

# ประสิทธิผลของการเร่งคลอดรกในการลด การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

สุรรัตน์ มงคลปทุมรัตน์

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเสนา พระนครศรีอยุธยา

## บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังถึงประสิทธิผลของการเร่งคลอดรก (active management of the third stage of labor) เพื่อลดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในโรงพยาบาลเสนา โดยเปรียบเทียบผลการดูแลการคลอดระหว่างช่วงที่ยังไม่มีกระบวนการการเร่งคลอดรก (1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2548) เปรียบเทียบกับช่วงที่มีการใช้กระบวนการการเร่งคลอดรก (1 มีนาคม พ.ศ. 2550 ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลเสนา ช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 กัดเลือกเฉพาะรายที่คลอดทางช่องคลอดเท่านั้น ประเมินข้อมูลพื้นฐานของการคลอดเป็นร้อยละและเปรียบเทียบผลของการเร่งคลอดรกเพื่อลดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกด้วย Fisher's exact test พบว่า การเร่งคลอดรกสามารถลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตกเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำกัดปริมาณการเสียเลือดได้โดยผู้คลอดที่ตกเลือดส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีระดับความรุนแรงในการตกเลือดอยู่ในระดับต่ำ (500-799 มล.) ผู้คลอดทุกรายสูญเสียเลือดน้อยกว่า 1,500 มล. การให้เลือดลดลงจากร้อยละ 34.58 ของผู้ป่วยตกเลือดในช่วงก่อนใช้กระบวนการการเร่งคลอดรก เหลือเพียงร้อยละ 10 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 90 ไม่ต้องรับเลือด และไม่มีการตัดมดลูกหรือการเสียชีวิตของมารดา ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ซึ่งขาดแคลนทั้งบุคลากร ศักยภาพและความพร้อมในการช่วยชีวิตขั้นสูง ควรนำกระบวนการการเร่งคลอดรกมาใช้อย่างจริงจัง และนำการเร่งคลอดรก มาเป็นมาตรฐานในการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลทุกแห่ง

**คำสำคัญ:** กระบวนการเร่งคลอดรก, ปริมาณการเสียเลือด

## บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (early postpartum hemorrhage, PPH) เป็นหนึ่งในสาเหตุการตายของมารดาที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร (มล.) สำหรับการคลอดทางช่องคลอด ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีอุบัติการณ์ร้อยละ 2-11<sup>(1-4)</sup>

ระยะที่สามของการคลอดซึ่งนับตั้งแต่หลังเด็กคลอดไปจนกระทั่งรกและเนื้อเยื่อของรกคลอดออกมาทั้งหมด ถ้าระยะเวลาตั้งแต่ 30 นาทีมีโอกาสสูงที่จะเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก<sup>(5,6)</sup> ดังนั้นการย่นเวลาในระยะที่สามของการคลอด ให้สั้นลงน่าจะแก้ไขปัญหากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้

สถาบันหลักที่ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีตั้ง

กรรมและทารกในระดับนานาชาติเช่น WHO, UNICEF, FIGO และ ICM ได้ร่วมมือกันสนับสนุนการดูแลแบบ การเร่งคลอดหรือ AMTSL (active management of the third stage of labor) ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2546<sup>(7)</sup> ซึ่งประกอบด้วย

1) การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก oxytocin ถือเป็นยาอันดับแรก

2) การคลอดรกด้วยวิธีดึงสายสะดือ (controlled cord traction)

3) การนวดคลึงมดลูกหลังคลอดรก

จากข้อมูลเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (evidence-based medicine) พบว่า กระบวนการเร่งคลอดรก AMTSL ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญ สามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 60 ลดปริมาณการเสียเลือดและการให้เลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>(7-9)</sup>

กลุ่มงานสูติกรรมโรงพยาบาลเสนา ได้เล็งเห็นปัญหาและความสำคัญของการตกเลือดหลังคลอด จึงพยายามให้เจ้าหน้าที่ห้องคลอดได้ตื่นตัว จัดแผนพัฒนาคุณภาพบุคลากรทั้งแนวคิดและความชำนาญในกระบวนการเร่งคลอดรก โดยเฉพาะการฝึกสอนการทำการคลอดรกด้วยวิธีดึงสายสะดือ (controlled cord traction) แก่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดรายบุคคล ดำเนินแผนปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อป้องกันและลดอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2550

การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของการเร่งคลอดรก ในด้านการลดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การลดปริมาณการเสียเลือด การให้เลือด และอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด เช่น การตัดมดลูกหรือมารดาเสียชีวิต

### วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์นี้ เก็บข้อมูลจาก

เวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลเสนา ช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 โดยคัดเลือกเฉพาะรายที่คลอดทางช่องคลอดเท่านั้น บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด อาการและอาการแสดงของร่างกายจากการเสียเลือด การได้รับเลือด การตัดมดลูกและการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์จากการตกเลือดหลังคลอด เปรียบเทียบข้อมูลสองกลุ่มแบ่งตามช่วงเวลาดังนี้

**ช่วงที่หนึ่ง** คือ ระยะเวลา 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นช่วงที่ดูแลการคลอดระยะที่สามด้วยกระบวนการแบบดั้งเดิม คือรอให้มีอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนทำคลอดรก ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก oxytocin เมื่อแพทย์สั่งเท่านั้น นวดคลึงมดลูกเมื่อมดลูกไม่แข็งตัวหรือมีภาวะตกเลือด คลอดรกด้วยวิธี Brant Andrew หรือ modified crede และประเมินปริมาณการเสียเลือดด้วยสายตาของผู้ทำคลอด โดยยังไม่มี การดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยกระบวนการเร่งคลอดรก เป็นกลุ่มควบคุม

**ช่วงที่สอง** คือ ระยะเวลา 1 มีนาคม พ.ศ. 2550 ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการใช้กระบวนการเร่งคลอดรก AMTSL อย่างเป็นระบบ โดยทำตามกระบวนการเร่งคลอดรกในสตรีที่คลอดบุตรทางช่องคลอดทุกราย และใช้วิธีการประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยการชั่งเลือดผ่านแผ่นรองซับเลือด (blue pad) เป็นกลุ่มทดลอง

การประเมินระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แบ่งเป็น 2 ระบบ

**ระบบที่หนึ่ง** แบ่งตามปริมาณเลือดที่เสียไปและสัญญาณชีพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากการเสียเลือด<sup>(4,10)</sup> เป็นระดับดังนี้

ระดับที่ 1 เสียเลือด 500-799 มล.

ระดับที่ 2 เสียเลือด 800-1,499 มล. หรือระดับความดันเริ่มลดลงเล็กน้อย

ระดับที่ 3 เสียเลือด 1,500-2,000 มล. หรือ SBP 60-80 มิลลิเมตรปรอท

ระดับที่ 4 เสียเลือด > 2,000 มล. หรือ SBP 40-60 มิลลิเมตรปรอท

**ระบบที่สอง** แบ่งตามความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็นเกรดดังนี้

เกรด 1 จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำทดแทนอย่างรวดเร็วหรือให้ยาช่วยเพิ่มการหดตัวของมดลูก

เกรด 2 จำเป็นต้องได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

เกรด 3 จำเป็นต้องตัดมดลูก

เกรด 4 มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ประเมินข้อมูลพื้นฐานของการคลอดโดยการคำนวณเป็นร้อยละสำหรับข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์และเปรียบเทียบผลการดูแลจากการตกเลือดด้วย Fisher's exact test ในการทดสอบผลในช่วงก่อนและหลังการ

ใช้กระบวนการการเร่งคลอดรกต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและความรุนแรงระดับต่าง ๆ

### ผลการศึกษา

จำนวนผู้คลอดทางช่องคลอดในช่วงที่หนึ่ง คือ ระยะเวลา 1 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2548 คือ 4,998 ราย จำนวนผู้คลอดทางช่องคลอดในช่วงที่สอง คือ ระยะเวลา 1 มีนาคม พ.ศ. 2550 ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 คือ 1,203 ราย โดยทั้งสองช่วงเวลามีวิธีการคลอดทางช่องคลอด การได้รับยาเร่งคลอดและการได้ตัดฝีเย็บ ในอัตราที่ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

