

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

วิธีการคลอดและการมาของน้ำนมเต็มเต้า ในมารดาหลังคลอด

รุ่งฤดี จีระทรัพย์

นวลจันทร์ ไพบูลย์บรรพต

สมพร พานิกม

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

มารดาสามารถรับรู้การมาของน้ำนมเต็มเต้าหลังคลอดได้จากอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ รู้สึกเต้านมขยาย คัดตึงและเจ็บแปลบภายในเต้า มีน้ำนมไหลจากเต้าตรงข้ามขณะที่ลูกดูด มีน้ำนมไหลทันจากปากลูก ได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของลูก จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า วิธีการคลอดมีผลต่อระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้าหลังคลอด แต่ยังไม่พบการศึกษานี้ในมารดาไทยมาก่อน การศึกษานี้เป็นแบบ prospective cohort study เพื่อหาระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าโดยใช้การรับรู้ของมารดาในมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด 350 ราย ในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2551 การศึกษาพบระยะเวลาเฉลี่ยที่น้ำนมมาเต็มเต้าในมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด 34.1, SD 18.3 ชั่วโมง และ 44.2, SD 22.4 ชั่วโมงตามลำดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีน้ำนมมาเต็มเต้าช้าตั้งแต่ 72 ชั่วโมงหลังคลอดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.1 มากกว่าในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดซึ่งพบเพียงร้อยละ 3.4 (RR 3.58 CI 1.41, 9.76) โดยสรุป มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีน้ำนมมาเต็มเต้าช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ:

การมาของน้ำนมเต็มเต้าหลังคลอด, วิธีการคลอด, คลอดทางช่องคลอด, ผ่าตัดคลอด

บทนำ

ขบวนการสร้างน้ำนม (lactogenesis)⁽¹⁾ แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรก (stage of lactogenesis I) เริ่มในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์โดยเซลล์สร้างน้ำนม (lactocytes) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและผลิต colostrums ปริมาณเล็กน้อยออกมาช่วงท้ายของการตั้งครรภ์และช่วงแรกหลังคลอด หลังจากนั้นการผลิตน้ำนมจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จนเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 (stage of lactogenesis

II) ซึ่งเกิดขึ้นในวันที่ 2-3 หลังคลอด จะมีการผลิตน้ำนมปริมาณมากขึ้นอย่างทันที โดย gold standard ในการบอกถึงระยะ lactogenesis II คือ การหาปริมาณน้ำนมที่สร้างขึ้นจากการเปรียบเทียบน้ำหนักทารกก่อนและหลังดูดนม (test weighing) อย่างต่อเนื่องเพื่อหาจุดเปลี่ยนของกราฟ ณ จุดที่มีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้นอย่างมากทันที แต่วิธีนี้ไม่สะดวกต่อการนำมาใช้ทางคลินิกและมีค่าใช้จ่ายสูง จึงมีการประยุกต์ในการหา

ระยะเวลาที่เกิด lactogenesis II โดยใช้การรับรู้ของมารดาหลังคลอดเพื่อบอกถึงภาวะที่น้ำนมมาเต็มเต้า (onset of lactation: OL) จากอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ มารดารู้สึกเต้านมขยายคัดตึงและเจ็บแปลบภายในเต้านม มีน้ำนมไหลจากเต้าตรงข้ามขณะที่ลูกดูดนม มีน้ำนมไหลทันจากปากลูก ได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของลูก ซึ่งวิธีนี้ง่ายและสะดวกต่อการนำมาใช้ทางคลินิก⁽²⁾ นอกจากนี้ในด้านของการศึกษาวิจัยเพื่อดูปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างน้ำนม การประเมินน้ำนมมาจากการหาระยะเวลาที่ตรวจพบ colostrum ภายหลังคลอดในวิธีเดิมอาจมีข้อจำกัดในมารดาบางรายที่มีน้ำนม (pre-colostrum) มาตั้งแต่ในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์

