

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธี Active management กับวิธีธรรมชาติ (expectant management) ในโรงพยาบาลโพธาราม พ.ศ. 2546-2548

ชัยยุทธ เครือเทศน์

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลโพธาราม ราชบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการดูแลระยะที่สามของการคลอดระหว่างวิธี active management กับวิธีธรรมชาติ (expectant management) ในมารดาครรภ์เดียวที่คลอดทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และมาคลอดที่โรงพยาบาลโพธาราม ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2546 ถึงเมษายน 2548 จำนวน 2,283 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธี active management 1,137 รายและกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีธรรมชาติ 1,128 ราย

ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธี active management มีการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การได้รับเลือดและการได้รับยาเพิ่มเพื่อช่วยการหดตัวของมดลูก น้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีธรรมชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมถึงมีปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ยและระยะเวลารวมเฉลี่ยของการคลอดร่นน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการดูแลระยะที่สามของการคลอดโดยวิธี active management ควรถูกนำไปใช้ในการดูแลผู้คลอดทุกราย

คำสำคัญ:

active management, ระยะที่สามของการคลอด, การตกเลือดหลังคลอด

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาหลังคลอดโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 25 ของการตายของ

มารดา มีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งในแต่ละปีพบประมาณ 125,000 คน⁽¹⁾ โดยมากกว่าร้อยละ 50 เกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 2 ใน 3 ของจำนวนนี้ไม่พบปัจจัยเสี่ยง และมากกว่าร้อยละ 90 ของการตกเลือดมีสาเหตุเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกปริกำเนิดปี 2546-2548 พบการตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.11, 33.96 และ 17.78 ของสาเหตุการตายของมารดาทั้งหมด ตามลำดับ⁽³⁾

การตกเลือดหลังคลอดนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนมากมาย เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาของการให้เลือด ในกรณีการตกเลือดอย่างรุนแรงหรือมีรกค้าง ต้องทำหัตถการหรือผ่าตัดช่วยเหลือ เสี่ยงต่อการใช้ยาสลับในการผ่าตัด และการติดเชื้อหลังผ่าตัด นอกจากนี้การตกเลือดหลังคลอด ยังทำให้มารดาเกิดภาวะโลหิตจาง มีความอ่อนแอ และภูมิคุ้มกันต่ำ⁽⁴⁾ ทำให้อยู่พักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อมารดาและญาติ อันอาจนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจต่อการรักษาจนนำไปสู่การฟ้องร้องได้

ระยะที่สามของการคลอดเป็นช่วงเวลาของการคลอดรก นับเริ่มต้นภายหลังจากเด็กคลอดออกมาหมดทั้งตัว และสิ้นสุดเมื่อรกและเยื่อหุ้มเด็กคลอดออกมาเรียบร้อยแล้ว ส่วนใหญ่รกจะคลอดเองภายในเวลา 5 ถึง 10 นาทีหลังเด็กเกิด หรือโดยเฉลี่ยประมาณ 6 นาที ถ้าหากช่วงเวลาระยะที่สามของการคลอดเนิ่นนานจนเกินไป โดยเฉพาะมากกว่า 30 นาที จะเพิ่มภาวะแทรกซ้อนต่อผู้คลอดมากมาย เช่น การตกเลือดหลังคลอด⁽⁵⁾

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับของสูติแพทย์แล้วว่าการดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธี active management เป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตกเลือดอันเนื่องมาจากมดลูกหดตัวไม่ดี หลักการดูแลในช่วงระยะนี้ประกอบด้วย การใช้ยากระตุ้นให้มดลูกหดตัวภายใน 1 นาทีหลังเด็กคลอด การหนีบและตัดสายสะดือเนิ่น ๆ การดึงสายสะดือส่วนที่เหลืออย่างระมัดระวัง (controlled cord traction) และการนวดคลึงมดลูก ซึ่งสหพันธ์มดลูกกรรกีนานาชาติ (International Confederation of Midwives) สหพันธ์

สูตินรีแพทย์นานาชาติ (Federation of Gynecologists and Obstetricians) และองค์การอนามัยโลก ให้คำแนะนำตรงกันว่า การดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธี active management ควรนำไปปฏิบัติกับผู้คลอดทุกคน^(6,7)

อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง ความพร้อมของทีมบุคลากรและความพร้อมของเครื่องมือ ทำให้การนำวิธี active management มาใช้ในการดูแลระยะที่สามของการคลอดในแต่ละโรงพยาบาลยังไม่แพร่หลาย สำหรับโรงพยาบาลโพธารามแต่เดิมเคยดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ (expectant management) โดยการเฝ้ารอให้รกออกตัวและคลอดออกมาเอง พบว่าในปี 2544-2546 มีอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.27, 2.12 และ 2.31 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดี⁽⁸⁾