จำนวนผู้ที่มีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในกลุ่มทดลองมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.14 เป็นร้อยละ 3.32 หลังจากที่มีการใช้วิธีการประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยการชั่งเลือดผ่านแผ่นรองซับเลือดแทนการประเมินปริมาณการเสียเลือดด้วยสายตาของผู้ทำคลอด (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการตก

ตารางที่ 1 ลักษณะการคลอด และการตกเลือดหลังคลอด

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้คลอดทางช่องคลอด	4,998		1,203	
1. คลอดปกติ (NL)	4,152	83.07	1,043	86.70
2. ใช้เครื่องมือช่วยคลอด (V/E, F/E)	794	15.89	148	12.30
3. คลอดทำกัน	52	1.04	12	1.00
ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด				
1. ได้ยาเร่งคลอด	3,334	66.71	808	67.17
2. ได้ตัดฝีเย็บ	4,368	87.39	1,046	86.95
ลักษณะการตกเลือดหลังคลอด				
ตกเลือด	107	2.14	40	3.32
ไม่ตกเลือด	4,891	97.86	1,163	96.68
รวม	4,998	100	1,203	100

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามระบบที่หนึ่ง

ระดับปริมาณเลือดที่เสีย และสัญญาณชีพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	93	86.91	30	75.00
2	10	9.35	10	25.00
3	4	3.74	0	0.00
4	0	0.00	0	0.00
รวม	107	100.00	40	100.00

$p = 0.025$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามระบบที่สอง

เกรดความรุนแรง ของการตกเลือด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	69	64.49	36	90.00
2	37	34.58	4	10.00
3	0	0.00	0	0.00
4	1	0.93	0	0.00
รวม	66	100.00	40	100.00

$p = 0.004$

เลือดหลังคลอดระยะแรก แบ่งตามปริมาณเลือดที่เสียไปและสัญญาณชีพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากการเสียเลือด พบว่าในกลุ่มทดลองผู้คลอดที่ตกเลือดได้รับการประเมินการเสียเลือดในปริมาณ 500-799 มล. ร้อยละ 75 ซึ่งน้อยกว่าการประเมินด้วยสายตาคือร้อยละ 86.92 แต่ปริมาณการเสียเลือด 800-1,499 มล. เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 9.35 ในช่วงที่ใช้การประเมินปริมาณการเสียเลือดด้วยสายตา ไม่มีผู้คลอดที่ตกเลือดกลุ่มทดลองที่เสียเลือดมากกว่า 1,500 มล. เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 3.74 ในช่วงที่ยังไม่มีการใช้กระบวนการการเร่งคลอดรก เมื่อทดสอบโดยวิธีทางสถิติ Fisher's exact test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่  $p < 0.05$  (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามเกรดของความรุนแรงของการตกเลือด พบว่าในกลุ่มทดลองเมื่อใช้กระบวนการเร่งคลอดรก ผู้คลอดที่ตกเลือดส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ได้รับการรักษาการตกเลือดหลังคลอดโดยการให้เพียงสารน้ำหรือยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเท่านั้น มีเพียงร้อยละ 10 ของผู้คลอดที่ตกเลือดที่ต้องได้รับเลือด ซึ่งลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงก่อนใช้กระบวนการเร่งคลอดรกที่มีการให้เลือดถึงร้อยละ 34.58 นอกจากนี้ไม่มีผู้คลอดที่ตกเลือดที่ต้องตัดมดลูกหรือเสียชีวิตในช่วงที่ใช้กระบวนการเร่งคลอด เมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงก่อนใช้กระบวนการเร่งคลอดรกที่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เมื่อทดสอบโดยวิธีทางสถิติ Fisher's exact

test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่  $p < 0.05$  (ตารางที่ 3)