สัปดาห์แรกหลังคลอดเป็นช่วงวิกฤต และมีความสำคัญอย่างมากในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดมักจะกังวลและรอคอยการมาของน้ำนมว่าน้ำนมจะมาเมื่อใดและมีเพียงพอสำหรับการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่ การที่มารดาเห็นเพียง colostrum ปริมาณไม่มากในช่วงแรกหลังคลอด ยังไม่ทำให้มารดามั่นใจว่ามีน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของลูก การที่มารดารับรู้ถึงการมีน้ำนมเต็มเต้า (onset of lactation: OL) จึงเป็นอาการแสดงแรกหลังคลอดที่ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจว่ามีน้ำนมมากและเพียงพอต่อความต้องการของลูก

ในขณะที่ปัจจุบันมีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างกว้างขวาง แต่กลับพบว่าการผ่าตัดคลอดโดยการผ่าตัดมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ หลายการศึกษา⁽³⁻⁵⁾ พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีระยะเวลาที่เกิด OL ช้ากว่าการคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด delayed OL (OL > 72 ชั่วโมงหลังคลอด)⁽⁶⁾ นอกจากนี้การเกิด OL ที่ช้า ทำให้มารดาและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลว่าน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของลูก มีโอกาสในการใช้นมผสมหรืออาหารเสริมอื่นซึ่งอาจนำไปสู่จุดเริ่มต้นของความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽⁷⁾

แม้จะมีการศึกษาความสัมพันธ์ของชนิดของช่อง

ทางคลอดกับการมาของน้ำนมเต็มเต้าโดยใช้การรับรู้ของมารดา⁽³⁻⁵⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในต่างประเทศ จากการค้นคว้าข้อมูลยังไม่พบว่าเคยมีการศึกษาในมารดาไทยมาก่อน ผู้วิจัยจึงต้องการเปรียบเทียบชนิดของการคลอดโดยการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอด กับระยะเวลาที่น้ำนมเต็มเต้าหลังคลอด (onset of lactation: OL) เพื่อศึกษาชนิดของช่อง ทางคลอดและระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้าในมารดาหลังคลอด หากพบความแตกต่างอย่างชัดเจนจำเป็นต้องมีแนวทางช่วยเหลือ และสนับสนุนมารดาที่ผ่าตัดคลอดในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงการประเมินทารกเพื่อเฝ้าระวังทารกป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับน้ำนมไม่พอ และเป็นข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมงานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

Prospective cohort study

นิยามตัวแปร

น้ำนมเต็มเต้าหลังคลอด (onset of lactation; OL)

หมายถึง การรับรู้ของมารดาถึงอาการแสดงของน้ำนมมาเต็มเต้าครั้งแรกภายหลังคลอด โดยมีอาการแสดงต่าง ๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

1. รู้สึกเต้านมขยายคัดตึงมาก และเจ็บแปลบภายในเต้านม
2. มีน้ำนมไหลจากเต้าตรงข้ามขณะที่ลูกดูดนม
3. มีน้ำนมไหลทันจากปากลูก
4. ได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของลูก

เวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้า (lactation time) หมายถึง จำนวนชั่วโมงนับตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงเวลาที่มารดามีอาการแสดงของน้ำนมเต็มเต้าหลังคลอด

ระยะเวลาการอดอาหาร (NPO time) หมายถึง

จำนวนชั่วโมงนับตั้งแต่มารดาหยุดดื่มน้ำหรือกินอาหารใด ๆ ก่อนคลอดจนถึงเวลาที่เริ่มดื่มน้ำหรืออาหารใด ๆ ครั้งแรกหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลขอนแก่นในเดือนเมษายนถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2551

เกณฑ์คัดเลือกประชากรเข้าการวิจัย

มารดาครรภ์เดียวที่คลอดทางช่องคลอด และผ่าตัดคลอด และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา

เกณฑ์คัดเลือกรวมประชากรออกจากการศึกษา

มารดาที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและไม่พร้อมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ทารกมีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม