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น หากนำวิธี active management มาใช้ในการดูแลระยะที่สามของการคลอดแล้ว อุบัติการณ์การตกเลือดภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดของโรงพยาบาลโพธารามอาจจะลดลงได้อีก รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะตามมาเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทั้งมารดาและทารกในอนาคต จึงศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลระยะที่สามระหว่างการคลอดด้วยวิธี active management กับวิธีธรรมชาติ (expectant management)

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้ ศึกษาเปรียบเทียบมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2546 ถึงเดือนเมษายน 2548 จำนวนทั้งหมด 2,263 ราย การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์เดียวที่คลอดทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ทุกคนได้รับการอธิบายให้

ทราบถึงวิธีการวิจัยและเห็นชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 1,137 ราย และกลุ่มศึกษา 1,126 ราย โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงเก็บในกลุ่มศึกษา กลุ่มควบคุมใช้การดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ โดยเมื่อรกคลอดแล้วจะฉีด methylergometrine maleate 0.2 มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูก แล้วจึงคลึงมดลูกเป็นระยะ ๆ เพื่อให้แน่ใจว่ามดลูกหดตัวดี

ส่วนกลุ่มศึกษาใช้การดูแลแบบ active management คือเมื่อทารกคลอดแล้วภายใน 1 นาทีจะฉีดออกซิโทซิน (oxytocin) 10 ยูนิท เข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับการหนีบและตัดสายสะดือ เมื่อมดลูกหดตัว ก็จะทำการคลึงโดยการดึงสายสะดือส่วนที่เหลืออย่างระมัดระวัง (controlled cord traction) พร้อมกับดำเนินการเคลื่อนต่ำลงของมดลูก หลังจากรกคลอดแล้วจึงฉีด methylergometrine maleate 0.2 มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับการคลึงมดลูกเป็นระยะ ๆ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi - square) เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนมารดาที่ตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวนมารดาที่เกิดรกค้าง จำนวนมารดาที่ต้องได้รับเลือด และจำนวนมารดาที่

ต้องได้รับยาเพิ่มเพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวดี และใช้การทดสอบค่าที (independent t - test) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการเสียเลือดและค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการคลอด โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 และ 0.001

ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ไม่แตกต่างกันทั้งในด้านอายุมารดา อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารก และระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด เมื่อทำการทดสอบด้วยการทดสอบค่าที ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดทั้งในด้านจำนวนครั้งของการคลอดและการตัดฝีเย็บ ไม่แตกต่างกัน เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ (chi - square) ดังแสดงในตารางที่ 2

และผลการศึกษายังได้แสดงให้เห็นว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาในระยะที่ 3 ของการคลอดด้วยวิธี active management มีอุบัติการณ์การตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การได้รับเลือด และการได้รับยาเพิ่มเพื่อช่วยการหดตัวของมดลูก น้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีธรรมชาติ (expectant

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลโพธาราม พ.ศ. 2546-2548

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มควบคุม (1,137 คน)			กลุ่มศึกษา (1,126 คน)		
	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุมารดา (ปี)*	15-40	25.0	6.8	15-38	27.0	7.1
อายุครรภ์ (สัปดาห์)*	35-42	38.9	15.0	34-41	38.8	16.0
น้ำหนักทารก (กรัม)*	1,856-3,800	3,167.1	373.2	2,060-4,200	3,344.4	582.6
ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอดเฉลี่ย (%)*	29-44	36.1	39.0	26-42	36.4	3.3

*p > 0.05

ตารางที่ 3 ลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลโพธาราม พ.ศ. 2546-2548

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มควบคุม (1,137 คน)	กลุ่มศึกษา (1,126 คน)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
จำนวนครั้งของการคลอด*			
- 1 ครั้ง	375 (33.0)	361 (32.1)	0.18
- 2 ครั้งหรือมากกว่า	762 (67.0)	765 (67.9)	
การตัดฝีเย็บ*			
- ตัด	762 (67.0)	793 (70.4)	2.90
- ไม่ตัด	375 (33.0)	333 (29.6)	

*p > 0.05

management) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่การเกิดรกค้างไม่แตกต่างกัน เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติโคสแควร์ ดังแสดงในตารางที่ 3

นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยการเสียเลือดและค่าเฉลี่ยเวลารวมของการคลอดรก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อทดสอบด้วยค่าที โดยพบว่าในกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยการเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 29.5 มิลลิลิตร และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอดรกลดลงน้อยกว่า 3.1 นาที ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธี active management มีผลลัพธ์ที่ดีกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีธรรมชาติ เพราะไม่เพียงแต่ปฏิบัติการของการตกเลือด

ตารางที่ 8 ปฏิบัติการการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การเกิดรกค้าง การได้รับเลือด และการได้รับยาเพิ่มเพื่อช่วยการหดตัวของมดลูกของมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลโพธาราม พ.ศ. 2546-2548

