภาพ ช่วยลดการเสียเลือด การตกเลือดหลังคลอด และการนำไปใช้ในหน่วยงานควรมีทักษะและความชำนาญก่อนปฏิบัติ

2. การศึกษาในครั้งต่อไปควรมีการควบคุมมาตรฐานการทำคลอดให้เป็นแนวทางเดียวกัน หรือใช้ผู้เชี่ยวชาญในการคลอดกลุ่มเดียวโดยต้องทำการช่วยคลอดตามกลุ่มที่ได้อย่างเคร่งครัด

เอกสารอ้างอิง

1. Muthaporn, Sirirat. The Evaluation of Uterotonic Drugs Use in The Second Ended Stage of Labor and after Placenta Delivery at Mahasarakham Hospital. Mahasarakham ; Mahasarakham Hospital, 2005. : 1, 9-11, 31, 42-43, 49, 57. (วิทยานิพนธ์)
2. งานห้องคลอด กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม. รายงานผู้คลอดประจำปี งานห้องคลอด กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2545-2549. (เอกสารอัดสำเนา)
3. Maughan Karen L, Heim Steven W., Galazka Sim S. Preventing Postpartum Hemorrhage : Managing the Third Stage of Labor. AAFP 2006 ; 73 (6) : 1025-8.
4. World Health Organization. Active management of the third stage. In : Department of Reproductive Health and Research Family and Community health World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Managing complication in pregnancy and childbirth : A guide for midwives and doctors. India : World Health Organization; 2003. : c 73-5
5. Fawcus S. Treatments for primary postpartum haemorrhage. In : The WHO Reproductive Health Library RHL Informing Best Practice in Reproductive Health. No. 8 ed. Oxford : Update Software; 2005.
6. Abalos E. Active versus expectant management in the third stage of labour. In : The WHO Reproductive Health Library RHL Informing Best Practice in Reproductive Health. No. 8 ed. Oxford : Update Software; 2005.
7. Zamora LA. A randomized controlled trial of oxytocin administered at the end of the second stage of labour versus administered at the end of the third stage of labour in the prevention of postpartum hemorrhage. Philipp J Obstet Gynecol 1999 ; 23(4) : 125-33.
8. Prendeville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Brital third stage of trial : Active versus Physiological management of third stage of labour. BMJ 1998 ; 297 (6659) : 1295-3.
9. Thilaganathan B, Cutner A, Latimer J, Beard R. Management of third stage of labour in woman at low risk of postpartum hemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993 ; 48(1) : 19-22.
10. Sukprasert M, Choktanasiri W, Ayudhya NI, et al. Increase accuracy of visual estimation of blood loss from education programme. J Med Assoc Thai 2006 ; 89 (Suppl 4) : s 54-9.
11. Fenton JJ, Baumeister LM, Fogarty J. Active management of the third stage of labor among American Indian Women. Fam Med 2005 ; 37(6) : 410-4.