ทารกมีโรคแทรกซ้อนหรือผิดปกติและเป็นอุปสรรคต่อการกระตุ้นดูด เช่น ทารกเป็นโรคหัวใจ ปากแห้ง เพดานโหว่

มารดาและทารกไม่ได้อยู่ด้วยกันหลังคลอด

มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ขนาดตัวอย่างที่ทำการศึกษา

จากการศึกษา ของ Kulski JK⁽⁵⁾ และคณะ พบว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด พบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้าที่ 59, SD16.3 และ 63.3, SD 24.2 ชั่วโมง ตามลำดับ คำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่ม

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 \delta^2}{\Delta^2}$$

กำหนดค่าความผิดพลาด α เท่ากับ 0.05 Power เท่ากับ 80 แทนค่าในสูตรคำนวณได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 156 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อ dropout rate ร้อยละ 10 ของขนาดตัวอย่างที่ได้ ดังนั้น จำนวนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากร คือ 172 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

มารดาหลังคลอดที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาทุกราย จะได้รับการดูแลหลังคลอดตามมาตรฐานการดูแลมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด ภายหลังจากคลอดจะมีการกระตุ้นให้ทารกเริ่มต้นดูดนมแม่ทันทีที่มารดาและทารกพร้อม โดยมารดาและทารกหลังคลอดอยู่ด้วยกันตลอดเวลา (room-in) และให้ทารกดูดนมตามความต้องการตลอดทั้งกลางวันและกลางคืน มีการช่วยเหลือมารดาในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาทุกคนจะได้รับคำอธิบายความหมายและอาการแสดงของน้ำนมมาเต็มเต้า เพื่อให้สามารถจดจำเวลาที่ตรงกับอาการแสดงได้แม่นยำที่สุด รวมถึงให้บันทึกเวลาที่มารดาเริ่มดื่มน้ำหรือกินอาหารครั้งแรกหลังคลอด

บันทึกข้อมูลพื้นฐานการคลอดและหลังคลอดจากเวชระเบียน โดยมีพยาบาลแม่นมประจำหอผู้ป่วยหลังคลอดเป็นผู้ช่วยเก็บบันทึกข้อมูล และสอบถามอาการแสดงของน้ำนมมาเต็มเต้าจากมารดาตั้งแต่วันแรกหลังคลอดต่อเนื่องจนกว่าจะมีน้ำนมมาเต็มเต้า กรณีมารดาไม่มีน้ำนมมาเต็มเต้าในวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล จะโทรศัพท์เพื่อติดตามผลหลังมารดากลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 13

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของมารดาหลังคลอดนำเสนอในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าด้วย survival analysis โดยใช้ Kaplan Meier methods เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดย log-rank test วิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ตัวแปรเป็น nominal scale โดย chi-square และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดย t-test

ผลการศึกษา

ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่ เดือนเมษายนถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2551 มีมารดาหลังคลอดเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 350 ราย แบ่งเป็นมารดาที่คลอดทางช่องคลอด 177 ราย และมารดาที่ผ่าตัดคลอด 173 ราย มารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดมีอายุเฉลี่ย 25.3 ปี และ 26.5 ปี ตามลำดับ มารดาที่อายุน้อยที่สุดและมากที่สุดในการศึกษานี้คือ 14 ปี จำนวน 2 ราย และ 44 ปี จำนวน 1 ราย โดยมารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ตั้งครรถ์ครบกำหนด ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน และมีห้วงมปรกติ

น้ำหนักทารกแรกคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 3,039 กรัมและ 3,176 กรัมตามลำดับ โดยมารดาที่คลอดทางช่องคลอดสามารถให้นมลูกตั้งแต่ 8 ครั้งใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ร้อยละ 71.8 และ ร้อยละ 58.4 ในมารดาที่ผ่าตัดคลอด