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (1,137 คน)	กลุ่มศึกษา (1,126 คน)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การตกเลือด			
- มี	42 (3.7)	25 (2.2)	3.78*
- ไม่มี	1,095 (96.3)	1,101 (97.8)	
การเกิดรกค้าง			
- มี	15 (1.3)	12 (1.1)	0.13
- ไม่มี	1,122 (98.7)	1,144 (98.9)	
การได้รับเลือด			
- มี	27 (2.4)	9 (0.8)	7.99*
- ไม่มี	1,110 (97.6)	1,117 (99.2)	
การได้รับยาเพิ่มเพื่อช่วยการหดตัวของมดลูก			
- มี	25 (2.2)	12 (1.1)	3.84*
- ไม่มี	1,112 (97.8)	1,114 (98.9)	

*p < 0.05

ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจะน้อยกว่าแล้ว ยังพบว่าการใช้ยาเพิ่มเพื่อช่วยหดตัวของมดลูก ปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ย และค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการคลอดรก น้อยกว่าด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Prendiville และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าการศึกษา

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยการเสียเลือด และค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการคลอดรก ของมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลโพธาราม พ.ศ. 2546-2548

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (1,137 คน)			กลุ่มศึกษา (1,126 คน)			ค่า t
	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ย	200-3,000	387.9	143.0	200-1,300	358.4	94.8	6.93*
ระยะเวลาเฉลี่ยของการคลอดรก	3-51	13.0	9.8	2-53	9.9	11.6	5.77*

*p < 0.001

active management ดีกว่าวิถีธรรมชาติ ในเรื่องของการลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด การลดปริมาณการเสียเลือด ลดจำนวนการใช้เลือด ลดระยะเวลาการคลอดรก ลดการใช้ยาเพิ่มเพื่อช่วยให้มดลูกหดตัว ลดการตกเลือดทั้งในกลุ่มที่เสียเลือด 500-1,000 มิลลิลิตรและกลุ่มที่เสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลร่วมกันจากกลไกหลายประการ

ประการแรกคือการให้ ออกซิโทซิน (oxytocin) หลังทารกคลอดภายใน 1 นาทีแรก โดยออกซิโทซินจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดและคลายตัวเป็นระยะ ๆ การลอกตัวของรกเป็นไปอย่างรวดเร็วขึ้นจึงลดการเสียเลือดในระยะนี้ได้⁽¹⁰⁾ Nordstrom และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดในมารดา 1,000 คน โดยมารดา 513 คนได้รับออกซิโทซิน ฉีดเข้าหลอดเลือดทันทีเมื่อคลอดทารกออกมา ขณะที่อีก 487 คนได้รับออกซิโทซิน ฉีดเข้าหลอดเลือดหลังคลอดรกแล้ว พบว่ามารดากลุ่มแรกมีอุบัติการณ์การตกเลือด ปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ย และความ ต้องการได้รับยา ออกซิโทซินเพิ่ม น้อยกว่ามารดากลุ่มหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อุบัติการณ์การล้ารกไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ Sariono และคณะ⁽¹²⁾ ยังได้เปรียบเทียบผลการใช้ออกซิโทซิน และ ergot ในมารดา 2,189 คน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีจำนวนมารดาที่ตกเลือดไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่ได้รับ ergot จะมีผลข้างเคียงมากกว่า

ประการที่สองคือ การดึงสายสะดืออย่างระมัดระวัง

พร้อมกับด้านการเคลื่อนลงของมดลูก (controlled cord traction) การกระทำเช่นนี้จะช่วยลดระยะเวลาการคลอดของรกและลดการเสียเลือด Khan และคณะ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาจำนวนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ทำคลอดด้วยวิธีดึงสายสะดืออย่างระมัดระวัง หลังได้รับออกซิโทซิน 10 ยูนิต์ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ กับกลุ่มที่ทำคลอดด้วยวิธีการรอให้รกลอกตัวเองตามธรรมชาติ และเมื่อคลอดรกแล้วจะได้รับออกซิโทซินผสมในน้ำเกลือหยดเข้าทางเส้นเลือด พบว่า มารดากลุ่มที่ทำคลอดด้วยวิธีดึงสายสะดืออย่างระมัดระวัง มีการเสียเลือด เกิดรกค้าง และการใช้ออกซิโทซินเพิ่มน้อยกว่ากลุ่มที่ทำคลอดโดยวิถีธรรมชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษานี้ได้ออกแบบให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการฉีด methylergometrine maleate (methergin) 0.2 มิลลิกรัม หลังรกคลอดแล้วเหมือนกัน ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ ประกอบกับความอ่อนล้าของมารดาภายหลังคลอด ทำให้การนวดคลึงมดลูกอย่างสม่ำเสมอใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดบางครั้งขาดหายไป การฉีด methylergometrine maleate 0.2 มิลลิกรัมหลังรกคลอดจะช่วยให้มดลูกมีการหดตัวแรงและยาวนาน⁽⁵⁾ โดยที่ไม่พบผลข้างเคียงที่เป็นปัญหา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งต่างจากรายงานของ Elbourne และคณะ^(14,15) ที่พบว่า