### วิจารณ์

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเป็นภาวะที่ป้องกันได้ โดยทั่วไปพบได้ประมาณร้อยละ 2-11<sup>(1-4)</sup> ขึ้นกับวิธีการประเมินปริมาณการเสียเลือด ในอดีตโรงพยาบาลเสนาใช้วิธีประเมินปริมาณเลือดด้วยตาเปล่า ซึ่งจะประเมินได้เพียงครึ่งเดียวของเลือดที่เสียไปจริง<sup>(5)</sup> ดังเช่นในการศึกษานี้ จำนวนผู้ที่มีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.14 เป็นร้อยละ 3.32 หลังจากที่มีการใช้วิธีการประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยการชั่งเลือดผ่านแผ่นรองซับเลือดแทนการประเมินปริมาณการเสียเลือดด้วยสายตาของผู้ทำคลอด ซึ่งเป็นวิธีการประเมินปริมาณการเสียเลือดที่แม่นยำมากขึ้น ทำให้ตรวจพบและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกดีขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้คลอดที่ตกเลือดที่จำเป็นต้องได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดมีจำนวนน้อยกว่าคือร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 34.58 ในช่วงที่ใช้วิธีการประเมินปริมาณการเสียเลือดด้วยสายตาและไม่ใช้กระบวนการเร่งคลอดรก และมีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในช่วงที่ประเมินปริมาณการเสียเลือดด้วยสายตาของผู้ทำคลอด แสดงว่าการประเมินปริมาณการเสียเลือดที่ไม่แม่นยำและการไม่ใช้กระบวนการเร่งคลอดรกจะทำให้การป้องกัน ดูแลรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกทำได้ช้าและเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ทีมงานสูติกรรมโรงพยาบาลเสนาได้ให้ความสำคัญของปัญหาการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จึงวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้มารดาคลอดปลอดภัย จัดทำแผนปฏิบัติการลดการตกเลือดหลังคลอดเพื่อลดการให้เลือดและภาวะแทรกซ้อนของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เริ่มตั้งแต่ที่แผนกฝากครรภ์ โดยค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง มีภาวะซีด และ

เตรียมความพร้อมสตรีตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้ถึงการปฏิบัติตัว ความเสี่ยงและการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ใช้วิธีการประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยการชั่งเลือดผ่านแผ่นรองซับเลือดแทนการประเมินปริมาณการเสียเลือดด้วยสายตาของผู้ทำคลอด และติดตามเฝ้าระวังความรุนแรงจากภาวะการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ต่อมาเมื่อนำกระบวนการเร่งคลอดรกมาใช้ในสตรีที่คลอดบุตรทางช่องคลอดทุกราย ภายหลังจากอบรมเชิงปฏิบัติแก่พยาบาลห้องคลอดครบทุกคน เมื่อประเมินหลังใช้กระบวนการเร่งคลอดรกเป็นระยะเวลา 12 เดือน พบว่าสามารถลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถป้องกันอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ดี โดยปริมาณการเสียเลือดในรายที่เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับที่ต่ำ ลดอัตราการให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดลงจากร้อยละ 34.58 ในช่วงก่อนการใช้กระบวนการเร่งคลอดเหลือเพียงร้อยละ 10 ไม่มีรายใดที่มารดาต้องตัดมดลูกหรือเสียชีวิต เป็นผลจากการใช้วิธีการประเมินปริมาณการเสียเลือดที่แม่นยำขึ้นทำให้ประเมินปริมาณการเสียเลือดได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้น ร่วมกับกระบวนการเร่งคลอดรก แสดงว่ากระบวนการเร่งคลอดรกมีผลดีต่อการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ของกระบวนการเร่งคลอดรก<sup>(8,9)</sup>

อย่างไรก็ตาม การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ต้องอาศัยทีมงานที่ดี มีประสบการณ์ และต้องปฏิบัติตามหลักการของการเร่งคลอดรกอย่างเคร่งครัดและจริงจังในทุกรายที่มาคลอด ให้การรักษาอย่างรวดเร็วสอดคล้องกับสถานการณ์ จะช่วยป้องกันมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก หัวใจวาย ไตวาย Sheehan syndrome, consumptive coagulopathy และภาวะแทรกซ้อนจากการรับเลือดได้<sup>(7)</sup>