มารดาที่ผ่าตัดคลอดเสียเลือดจากการคลอด

มารดาเฉลี่ย 347 มิลลิลิตร ขณะที่คลอดทางช่องคลอดเสียเลือดเฉลี่ย 180 มิลลิลิตร มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีระยะเวลาการอดอาหารตั้งแต่รอคลอดจนเริ่มกินอาหารหรือดื่มน้ำครั้งแรกหลังคลอดเฉลี่ย 29.3 ชั่วโมง และ 11.0 ชั่วโมงในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โดยมารดาที่ผ่าตัดคลอดเริ่มกินอาหารหรือดื่มน้ำครั้งแรกภายหลังคลอดเฉลี่ย 18.7 ชั่วโมง และ 2.6 ชั่วโมงในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด

อายุมารดา อายุครรภ์และการคลอด น้ำหนักแรกคลอดของทารก ความผิดปกติของเต้านม ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และ early bonding ในมารดาทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน แต่พบว่ามารดาที่ผ่าตัดมีความแตกต่างของการเสียเลือดจากการคลอด ระยะเวลาการอดอาหาร ระยะเวลาการเริ่มดื่มน้ำหรือกินอาหารหลังคลอด จำนวนครั้งที่ให้ลูกกินนมในวันแรกหลังคลอด แตกต่างกับมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อบ่งชี้ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ คือ

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก แยกตามชนิดช่องทางคลอด

ลักษณะทั่วไป	คลอดทางช่องคลอด (n=177 ราย)	ผ่าตัดคลอด (n=173 ราย)
ก่อนคลอด		
อายุ (ปี) mean, SD	25.3, 6.2	26.5, 6.1
ไม่เคยคลอดบุตร คน (ร้อยละ)	100 (56.5)	93 (53.8)
ตั้งครรถ์ครบกำหนด คน (ร้อยละ)	153 (86.4)	160 (92.5)
ประวัติเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คน (ร้อยละ)	72 (40.7)	76 (43.9)
ห้วงมปรกติ คน (ร้อยละ)	163 (92.1)	162 (93.6)
หลังคลอด		
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม) mean, SD	3039, 369	3176, 554
เสียเลือดจากการคลอด (มล.) mean, SD	180, 102	374, 217
Early bonding คน (ร้อยละ)	139 (78.5)	120 (69.4)
ให้นมลูก > 8 ครั้งวันใน แรกหลังคลอด คน (ร้อยละ)	127 (71.8)	101 (58.4)
ระยะเวลาที่อดอาหาร (ชม.) mean, SD	11.0, 5.5	29.3, 10.0
เริ่มกินน้ำ/กินอาหารหลังคลอด (ชม.) mean, SD	2.6, 2.6	18.7, 7.5

cephalopelvic disproportion (CPD) คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมาคือ previous Cesarean section, breech presentation และ fetal distress คิดเป็นร้อยละ 30.0 ร้อยละ 16.0 และ ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ระบุความรู้สึกโดย spinal block คิดเป็นร้อยละ 66.5 มารดาที่คลอดทางช่องคลอดส่วนใหญ่ร้อยละ 85.3 คลอดปรกติทางช่องคลอด มีเพียงร้อยละ 14.7 ช่วยคลอดโดย vacuum extraction และ forceps extraction โดยมีข้อบ่งชี้คือ poor maternal effort และ short second stage คิดเป็นร้อยละ 73.0 และร้อยละ 27.0 ตามลำดับ

ระยะเวลาเฉลี่ยของ OL ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดคือ 34.1, 18.3 ชั่วโมง และ 44.2, 22.4 ชั่วโมง ตามลำดับ โดยมารดาหลังคลอดทางช่องคลอด 1 รายที่มีอาการแสดงของน้ำนมมาเต็มเต้าตั้งแต่แรกคลอด พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดมีระยะเวลาที่เริ่มมี OL โดยเฉลี่ยนานกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงใน ตารางที่ 2

