

ผลของการนวดมดลูกต่อการหดตัวของมดลูก ในมารดาหลังคลอด

THE EFFECTS OF UTERINE MASSAGE ON UTERINE CONTRACTION DURING POSTPARTUM PERIOD

อุมาสวรรค์ ชูหา¹, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล²
Umasawan Choocha¹, Soiy Anusorntheerakul²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการนวดมดลูกต่อการหดตัวของมดลูกในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

รูปแบบวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่เคยผ่านการคลอด อายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ จำนวน 11 ราย ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลมารดาหลังคลอดและแบบบันทึกการหดตัวของมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดมดลูกจนหดตัวดีทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เปรียบเทียบปริมาณเลือดและระดับยอดมดลูกกับค่ามาตรฐาน โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย : พบว่าค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกจนมดลูกหดตัวดี เท่ากับ 2.32 ± 0.11 นาที ระยะเวลาที่ใช้น้อยที่สุดในการนวดมดลูก คือ 1 นาที 35 วินาที ระยะเวลาที่ใช้มากที่สุดในการนวดมดลูก คือ 3 นาที 20 วินาที

ปริมาณเลือดที่ออกใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเฉลี่ย 57 ± 17.03 ซีซี ปริมาณเลือดที่ออกใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เฉลี่ย 63.27 ± 18.23 ซีซี ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติและปริมาณเลือดที่ออกน้อยกว่าค่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

ระดับยอดมดลูกหลังคลอดทันทีที่มีค่าเฉลี่ย 10.95 ± 1.10 เซนติเมตร 2 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ย 12.31 ± 1.23 เซนติเมตร และหลังคลอด 24 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ย 9.54 ± 1.49 เซนติเมตร

ระดับยอดมดลูกลดลงใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด เมื่อเปรียบเทียบกับ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เท่ากับ 2.77 ± 0.71 เซนติเมตร หรือประมาณ 1.09 ± 0.28 นิ้ว ซึ่งมีค่าลดลงมากกว่าค่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

คำสำคัญ : การนวดมดลูก, การหดตัวของมดลูก, มารดาหลังคลอด

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract

Objective : The purpose of this clinical trial research was to study the effects of uterine massage on uterine contraction within 24 hours during postpartum period. The participants were 11 nulliparous, singleton pregnancy, and gestational age 37-42 weeks and gave birth at Maharakham Hospital. The research instruments were data record postpartum period and data record uterine contraction. The participants got massage the uterus until it got contracted every 15 minutes for two hours during the postpartum period. Blood loss and level of height of fundus were compared with the standard score and analyzed by using Wilcoxon signed rank test.

Results : Time average of uterine massage until contracted was 2.32 ± 0.11 minutes. The minimum time of massaging was one minute and thirty - five seconds and the maximum was three minute and twenty seconds.

The mean of blood loss within 2 hours during postpartum period was 57 ± 17.03 ml., and within 24 hours of postpartum was 63.27 ± 18.23 ml. The amount of bleeding was below the standard score and statistical significantly different ($P < 0.01$).

The mean of height of fundus after immediately delivery were 10.95 ± 1.10 cm., after 2 hours postpartum period were 12.31 ± 1.23 cm., and after 24 hours postpartum period were 9.54 ± 1.49 cm.

As the heights of fundus between after 24 hours and after 2 hours of postpartum decreased more the standard score and statistical significantly different ($P < 0.01$)

Keywords : Uterine massage, Uterine contraction, Postpartum period

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดาทั่วโลก พบได้ถึงร้อยละ 25 ของมารดาที่ตายทั้งหมด¹ และพบมากที่สุดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งระยะที่มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดมากที่สุดคือระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด² จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ในปี 2553, 2554 และ 2555 คิดเป็น 10.2, 8.9 และ 17.6 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิต และพบอัตราการตายมากที่สุดในภาคใต้ของประเทศไทย รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ³ สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี พบมากถึงร้อยละ 704 ซึ่งผลกระทบจากการที่มดลูกหดตัวไม่ดี จะทำให้เสียเลือดมากจนเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุด⁵

วิธีการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุดคือการเฝ้าระวังตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ภายหลังรกคลอดทันทีที่ควรนวดมดลูกบริเวณยอดมดลูกจนมดลูกหดตัวดี โดยนวดมดลูกทุกๆ 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด^{1,5} เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ห้องคลอดเป็นแผนกที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ประกอบกับมารดาหลังคลอดมีความเหนื่อยล้าจากการคลอดไม่สามารถนวดมดลูกเองได้ และบางรายไม่สามารถให้ทารกดูดนมมารดาได้ทันที จึงทำให้กระบวนการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกลดลง ซึ่งโรงพยาบาลมหาสารคามยังพบ อัตราการตกเลือดหลังคลอดในปี 2554 ร้อยละ 0.69 โดยสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ว่า หลังคลอดมารดาจะต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ซึ่งรวมถึงการตกเลือดหลังคลอดด้วย⁶ และโรงพยาบาลมหาสารคามยังคงใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดคือ นวดมดลูกหลังคลอดทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ในชั่วโมงต่อมา นวดมดลูกทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งแตกต่างกับคำแนะนำการนวดมดลูกหลังคลอดของ WHO¹ และ FICO⁵ และยังคงพบอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้น ผลการศึกษาที่ได้น่าจะเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเลือด เปรียบเทียบระดับยอดมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการนวดมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดกับค่ามาตรฐาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองทางคลินิก (Clinical trial research design) โดยกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี อายุครรภ์ครบกำหนด ตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่เคยผ่าน การคลอดเป็นมารดาที่คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร Hct. ก่อนคลอด ≥ 33 vol% คาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500 - 3,999 กรัม ไม่มีปัญหาหรือข้อบกพร่องในการให้นมแม่หลังคลอด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2556

□ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณสำหรับการทดลองกลุ่มเดียว⁷ ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 P (1 - P)}{d^2}$$

Z เป็นค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นกำหนดที่ 95% (α 0.05) สำหรับค่าทดสอบทางเดียว มีค่าเท่ากับ 1.96 P เป็นค่าสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดที่คาดว่าจะพบในประชากร (อัตราการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลมหาสารคาม เท่ากับร้อยละ 0.69 d เป็นค่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้น (โดยกำหนดความผิดพลาดไว้ 5%) หรือเท่ากับ 0.05 แทนค่าในสูตร n ได้เท่ากับ 11 คน

□ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ข้อมูลมารดาหลังคลอด ข้อมูลการหดตัวของมดลูก และเครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ เครื่องชั่งดิจิตอล ฝ้าอนามัย ถุงซิปล็อก สายเทปวัด

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในแผนกฝากครรภ์และขอความร่วมมือในการวิจัยจากมารดาที่มาฝากครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป เมื่อมารดาตอบตกลงและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการเซ็นชื่อยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยและผู้วิจัยติดตามอาสาสมัคร จนกระทั่งเข้าสู่ระยะรอคลอด ศึกษาประวัติการฝากครรภ์จากสมุดบันทึกการฝากครรภ์ บันทึกการคลอด ตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้อีกครั้งเมื่ออาสาสมัครคลอดรกแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบอีกครั้งหากอาสาสมัครไม่อยู่ในเกณฑ์มีการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการคลึงมดลูกหลังคลอดรกทันทีจนมดลูกหดรัดตัวดี ประเมินภาวะเพาะปัสสาวะก่อนวัดระดับยอดมดลูกโดยใช้สายเทปวัด โดยเริ่มวัดจากขอบบนของกระดูกหัวหน่าว จนถึงยอดมดลูก ทำเครื่องหมายที่ขอบบนของกระดูกหัวหน่าว ไว้สำหรับการวัดในครั้งต่อไป หลังเย็บ แผลเสร็จจึงใส่ผ้าอนามัยให้มารดาหลังคลอด จากนั้นจึงเริ่มทำการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการนวดมดลูกจนมดลูกหดรัดตัวดีมีลักษณะเป็นก้อนกลมแข็ง สามารถคลำได้ทางหน้าท้องและพัก 15 นาที เมื่อพักครบ 15 นาทีแล้วทำการนวดมดลูกต่อ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด แล้วลงบันทึกในแบบเก็บข้อมูล

□ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนเลือดที่ออกหลังคลอด 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง ระดับยอดมดลูกหลังคลอดทันที, 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและไม่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง

□ การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE562167 ลงวันที่ 19 กันยายน 2556 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ 002/2556 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2556

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้คลอดเท่ากับ 25.90 ± 5.46 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 38.81 ± 0.98 สัปดาห์ ส่วนสูงผู้คลอดเฉลี่ย 158.82 ± 5.54 เซนติเมตร น้ำหนักก่อนคลอดเฉลี่ย 68.20 ± 10.72 กิโลกรัม BMI ก่อนคลอดเฉลี่ย 26.99 ± 3.54 กก./Hct. ก่อนคลอดเฉลี่ย 34.63 ± 1.68 vol% และค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอด ดังตารางที่ 1, 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกหลังคลอด

ระยะเวลาในการนวดมดลูก	ระยะเวลาที่น้อยที่สุด	ระยะเวลาที่นานที่สุด
15 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 40 วินาที	3 นาที 20 วินาที
30 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 55 วินาที	3 นาที 16 วินาที
45 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 56 วินาที	3 นาที 15 วินาที
60 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 49 วินาที	3 นาที 15 วินาที
1 ชั่วโมง 15 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 35 วินาที	3 นาที 18 วินาที
1 ชั่วโมง 30 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 55 วินาที	3 นาที 10 วินาที
1 ชั่วโมง 45 นาทีแรกหลังคลอด	1 นาที 40 วินาที	3 นาที 15 วินาที
2 ชั่วโมงหลังคลอด	1 นาที 36 วินาที	2 นาที 48 วินาที
ค่าเฉลี่ย	1 นาที 46 วินาที	3 นาที 7 วินาที

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอดหลังการนวดมดลูกทุก 15 นาทีกับปริมาณเลือดมาตรฐาน

ปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอด (ซีซี)	Median	Z	p-value
หลังคลอด 2 ชั่วโมง	63		
ค่ามาตรฐาน	80	-2.812	0.005**
หลังคลอด 24 ชั่วโมง	65		
ค่ามาตรฐาน	160	-2.936	0.003**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การนำค่ากลางของระดับยอดมดลูกหลังคลอดทันที, 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดมาเปรียบเทียบกันพบว่า ระดับยอดมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงแรก มีระดับยอดมดลูกสูงกว่าระดับยอดมดลูกในระยะหลังรกคลอดทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบ

ค่ากลางระดับยอดมดลูกหลังคลอด 2 ชั่วโมงกับค่ากลางระดับยอดมดลูกหลังคลอด 24 ชั่วโมง พบว่า ระดับยอดมดลูกหลังคลอด 24 ชั่วโมง มีค่าลดลงและมีค่าน้อยกว่า 2 ชั่วโมงหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับยอดมดลูกหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างกับค่ากลางระดับยอดมดลูกหลังคลอด

ระดับยอดมดลูกหลังคลอด (เซนติเมตร)	Median	Z	p-value
ระดับยอดมดลูกหลังรกคลอดทันที	11		
ระดับยอดมดลูกหลังคลอด 2 ชั่วโมง	12	-3.035	0.002**
ระดับยอดมดลูกหลังคลอด 2 ชั่วโมง	12		
ระดับยอดมดลูกหลังคลอด 24 ชั่วโมง	9	-2.952	0.003**
ระดับยอดมดลูกที่ลดลงเฉลี่ย	2.5		
ค่ามาตรฐาน	1	-2.952	0.003**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกจนหดตัวดีในทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 2.32 ± 0.11 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกอยู่ระหว่าง 1 นาที 35 วินาที - 3 นาที 20 วินาที/ครั้ง เวลาการนวดมดลูกแต่ละครั้งน้อยกว่าข้อเสนอแนะของ American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]⁹ ที่แนะนำให้นวดมดลูกหลังคลอดแต่ละครั้งนาน 5 - 10 นาที และจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ Uterine atony พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกจนหดตัวดีอยู่ระหว่าง 2 นาที 30 วินาที - 5 นาที มดลูกจึงจะไม่ล้าและหดตัวดี¹⁰ ทั้งนี้ เนื่องจากการนวดมดลูกตามข้อเสนอแนะ ACOG⁹