เอกสารอ้างอิง

มารดาในกลุ่มที่ได้รับ syntometrine (ที่มีส่วนผสมของ ออกซิโทซิน 10 ยูนิต กับ ergometrine 0.5 มิลลิกรัม) จะมีการเคลื่อนไส้อาเจียน และความดันโลหิตสูงมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับ syntometrine อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการดูแลระยะที่สามของการคลอดโดยวิธี active management ช่วยลดอุบัติการณ์การตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ดีกว่าวิธีธรรมชาติ ดังนั้นเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ทุกโรงพยาบาลควรมีการดูแลระยะที่สามของการคลอดโดยวิธี active management ไปใช้ในการดูแลผู้คลอดทุกราย อย่างไรก็ตามสำหรับโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านอัตราค่าส่งรวมถึงความพร้อมของทีมบุคลากรและเครื่องมือ การดูแลระยะที่สามของการคลอดโดยวิธี active management ร่วมกับการฉีด methylergometrine maleate 0.2 มิลลิกรัมหลังรกคลอด น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่ได้ผลดีในการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และที่สำคัญการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะการทำคลอดรกด้วยวิธีดึงสายสะดืออย่างระมัดระวัง (controlled cord traction) ควรมีการฝึกปฏิบัติตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้จากการศึกษามีเจ้าหน้าที่หลายรายที่ยังไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของ active management โดยเฉพาะไม่มั่นใจที่จะทำคลอดรกด้วยวิธีดึงสายสะดืออย่างระมัดระวัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุเพ็ญ ยิ่งวิจารณ์ปัญญา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม ที่สนับสนุนให้ศึกษาและอนุญาตให้รายงานผลการศึกษา เจ้าหน้าที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลโพธาราม และที่สำคัญมารดาผู้มาคลอดทุกคน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

1. AbouZhar CL. Lesson on safe motherhood. World Health Forum 1998; 19:253-60.
2. Selo-Ojeme DO. Primary postpartum hemorrhage. J Obstet Gynecol 2002; 22:463-9.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ปี 2544-2546. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2547.
4. Combs CA, Laros RK Jr. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. Obstet Gynecol 1991; 77:863-7.
5. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KL, Gilstrap LC, Hault JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 21st ed. New York : McGraw-Hill; 2001. p. 320-3,636-40.
6. International Confederation of Midwives and International Federation of Gynecologists and Obstetricians. Joint statement: management of the third stage of labor to prevent post-partum haemorrhage. J Midwifery Woman Health 2004; 49:76-7.
7. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing complications in pregnancy and childbirth. Geneva :WHO/RHR/00.7; 2000.
8. กลุ่มงานสูติเวชกรรม โรงพยาบาลโพธาราม. สถิติหน้างานห้องคลอด. นนทบุรี: โรงพยาบาลโพธาราม; 2543-2549.
9. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labor. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford : Update Software; 2005.
10. Payton RG, Brucker MC. Drugs and uterine motility. JOGNN 1999; 28: 628-8.
11. Nordstrom L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Rydhstroem H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomized trial. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 781-8.
12. Sariono D, Dulitzki M, Schiff E, Barkai G, Mashiah S, Seidman DS. A prospective cohort study of oxytocin plus ergometrine compared with oxytocin alone for prevention of postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 1068-73.
13. Khan GO, John IS, Wani S, Doherty, Sibani BM. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynaecol 1991; 177: 770-4.
14. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Woodhouse S, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. Cochran Patakase Syst Rev 2001; 4:CD001 808.

Abstract

Active versus Expectant Management of the Third Stage of Labor at Photharam Hospital

Chalyuth Kruathed

Department of Obstetrics and Gynecology, Photharam Hospital, Ratchaburi

Journal of Health Science 2006; 15:753-9.

The prospective quasi-experimental research compared outcomes of active management versus expectant management of the third stage of labor of the total 2,263 cases of non-complicated pregnancy during May 2003 - April 2005. Of these, 1,137 cases underwent active management while 1,126 cases expectant management of the third stage of labor at Photharam hospital.

The result of this study demonstrated that early postpartum hemorrhage rate, blood transfusion rate and need for therapeutic oxytocin were reduced significantly in the active management ($p < 0.05$). In addition, the average amount of blood loss and duration time of placental delivery were also reduced significantly ($p < 0.001$). This study suggested that active management of the third stage of labor should be performed in all cases of labor.

Key words: active management, third stage of labor, postpartum hemorrhage