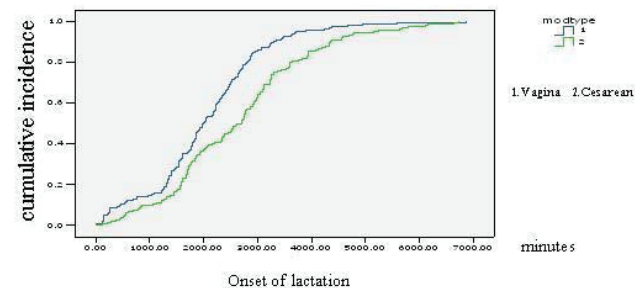
เมื่อวิเคราะห์จำนวนมารดาสะสมที่มีน้ำนมเต็มเต้า (onset of lactation; OL) เมื่อเวลาผ่านไปทั้งสองชนิดช่องทางคลอด โดย วิธี Kaplan-Meier method จากกราฟพบว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีจำนวนมารดาสะสมที่เกิด OL ในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านไปมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001) ดังแสดงใน รูปที่ 1

เมื่อแยกตามช่วงเวลาหลังคลอดพบว่ามารดาส่วนใหญ่ในทั้ง 2 กลุ่ม มีน้ำนมมาในวันที่สองหลังคลอด พบ delayed OL ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ร้อยละ 12.1 และมารดาหลังคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 3.4 (p -value

ตารางที่ 2 ระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้าหลังคลอด แยกตามชนิดช่องทางคลอด

ระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้าหลังคลอด (ชม.)	คลอดทางช่องคลอด (n=177 ราย)	ผ่าตัดคลอด (n=173 ราย)
มาเร็วที่สุด	0*	2.2
มาช้าที่สุด	114.3	112.3
ค่าเฉลี่ย mean, SD**	34.1, 18.3	44.2, 22.4

*มารดามีอาการแสดงของน้ำนมมาเต็มเต้าตั้งแต่แรกคลอด **Log Rank (Mantel-Cox) $p < 0.001$



รูปที่ 1 ระยะเวลาตั้งแต่แรกคลอดจนมีน้ำนมมาเต็มเต้า ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด

ตารางที่ 3 ระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้าหลังคลอดแยกตามช่วงเวลา และช่องทางคลอด

น้ำนมมาเต็มเต้า (ชั่วโมง)	คลอดทางช่องคลอด ราย (ร้อยละ)	ผ่าตัดคลอด ราย (ร้อยละ)	
< 24	47 (26.6)	25 (14.5)	
24 - < 48	100 (56.5)	76 (43.9)	
48 - < 72	24 (13.6)	51 (29.5)	
≥ 72*	6 (3.4)	21 (12.1)	RR** 3.58 CI 1.41-9.76
รวม	177(100)	173(100)	

ระยะเวลาของน้ำนมในข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001)

**delayed OL **RR : Relative Risk

<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

การนำ OL มาใช้ทางคลินิกทำได้ง่าย สะดวก มีประโยชน์ และ ต้นทุนต่ำ จากการศึกษา ของ Chapman DJ.⁽²⁾ ถึงความล้มพันธ์ของ lactogenesis II และ OL จากการรับรู้ของมารดา พบว่าความไวและความจำเพาะของ OL ในมารดา กับ lactogenesis II อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และเหมาะต่อการนำไปใช้ทางสาธารณสุขในวงกว้างเพื่อบ่งบอกถึง lactogenesis II นอกจากนั้น Perez Escamilla R.⁽⁹⁾ ยังศึกษาพบว่า มารดาสามารถจดจำเวลาการเกิด OL ได้ดี แม้เวลาจะผ่านไปภายหลังคลอดถึง 7 เดือน โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่มี delayed OL เนื่องจาก OL เป็นอาการแสดงที่มารดารับรู้ได้ด้วยตนเอง และมารดาให้ความสำคัญและรอคอยการมาของน้ำนมเต็มเต้าทำให้มารดาสามารถจดจำระยะเวลาการมาของ OL ได้ ถึงแม้ข้อจำกัดของ OL คือไม่สามารถระบุเวลาขณะที่เกิด OL ได้ละเอียดเป็นนาที

