

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะรกค้ำ ภายหลังคลอดบุตรทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลปทุมธานี

วิวัฒน์ ภัทรืชวาล

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลปทุมธานี

บทคัดย่อ

การคลอดในระยะที่ 3 ของมารดาคลอดบุตรส่วนใหญ่มักใช้เวลาจำกัดและไม่ค่อยมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด สำหรับการคลอดรกทางช่องคลอดนั้นจะวินิจฉัยว่ารกค้ำเมื่อนานมากกว่า 30 นาที ถึงแม้จะมีข้อถกเถียงถึงเรื่องของเวลาและการรักษา การล้วงรกก็ยังเป็นวิธีที่ใช้รักษาอยู่ในปัจจุบัน การศึกษาที่ผ่านมาได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างของภาวะรกค้ำ วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดรกค้ำของมารดาคลอดบุตรทางช่องคลอด ด้วยวิธีการศึกษาแบบสังเกตเชิงวิเคราะห์ในมารดาคลอดบุตรอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ทางช่องคลอด ทำการศึกษาในช่วง 1 มกราคม 2548-30 มิถุนายน 2549 ศึกษาจากแฟ้มประวัติของมารดาคลอดบุตรจำนวน 141 ราย โดยมีมารดาคลอดบุตรทางช่องคลอดจำนวน 47 ราย และทำการคัดเลือกแบบสุ่มอีก 94 รายที่มีการคลอดรกปกติเพื่อเป็นกลุ่มควบคุม รายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติวิเคราะห์โดยใช้ student t test ในการหาความสัมพันธ์โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น ($p < 0.05$)

การวิจัยพบว่ากลุ่มศึกษามีปัจจัยเสี่ยงเรื่องประวัติการขูดมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม (36.17% และ 14.89% ตามลำดับ, $p=0.004$) ประวัติน้ำเดินก่อนคลอด (31.9% และ 17% ตามลำดับ, $p=0.044$) น้ำหนักแรก (524.89 \pm 59.12 และ 580.11 \pm 46.85 ตามลำดับ, $p=.007$) การตั้งครรภ์หลัง ($p=0.006$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาประชากรทั้ง 2 กลุ่มไม่พบความแตกต่างทางด้าน อายุ อายุครรภ์ ประวัติรกค้ำ เวลาเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์ การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (oxytocin) สรุปผลของการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่เหมือนงานวิจัยอื่นก่อนหน้านั้นและควรเฝ้าระวังในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวและการดูแลการคลอดที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการเกิดภาวะรกค้ำและสามารถช่วยชีวิตได้หากมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นในสตรีคลอดบุตร

คำสำคัญ: ภาวะรกค้ำ, ปัจจัยเสี่ยง, การคลอดบุตรทางช่องคลอด

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กทั้งยังเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่สำคัญของมารดาหลังคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา ภาวะตกเลือดหลังคลอดมากกว่า

ร้อยละ 50 เกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้ไม่พบปัจจัยเสี่ยง และมากกว่าร้อยละ 90 ของการตกเลือดมีสาเหตุเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกปริกำเนิดปี 2544-2546 พบการตก

เลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.11, 33.96 และ 17.78 ของสาเหตุการตายของมารดาทั้งหมดตามลำดับ⁽²⁾ และยังมีรายงานอัตราการตายของสตรีคลอดบุตรในระยะที่ 3 มากกว่าอัตราการตายของระยะที่ 1 และ 2 รวมกัน⁽³⁾ สาเหตุการตายมักเป็นจากการตกเลือดหลังคลอด ภาวะรกค้างเป็นปัญหาที่สำคัญของการตกเลือดหลังคลอดในระยะเฉียบพลันรองจากมดลูกหดตัวไม่ดี ทางสูติศาสตร์ถือเป็นสิ่งที่จำเป็นในการทำหัตถการล้างรกเพื่อลดปริมาณเลือดที่เสียและลดภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดตามมา

การตกเลือดหลังคลอดนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนมากมาย เช่น ความเสี่ยงต่อการได้รับเลือด ปฏิกิริยาของการรับเลือด กรณีตกเลือดรุนแรงหรือมีรกค้างอาจต้องทำหัตถการผ่าตัดหรือล้างรก เสี่ยงต่อการใช้น้ำสลบ การติดเชื้อหลังทำหัตถการ ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น ซึ่งโดยรวมทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น รวมทั้งมีความทรมานทั้งต่อผู้คลอดบุตรและครอบครัว สำหรับการคลอดในระยะที่ 3 นั้นคือช่วงเวลาหลังคลอดของทารกออกมาแล้วจนถึงรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดทางช่องคลอด ส่วนใหญ่รกจะคลอดเองภายใน 5-10 นาทีหลังคลอดทารก เฉลี่ยประมาณ 6 นาที หากช่วงระยะเวลาที่ 3 ของการคลอดเนิ่นนานไป โดยเฉพาะมากกว่า 30 นาทีก็จะเพิ่มภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาคลอดบุตร ดังนั้นจึงถือเป็นเกณฑ์ทั่วไปว่ารกควรจะคลอดภายใน 30 นาทีหลังทารกคลอด^(4,5) ในอดีตที่ผ่านมาการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นเกี่ยวกับภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้น วิธีการรักษาและหาปัจจัยที่มีผลต่อการตกเลือดนั้นรวมถึงภาวะแทรกซ้อนภายหลังซึ่งทำให้ได้ความรู้ว่าภาวะรกค้างเป็นปัจจัยที่สำคัญ แต่ในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจในแง่ของระบาดวิทยาและสาเหตุหรือปัจจัยของภาวะรกค้างยังมีอยู่น้อยทั้งที่พบได้บ่อย รวมทั้งความเข้าใจในปัญหายังไม่ถูกต้องดีนัก จึงเป็นเหตุผลสำคัญในการทำการศึกษาคั้งนี้ เพื่อศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการเกิดรกค้างภายหลังคลอดบุตร

ทางช่องคลอด เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังและลดอัตราการเกิดรกค้างในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยคาดว่าผลที่ได้จะมีประโยชน์ทำให้สามารถป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้และพัฒนากลุ่มงานต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยแบบสังเกตเชิงวิเคราะห์ ชนิด case-control ในช่วง 1 มกราคม 2548 ถึง 30 มิถุนายน 2549 จำนวน 141 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 47 ราย และกลุ่มควบคุม 94 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ของกลุ่มศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

มารดาคลอดบุตร ปรกติทางช่องคลอดที่รกไม่คลอดภายใน 30 นาที และได้รับการล้างรกเพื่อการรักษา อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์

เกณฑ์คัดออก

ครรภ์แฝด ความผิดปกติของทารก ทารกตายในครรภ์ ผ่าตัดคลอดบุตร อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ และทำการคัดเลือกแบบสุ่มจากมารดาคลอดบุตรทางช่องคลอดที่คลอดปรกติ ในอัตราส่วน 2 เท่าของกลุ่มศึกษา

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของประชากรตัวอย่าง เช่น อายุมารดา อายุครรภ์ที่คลอด ตั้งครรภ์แรกหรือครรภ์หลัง ประวัติการขูดมดลูก ประวัติการเกิดรกค้าง ลักษณะการเริ่มเจ็บครรภ์ ประวัติน้ำเดิน ประวัติการใช้สารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก (oxytocin) ในขณะรอคลอด ปริมาณเลือดที่เสีย น้ำหนักรก น้ำหนักทารกแรกคลอด เพศของทารก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ student t-test โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น $p < 0.05$ ใช้สถิติแบบเชิงพรรณนาวิเคราะห์โดยรายงานเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปและ

ปัจจัย

ผลการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของประชากรโดยเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า อายุมารดาในกลุ่มศึกษา คือ 28.87 ± 5.024 ปี กลุ่มควบคุม 27.70 ± 5.447 ปี อายุครรภ์ที่คลอดในกลุ่มควบคุมคือ 38.09 ± 1.487 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม 38.47 ± 1.170 สัปดาห์ ประวัติรक्त้างในกลุ่ม

ศึกษาร้อยละ 2.1 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 0 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนลำดับครรภ์แรกในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 27.65 ลำดับครรภ์แรกในกลุ่มศึกษาร้อยละ 52.13 ลำดับครรภ์หลังในกลุ่มศึกษาร้อยละ 72.34 ลำดับครรภ์หลังในกลุ่มควบคุมร้อยละ 47.87 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) และประวัติได้รับการชูดมดลูกในกลุ่มศึกษาร้อยละ 36.17 กลุ่มควบคุมร้อยละ