เป็นการนวดที่ใช้ทั้งในมารดาครรภ์แรกและในมารดาครรภ์หลัง ทั้งที่มีภาวะเสี่ยงและไม่มีภาวะเสี่ยง ส่วนการศึกษา มารดาครรภ์เดียวและไม่เคยผ่านการคลอดเท่านั้น ที่ทำให้ระยะเวลาในการนวดมดลูกน้อยกว่าข้อเสนอแนะของ ACOG จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการนวดมดลูกในมารดาครรภ์แรกใช้ระยะเวลาการนวดมดลูกน้อยกว่ามารดาครรภ์หลังและมารดาที่มีภาวะ Uterine atony ซึ่งใช้เวลามากขึ้นในการนวดมดลูก เนื่องจากมารดาครรภ์หลังความตึงตัวของมดลูกลดลง ดังนั้นในขณะที่นวดมดลูกจะต้องพิจารณาระดับการหดตัวของมดลูกในมารดาหลังคลอดแต่ละคนเป็นรายๆ ไป ปริมาณเลือดที่ออกใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าปริมาณ

เลือดที่ออกใน 2 ชั่วโมงแรกเฉลี่ย 57 ± 17.03 ซีซี 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเฉลี่ย 63.27 ± 18.23 ซีซี และปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอดมีค่าน้อยกว่าค่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) เมื่อมีการนวดมดลูกหลังคลอดโดยกล้ามเนื้อมดลูกจะหดรัดตัวและหดสั้นเข้า จึงเกิดการบีบรัดหลอดเลือดไว้ทำให้เลือดออกน้อยลง¹¹ และจากการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากมารดาที่เป็นกลุ่มประชากรศึกษา เป็นมารดาที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อนกล้ามเนื้อมดลูกยังมีความตึงตัวสูงประกอบกับขนาดของทารกและระยะเวลาคลอดทั้ง 3 ระยะ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อได้รับการกระตุ้นการหดรัดตัวโดยการนวดมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จึงทำให้มดลูกหดรัดตัวดีปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอดจึงลดลงน้อยกว่าค่ามาตรฐาน ระดับยอดมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าหลังคลอดทันที ระดับยอดมดลูกอยู่ระหว่างสะดือกับหัวหน้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.95 ± 1.10 เซนติเมตร หลังคลอด 2 ชั่วโมง ระดับยอดมดลูกสูงขึ้นอยู่ระดับสะดือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.31 ± 1.23 เซนติเมตร และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าระดับยอดมดลูกลดลงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.54 ± 1.49 เซนติเมตร โดยระดับยอดมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดสูงกว่าระดับยอดมดลูกในระยะหลังคลอดทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) อธิบายได้ว่า หลังคลอดทันทีกล้ามเนื้อมดลูกจะลดขนาดลงทันที มดลูกจึงลอยตัวสูงขึ้น มาอยู่ระหว่างสะดือกับหัวหน้าจากนั้น 1 ชั่วโมง ต่อมามดลูกจะลอยตัวสูงขึ้นมาอยู่ที่ระดับสะดือเนื่องจากการหย่อนของช่องคลอดผนังมดลูกส่วนล่างและกล้ามเนื้อของพื้นเชิงกราน (pelvic floor) เป็นสาเหตุที่ทำให้มดลูกลอยตัวสูงขึ้นได้¹² ส่วนระดับยอดมดลูก 24 ชั่วโมงหลังคลอด มีค่าลดลงมากกว่าค่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ภายหลังคลอดมดลูกเกิดการหดรัดตัวและคลายตัว ส่งผลให้เส้นเลือดที่แทรกอยู่ตามใยกล้ามเนื้อมดลูกถูกบีบ ทำให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกได้น้อยลง¹¹ มดลูกจึงเกิดการเหี่ยวฝ่อมดลูกจึงมีขนาดลดลงในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด จากการศึกษาาระดับยอดมดลูกหลัง 24 ชั่วโมง มีค่าลดลงเฉลี่ย 2.77 ± 0.71 เซนติเมตร หรือประมาณ 1.09 ± 0.28 นิ้ว ซึ่งลดลงมากกว่าค่ามาตรฐาน แสดงให้เห็นว่าการนวดมดลูกหลังคลอดทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นวิธีการกระตุ้นให้มดลูกเกิดการหดรัดตัวได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ จึงควรนำหลักการนวดมดลูกทุก 15 นาที

มาใช้กับมารดาหลังคลอดในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการตกเลือดและลดภาวะซีดของมารดาหลังคลอด ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล : วิธีการนวดมดลูกทุก 15 นาทีในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดสามารถกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวได้เป็นอย่างดี การนวดมดลูกทุก 15 นาทีไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาหลังคลอด และช่วยให้จำนวนเลือดที่ออกใน 2 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดมีปริมาณเลือดที่ออกน้อยกว่าค่ามาตรฐาน ช่วยลดการสูญเสียเลือดหลังคลอดได้และระดับยอดมดลูกใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดลดลงมากกว่าค่ามาตรฐานด้วย จึงควรสนับสนุนให้มีการนวดมดลูกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งในหน่วยงานที่มีเจ้าหน้าที่ ในการให้การพยาบาลไม่เพียงพอ ควรจะสอนให้ญาตินวดมดลูกให้มารดาหลังคลอดเพื่อเป็นการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกและลดการสูญเสียเลือดหลังคลอด

จากการวิจัยพบว่า การนวดมดลูกผ่านทางหน้าท้องในมารดาหลังคลอดครั้งแรกและตั้งครรภ์เดี่ยว ที่ไม่เคยผ่านการคลอด ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดหรือไม่มีภาวะ uterine atony มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมดลูกจนหดรัดตัวดี ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 2 นาที 30 วินาที/ครั้ง ดังนั้นในกรณีที่จะสอนให้ญาติหรือมารดาหลังคลอดนวดมดลูกเองจึงสามารถนำไปใช้เป็นเวลาอ้างอิงในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้

ด้านการวิจัย :

1. ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่มีขนาดมากขึ้นและให้มีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาทั้งในมารดาครรภ์แรกและในมารดาครรภ์หลัง เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงใช้กับประชากรทั่วไปได้
2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในมารดา กลุ่มเสี่ยงเปรียบเทียบกับปริมาณเลือดที่ออกและระดับยอดมดลูกในระยะ 2 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาหลังคลอด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta 2009; Retrieved 2012 July 31, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf
2. สุกัญญา ปรีศัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : นันทพันธ์ พรินติ้ง; 2553.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. ค้นเมื่อ 23 เมษายน 2557 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation>
4. Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician. 2007 Mar 15; 75 (6) : 875-882.
5. International Federation of Gynaecology and Obstetrics [FIGO]. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Int J Gynecol Obstet 2012; 117 : 108-118.
6. เพียงใจ เจริญวัฒน์กุล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. ใน ธีรรัตน์ จิรสินธิปก และคณะ (บรรณาธิการ). มาตรฐานการบริการพยาบาลทางสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข; 2551.
7. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 1977.
8. McKinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. Maternal-Child Nursing. 2nded. USA : Elsevier Saunders; 2005.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists : Postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 2008; 108(4) :1039 - 1047.
10. Andreatta P, Perosky J, Johnson TRB. Two-provider technique for bimanual uterine compression to control postpartum hemorrhage. J Midwifery Womens Health 2012; 57 : 371-375.
11. Murray SS, McKinney ES. Foundation of maternal-newborn nursing. 4thed. USA : Saunders Elsevier; 2006.
12. Pillitteri A. Maternal & child health nursing : care of childbearing & childbearing family. 8thed. China : Lippincott; 2010.