จากการศึกษานี้ พบว่าทั้งมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ พบ OL ในวันที่ 2 หลังคลอด และพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดเกิด OL ซ้ำกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดถึง 10 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบระยะเวลาเฉลี่ยของ OL เร็วกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Hildebrandt HM.⁽³⁾ และ Kulski JK.⁽⁵⁾ ที่พบ OL ในวันที่ 3 หลังคลอด แต่ช้ากว่าการศึกษาของ Sakha K.⁽⁴⁾ ที่พบ OL ตั้งแต่วันแรกหลังคลอด มีการศึกษาไม่พบความแตกต่างของ OL ในกลุ่มมารดาผ่าตัดคลอดที่มีและไม่มีการเจ็บครรภ์⁽⁴⁾ ระยะเวลาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ก่อน⁽⁴⁾ อายุของมารดา^(3,4) และอายุครรภ์^(3,4) น้ำหนักทารกแรกคลอด⁽³⁾ ภาวะแทรกซ้อนในมารดาขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การสูบบุหรี่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการได้รับยาปฏิชีวนะกับ OL⁽³⁾

การศึกษาของ Chapman DJ. และ Dewey KG.^(6,8) พบ delayed OL (OL > 72 ชั่วโมงหลังคลอด) ใน

มารดาที่ผ่าตัดคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีนัยสำคัญ ซึ่งตรงกับการศึกษานี้ที่พบ delayed OL ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดถึง 3.58 เท่า (relative risk 3.58 CI 1.41-9.76) มารดาหลังคลอดที่มี delayed OL เป็นปัญหาที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะผู้ที่ดูแลด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ความสำคัญมาก เพราะการเกิด OL ซ้ำ ทำให้ทารกมีโอกาสได้รับนมผสมเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงในการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว มารดาที่พบ delayed OL มีความเสี่ยงอย่างมากที่จะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอดมากกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่มี delayed OL⁽³⁾

จากการศึกษาของ Dewey KG.⁽⁸⁾ ยังพบว่าทารกแรกคลอดที่มารดามี delayed OL มีความเสี่ยงที่จะเกิด excess neonatal weight loss เพิ่มขึ้น 7.1 เท่าเมื่อเทียบกับทารกในกลุ่มที่มารดาไม่มี delayed OL ทารกที่ได้รับน้ำนมมารดาไม่เพียงพอ หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจะทำให้ทารกเกิดภาวะขาดน้ำ มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา และอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีทารกตายใดที่มีปัญหา excessive neonatal weight loss ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลในการศึกษานี้ ปัจจัยเสี่ยงอื่นที่เป็นสาเหตุของ delayed OL นอกเหนือจากการผ่าตัดคลอด ได้แก่ การผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้วางแผนมาก่อน (unscheduled cesarean section)⁽⁶⁾ ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดเนิ่นนาน (prolonged stage 2 labor)⁽⁶⁾ มารดาที่น้ำหนักตัวมาก⁽⁶⁾ ทารกได้รับนมผสมก่อนน้ำนมมาเต็มเต้า^(3,6) ตั้งครรภ์แรก⁽⁸⁾ เป็นต้น

การศึกษาของ Chein LY.⁽¹⁰⁾ พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สั้นกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดเป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลายประการ เช่น มารดามีอาการปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดที่มากกว่าการคลอดทาง

ช่องคลอดปกติ ยาท่าง ๆ ที่ได้รับเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคที่ทำให้มารดามีความพร้อมในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด^(4,11-13) สอดคล้องกับผลที่ได้จากการศึกษานี้ที่พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดจะให้นมลูกตั้งแต่ 8 ครั้งขึ้นไป (ให้นมลูกเฉลี่ยทุก 2-3 ชั่วโมง) ในวันแรกหลังคลอดได้น้อยกว่ากลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญ Nissen E.⁽¹⁴⁾ ศึกษาพบว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดแบบฉุกละหุกเงินมีการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนโปรแลคตินภายหลังให้นมลูกต่ำลงอย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดและพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดมีผลทำให้หลังฮอร์โมนออกซิโตซินลดลง ซึ่งฮอร์โมนทั้งสองมีความสำคัญอย่างมากต่อการสร้างและหลั่งน้ำนม อย่างไรก็ตาม Chapman DJ.⁽²⁾ ไม่พบความแตกต่างของ delayed OL ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดโดยการฉีดยาชาเข้าทางสันหลังและการดมยาสลบ