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากร

คุณลักษณะ	กลุ่มศึกษา (n=47)	กลุ่มควบคุม (n=94)	ค่า p
อายุ \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	28.87 ± 5.024	27.70 ± 5.447	0.858
อายุครรภ์เฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (สัปดาห์)	38.09 ± 1.487	38.47 ± 1.170	0.097
ลำดับครรภ์ (%)			0.006
-ครรภ์แรก	13 (27.65)	49 (52.13)	
-ครรภ์หลัง	34 (72.34)	45 (47.87)	
ประวัติการชูดมดลูก (%)			0.004
-เคยได้รับ	17 (36.17)	14 (14.89)	
-ไม่เคยได้รับ	30 (63.73)	80 (85.11)	
ประวัติรक्त้าง (%)			0.158
-มีประวัติ	1 (2.1)	0 (0)	
-ไม่มีประวัติ	46 (97.9)	94 (100)	

ตารางที่ 2 ลักษณะประชากรในขณะคลอด

	กลุ่มศึกษา 47 ราย (%)	กลุ่มควบคุม 94 ราย (%)	ค่า p
เวลาเริ่มการเจ็บครรภ์			0.594
-เกิดขึ้นเอง	33 (70.2)	70 (74.5)	
-กระตุ้น	14 (29.8)	24 (25.5)	
ประวัติน้ำเดินก่อนคลอด			0.044
-มี	15 (31.9)	70 (74.5)	
-ไม่มี	32 (68.1)	24 (25.5)	
การใช้ Oxytocin			0.064
-ใช้	6 (12.8)	4 (7.3)	
-ไม่ใช้	41 (87.2)	90 (95.7)	

ตารางที่ 3 ข้อมูลประชากรภายหลังการคลอด

	กลุ่มศึกษา 47 ราย	กลุ่มควบคุม 94 ราย	ค่า p
ปริมาณเลือดที่เสีย ซีซี	596.38 ± 137.29	259.57 ± 105.6	<0.001
น้ำหนักรก กรัม	524.89 ± 59.12	580.11 ± 46.85	0.007
น้ำหนักทารกแรกเกิด กรัม	3,172.55 ± 345.68	3,103 ± 336.24	0.254
เพศทารก (%)	0.225		
-ชาย	32 (31.9)	54 (57.4)	
-หญิง	15 (68.1)	40 (42.6)	

14.89 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) (ตารางที่ 1)

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบลักษณะทางสูติกรรม ในขณะคลอดของประชากรทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าการเจ็บครรภ์คลอดเองร้อยละ 70.2 และ 74.5 ตามลำดับ การชักนำการคลอดร้อยละ 29.8 และ 25.5 ตามลำดับ การใช้สาร oxytocin ร้อยละ 12.8 และ 7.8 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นแต่ส่วนภาวะน้ำเดินในกลุ่มศึกษาร้อยละ 31.9 กลุ่มควบคุมร้อยละ 74.5 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.044$)

ตารางที่ 3 เป็นข้อมูลแสดงผลลัพธ์ของการคลอด ในมารดาและทารกของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในส่วนของน้ำหนักทารกแรกเกิด (3172.55 ± 345.68 และ 3103 ± 336.24 ตามลำดับ $p=0.254$) เพศ (ชายร้อยละ 31.9 หญิงร้อยละ 68.1 และ ชายร้อยละ 57.4 หญิงร้อยละ 42.6 ตามลำดับ $p=0.225$) แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของน้ำหนักรก โดยในกลุ่มศึกษาจะมากกว่ากลุ่มควบคุม (524.89 ± 59.12 และ 580.11 ± 46.85 ตามลำดับ $p=0.007$) ปริมาณเลือดที่เสียในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุม (596.38 ± 137.29 และ 259.57 ± 105.6 ตามลำดับ $p < 0.001$) ส่วนในตารางที่ 4 แสดงถึงระดับการศึกษา ของสตรีตั้งครรภ์คลอดพบว่าในกลุ่มศึกษามีผู้มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยม 6 ร้อยละ 83 และร้อยละ 90.4 ใน

ตารางที่ 4 ระดับการศึกษาของประชากร

	กลุ่มศึกษา 47 ราย	กลุ่มควบคุม 94 ราย
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยม 6	39 (83%)	85 (90.4%)
สูงกว่ามัธยม 6	8 (17%)	9 (9.6%)

กลุ่มควบคุม

วิจารณ์

จากข้อมูลการศึกษาในอดีตที่ผ่านมาถึงภาวะตกเลือดภายหลังคลอดบุตรในระยะแรก พบว่ายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ และพบได้บ่อยเป็นอันดับ 2 รองจากมดลูกหดตัวไม่ดี จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดรกค้างทั่วโลกพบประมาณร้อยละ 1.1, 3.3 ตามลำดับ^(5,6) และพบอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 10 ในถิ่นทุรกันดาร⁽⁶⁾ ในโรงพยาบาลปทุมธานีพบอัตราการเกิดรกค้างประมาณร้อยละ 1.67