การสำรวจทั่วโลกพบว่าการปฏิบัติตามการเร่งคลอดหรือ AMTSL จริงเพียงร้อยละ 5-25 เท่านั้น<sup>(11)</sup> เนื่องมาจากการขาดการฝึกอบรม ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดความมั่นใจ การจำกัดการใช้ oxytocin ไว้สำหรับแพทย์เท่านั้น<sup>(7,11)</sup>

สิ่งสำคัญที่สุดคือบุคลากรที่ดูแลการคลอดควรมีทักษะการสื่อสารและการแจ้งข่าวแก่ญาติเป็นระยะ เพื่อลดความเข้าใจผิด ที่อาจนำไปสู่การฟ้องร้อง

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ซึ่งขาดแคลนทั้งบุคลากร ศักยภาพและความพร้อมในการช่วยชีวิตขั้นสูง ควรนำกระบวนการการเร่งคลอดหรือ AMTSL มาใช้อย่างจริงจัง และควรนำการเร่งคลอดมาเป็นมาตรฐานในการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลทุกแห่งด้วย

### สรุป

การเร่งคลอดหรือ AMTSL เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดการตกเลือดหลังคลอด ลดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด ลดการเสียชีวิตของมารดา ซึ่งอาจช่วยลดการฟ้องร้องได้ในที่สุด

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเสนาทุกท่าน ที่มีความตั้งใจ ทุ่มเทแรงใจและร่างกายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลการคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย

### เอกสารอ้างอิง

1. กระเชียร ปัญญาคำเลิศ. การตกเลือดหลังคลอด. ใน: ซีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮ้าส์, 2548; หน้า 421-32.
2. Mosa HA, Alfire Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2003; (1): CD003249.
3. Lu MC, Fridman M, Korst LM, Gregory KD, Reyes C, Hobel M, et al. Variations in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in California. Material Child Health J 2005; 9:297-306.
4. Tamizian O, Arunkumaran S. The surgical management of post-partum haemorrhage. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol 2002; 16:81-98.
5. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gillstrap LCIII, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 21st ed. New York:McGraw-Hill; 2001. p. 635-69.
6. Coombs CA, Laros RK. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. Obstet Gynaecol 1991; 77:863.
7. พฤษ์ส จันทร์ประภาพ, กุศล รัศมีเจริญ. ภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน: ชาญชัย วันทนาศิริ, ดวงสิทธิ์ วัฒนการาร, บรรณาธิการ. สูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2550. หน้า 531-43.
8. Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial : active versus physiological management of the third stage of labour. Br Med J 1988; 297:1295-300.
9. Rogers J, Wood J, McCandish R, Ayers S, Tuesday A, Elbourne DR. Active versus expectant management of third stage of labour : the Hinchingsbrooke randomized controlled trial. Lancet 1998; 35:693-9.
10. ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. ภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน:มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, ประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2548. หน้า 196-209.
11. Festin M, Lumbiganon P, Tolosa JE, Finney KA, Bathike K, Chipato T, et al. International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour. Bull World Health Organ 2003; 81:286-91.

**Abstract    The Effectiveness of Active Management of the Third Stage of Labor Regarding Early Postpartum Hemorrhage**

**Sureerut Mongkolprathumrut**

Department of Obstetrics-Gynecology, Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya

*Journal of Health Science* 2008; 17:737-43.

The retrospective study of effectiveness about active management of the third stage of labor (AMTSL) regarding early postpartum hemorrhage, Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. Parturients with vaginal delivery were divided into two groups in the conventional phase (October 1999 to September 2005) and the active management in the AMTSL phase (March 2007 to February 2008). Comparisons on delivery were made between the two groups and presented in percentage and differences were established by Fisher's exact test. The study showed that the active management of the third stage of labor had more advantages than the conventional treatment significantly at  $p < 0.05$ . The severity of blood volume loss was at the level 1 (500-799 millilitre) and level 2 (800-1,499) with minimal sign and symptom of postpartum hemorrhage. Blood transfusion rate significantly decreased from 34.58 percent to 10 percent, while in AMTSL phase no hysterectomy was required or no one died from postpartum hemorrhage. In conclusion, active management of the third stage of labor strategy should be engaged in basic management of the third stage of labor, for more healthy and safety of parturients.

**Key words:** active management of the third stage of labor (AMTSL), blood volume loss