เมื่อเปรียบเทียบมารดาผ่าตัดคลอดกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดทางช่องท้องชนิดอื่น ๆ จะพบว่ามารดาหลังคลอดมีกิจกรรมต่าง ๆ มากมายตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด เช่น การดูแลลูก อุ้มลูกกินนม เปลี่ยนผ้าอ้อม รวมไปถึงการสร้างน้ำนมสำหรับลูก ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความต้องการพลังงานมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่องท้องชนิดอื่น ๆ การศึกษานี้ พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดเริ่มกินอาหารครั้งแรกภายหลังคลอดช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด เนื่องจากแนวทางปฏิบัติทั่วไปในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะให้น้ำและอาหารหลังผ่าตัดต่อเนื่องไปอีก 12-24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงทางลำไส้หลังผ่าตัด เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน แต่หากประเมินให้ดีแล้วจะเห็นว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่อายุน้อย สุขภาพแข็งแรง ระยะเวลาการผ่าตัดสั้น และรบกวนต่อลำไส้น้อย โอกาสที่จะเกิดอาการข้างเคียงทางลำไส้จึงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดเข้าช่องท้องอื่น ๆ

จาก Cochrane database systematic review⁽¹⁵⁾

ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้กินอาหารเร็วขึ้น (ประมาณ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) ไม่พบความแตกต่างของอาการข้างเคียงทางลำไส้ และมารดายังได้รับผลดีด้านอื่น⁽¹⁶⁻²⁰⁾ เช่น ได้รับพลังงานมากกว่า ลูกนั่งและเดินได้เร็วกว่า เริ่มต้นให้นมลูกได้เร็วกว่า และยังมีพึงพอใจมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่กินหลังผ่าตัดคลอดช้า ผู้วิจัยเห็นว่าการให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดกินอาหารได้เร็วขึ้นน่าจะเป็นผลดีต่อมารดาในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีรายงานใดศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการกินอาหารเร็วในมารดาหลังผ่าตัดคลอดกับระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้าหลังคลอด

ปัจจุบันการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เริ่มต้นภายในโรงพยาบาลหลังการคลอด การให้คำแนะนำมารดาให้สังเกตการมาของ OL ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจยิ่งขึ้นว่ามีน้ำนมมาเพียงพอ ควบคู่ไปกับการช่วยเหลือมารดาด้านทักษะการให้นมลูกที่ถูกรูปวิธีและกระตุ้นดูดเร็วและบ่อย เพื่อให้มีการสร้างน้ำนมมาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมิน OL ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดขณะอยู่ในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้านทุกราย ช่วยให้สามารถวางแผนช่วยเหลือมารดาที่ผ่าตัดคลอดและมารดาที่มี delayed OL ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ทันเวลาที่

ข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันพบแนวโน้มของการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการรอดอาหารและระยะเวลาที่เริ่มกินอาหารครั้งแรกหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดนานกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดอย่างชัดเจน หลายการศึกษาชี้ให้เห็นถึงผลดีของการกินเร็วตั้งที่ได้กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าการกินอาหารเร็วขึ้นในมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีผลต่อระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้าเร็วขึ้นด้วยหรือไม่ ซึ่งนอกจากจะเป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดแล้ว ยังอาจเกิดประโยชน์ในการสนับสนุนและช่วยเหลือมารดาที่ผ่าตัดคลอดให้

ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย

สรุป

มารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ มีระยะเวลาเฉลี่ยที่น้ำนมมาเต็มเต้าในวันที่ 2 หลังคลอด โดยมารดาที่ผ่าตัดคลอดมีน้ำนมมาเต็มเต้าช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