รายงานการศึกษา⁽⁷⁻⁹⁾ พบปัจจัยเสี่ยง เช่น มารดาที่คลอดมีอายุมากกว่า 35 ปี ตั้งครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง ประวัติขูดมดลูก ประวัติรกค้างในครรภ์ก่อน การคลอดก่อนกำหนด การกระตุ้นการเจ็บครรภ์ ประวัติการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดรกค้าง จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าอายุของ

ประชากรในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมคือ 28.87 ± 5.024 ปี และ 27.70 ± 5.447 ปีตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.858$) อาจเนื่องจากอายุผู้คลอดในโรงพยาบาลปทุมธานีมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่าโดยอาจเป็นจากระดับการศึกษาและวัฒนธรรม กรณีของอายุครรภ์ที่คลอดของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมคือ 38.09 ± 1.487 สัปดาห์ และ 38.47 ± 1.170 สัปดาห์ ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.097$) บางรายงานกล่าวอ้างหลายสมมุติฐานของการคลอดก่อนกำหนดจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดรกค้าง เช่น รกมีกลไกของนาฬิกาชีวภาพ กำหนดให้เกิดความเสื่อมและมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อตรงตำแหน่งบริเวณรกเกาะของรกกับมดลูกในเวลาที่เหมาะสมที่กำหนดคลอด ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว บางทฤษฎีกล่าวถึงความไม่สมดุลกันของ placental inhibitory factor ที่อธิบายถึง progesterone หรือ nitric oxide ที่ควรจะลดลงก่อนที่จะมีการเริ่ม onset of labor⁽¹⁰⁾ และอาจอธิบายไปถึงกรณีการกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอดแต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบปัจจัยเสี่ยงเรื่องการกระตุ้นการเจ็บครรภ์ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง ($p=0.594$)

ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีอุบัติการณ์ความแตกต่างกันในเรื่องของการตั้งครรภ์แรกหรือครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) คือพบในครรภ์หลังมากกว่า และมีประวัติปัจจัยเดิมเรื่องการขูดมดลูกที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) มีทฤษฎีกล่าววามดลูกที่เคยมีการตั้งครรภ์อาจมีความผิดปกติของชั้นบุผิวโพรงมดลูกทำให้เกิดความผิดปกติเวลารกเกาะ ซึ่งระดับการเกาะที่ผิดปกติก็แตกต่างกันในสตรีตั้งครรภ์แต่ละคนประกอบกันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดรกค้าง การอธิบายด้วยสมมุติฐานนี้ยังใช้ได้กับประวัติการขูดมดลูกที่เป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งคล้ายกับการวิจัยครั้งนี้ การศึกษา⁽¹⁰⁾ โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงแสดงถึงกลไกการคลอดรกที่ต้องอาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกในส่วนตำแหน่งรกเกาะ เพื่อให้เกิดแรงเฉือนและมีการหลุดลอกตัวของรก ซึ่งแสดงถึงความผิดปกติ

ของรกเกาะที่ตำแหน่งรกเกาะที่ไม่สามารถหดตัวได้อย่างเหมาะสมก็จะเป็นสาเหตุของรกค้างได้

การใช้สารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก (oxytocin) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.064$) มีผู้วิจัยบางกลุ่ม^(11,12) ใช้ยา oxytocin หรือ sulprostone ฉีดเข้าที่หลอดเลือดสายสะดือ เพื่อหวังผลให้กล้ามเนื้อมดลูกบริเวณหลังต่อตัวรกมีการหดตัวเพื่อเพิ่มโอกาสการหลุดลอกตัวของรกแต่ยังไม่มีการศึกษาในวงกว้างหรือการแนะนำขนาดยาที่เหมาะสมซึ่งยังคงต้องรอการศึกษาในอนาคตต่อไป