- Hartmann PE, Owens RA, Cox DB, Kent JC. Breast development and control of milk synthesis. *Food Nutr Bull* 1996; 17(4):163.
- Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Maternal perception of the onset of lactation is a valid, public health indicator of lactogenesis stage II. *J Nutr* 2000; 130(12):2972-80.
- Hildebrandt HM. Maternal perception of lactogenesis time : a clinical report. *J Hum Lact* 1999; 15(4):317-23.
- Sakha K, Behbahan A.G.G. The onset of lactation after delivery. *Med J Islam Repub Iran* 2005; 19(2):135-9.
- Kulski JK, Smith M, Hartmann PE. Normal and Cesarean section delivery and the initiation of lactation in women. *Aust J Exp Biol Med Sci* 1981; 59(4):405-12.
- Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Identify of risk factors for delayed onset of lactation. *J Am Diet Assoc* 1999; 99(4):450-4.
- Hruschka DJ, Sellen DW, Stien AD, Martorell R. Delayed onset of lactation and risk of ending full breastfeeding early in rural Guatemala. *J Nutr* 2003; 133:2592-9.
- Dewey KG, Nommsen Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excessive neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003; 112:607-19.
- Perez-Escamilla R, Chapman D. Can women remember when their milk came in? *Adv Exp Med Biol* 2001; 501:567-72.
- Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth* 2007; 34(2):123-30.
- Perez-Escamilla R, Maulen Radovan I, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breastfeeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health* 1996; 86(6):832-6.
- Chung W, Kim H, Nam CM. Breast-feeding in South Korea: factors influencing its initiation and duration. *Public Health Nutr* 2008; 11(3):225-9.
- Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002; 29(2):124-31.
- Nissen E, Uvnas-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widstrom AM, Winberg J. Different pattern of oxytocin, prolactin but not cortisol release during delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev* 1996; 45:103-18.
- Mangesi L, Hofmeyr GL. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD003516.
- Gocmen A, Gocmen M, Saraoglu M. Early post-operative feeding after caesarean delivery. *J Int Med Res* 2002; 30(5):506-11.
- Malhotra N, Khanna S, Pasrija S, Jain M, Agarwala RB. Early oral hydration and its impact on bowel activity after elective cesarean section-our experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 120(1):53-6.
- Kovavisarach E, Atthakorn M. Early versus delayed oral feeding after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90(1):31-4.
- Chantarasorn V, Tannirandom Y. A comparative study of early postoperative feeding versus conventional feeding for patients undergoing cesarean section: a randomised controlled trial. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(4):11-6.
- Benhamou D, Tecsny M. Audit of an early feeding program after cesarean delivery: patient wellbeing is increased. *Can J Anesth* 2002; 49(8):814-9.

Abstract Routes of Delivery and Onset of Lactation

Rungruedee Jeerasap, Naunjun Phaiboonbunpot, Somporn Panikom

Department of Obstetrics and Gynecology, Khon Kaen Hospital

Journal of Health Science **2010; 19:270-8.**

The onset of lactation (OL) is the maternal perception of milk coming-in by the feeling of breast fullness and prickly, dripping from the contra-lateral nipple when the baby nurses, milk running from the baby's mouth and its gulping. Several studies found significant association of delivery routes and the onset of lactation yet without any evidence in Thai mothers.

This prospective cohort study was to determine the onset of lactation time by maternal perception in 350 post-partum women who had delivered vaginally and by Cesarean section in Khon Kaen Hospital from April to May 2008. It was found that the mean time of the onset of lactation in vaginal and Cesarean delivery groups were 34.1, SD 18.3 and 44.2, SD 22.4 hours, respectively with statistical significance. The delayed onset of lactation (OL >72 hours) was 12 percent in the Cesarean section group and 3.4 percent in the vaginal group. (RR 3.58 CI 1.41-9.76) In conclusion, post-Cesarean mothers had significant longer OL time compared with vaginal mothers.

Key words: onset of lactation, routes of delivery, vaginal delivery, Cesarean section