ส่วนในกรณีของภาวะตกเลือดที่กลุ่มศึกษามีปริมาณการเสียเลือดที่มากกว่าน่าจะเป็นผลที่ตามมาจากการเกิดรกค้างและการฉีกของรกมากกว่าซึ่งเหมือนกับการศึกษาอื่น⁽¹¹⁾ น้ำหนักของรกในกลุ่มศึกษามีน้ำหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.007$) ซึ่งคล้ายกับในงานวิจัยหนึ่ง⁽¹³⁾ แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในรายงานการศึกษาอื่น สิ่งหนึ่งที่น่ากังวลจากข้อมูลประชากรคือระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำคือน้อยกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา 6 ถึงร้อยละ 83 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 90.4 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเป็นการสะท้อนระบบเศรษฐกิจและสังคมของประชากรที่ศึกษา

สรุป

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มประชากรในโรงพยาบาลปทุมธานีพบว่าลักษณะประชากรของกลุ่มประชากรตั้งครรภ์เช่น ครรภ์หลัง ประวัติน้ำเดิน ประวัติขูดมดลูก น้ำหนักรกที่น้อยกว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดรกค้าง ส่วนอายุมารดา ระดับการศึกษา อายุครรภ์ที่คลอด ประวัติรกค้างในอดีต การกระตุ้นการเจ็บครรภ์ การใช้สาร oxytocin น้ำหนักทารกแรกเกิด เพศเด็ก ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดรกค้าง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการซึ่งเป็นผลจากระบบของการวิจัยที่มีโอกาสที่จะได้ข้อมูลที่ผิดพลาดได้บ้างทั้งยังมีกลุ่มประชากรวิจัยที่ไม่มากพอ อาจทำให้

ปัจจัยเสี่ยงแตกต่างจากการศึกษาในอดีต สำหรับการ
ศึกษาในอนาคตควรมีการวางรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสม
กว่านี้ซึ่งจะได้พิจารณาและติดตามต่อไป จากการศึกษา
ครั้งนี้อาจพบเป็นแนวทางในโรงพยาบาลในการที่จะ
ให้คำปรึกษาแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง
ดังกล่าวถึงภาวะรกค้างที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทั้งยังอาจ
เป็นข้อมูลในการพิจารณาและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ฝ่ายงานสถิติ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเวช-
ระเบียนโรงพยาบาลปทุมธานีทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์
ในการค้นหาแฟ้มประวัติ และพญ. สุนันท์ อองอาจ ภาค
วิชาโสต นาสิก ลาริงส์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราช-
พยาบาล ที่ให้ความช่วยเหลือแนะนำทางด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Selo-Ojeme DO. Primary postpartum hemorrhage. J Obstet Gynecol 2002; 22: 463-9.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กปี 2544-2546. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2547.
3. Khan GQ, John IS, Wani S, Doherty T, Sibai BM. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 770-4.
4. Cunningham FG, Lenovo KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005: 809-54.
5. Combs CA, Laros RK. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. Obstet Gynecol 1991; 77:863-7.
6. Romeo R, Hsu YC, Athanassiadis AP, et al. Preterm delivery: a risk factor for retained placenta. Am J Obstet Gynecol 1990;163:823-5.
7. Kirz DS, Haag MK. Management of third stage of labor in pregnancies terminated by prostaglandin E2. Am J Obstet Gynecol 1989;160:412-4.
8. Soltan MH, Khashoggi T. Retained placenta and associated risk factors. J Obstet Gynecol 1997;17:245-7.
9. Adelusi B, Soltan HM, Chowdhury N, Kangave D. Risk of retained placenta: multivariate approach. Acta Obstet Gynecol Scand 1997;76:414-8.
10. Prendiville W. The prevention of postpartum hemorrhage: optimizing routine management of the third stage of labour. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996; 69:19-24.
11. Kenneth WJ, John RA, Glenn KS, Elliot M. A randomized controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 2001; 185:873-7.
12. Helen J, vanBeekhuizen HJ, Akosua NJA, deGroot AN, de Boo T, Burger D, Jansen N, et al. Sulprostone reduces the need for the manual removal of the placenta in patients with retained placenta: A randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2006;194: 446-50.
13. Panpaprai P, Boriboonhiransarn D. Risk factors of retained placenta in Siriraj hospital. J Med Assoc Thai 2007; 90(7): 1293-7.

**Abstract Risk Factors of Retained Placenta after Vaginal Delivery in Pathum Thani Hospital
Vivat Bhuttarechval**

Department of Obstetrics and Gynecology, Pathum Thani hospital

Journal of Health Science 2008; 17:SI57-63.

For most parturients, the third stage of labor was short and uneventful. With vaginal delivery, a retained placenta was usually diagnosed when the duration of the third stage exceeded 30 minutes. Although controversial, surgical intervention, including manual removal of the placenta has been advocated. Previous studies have reported many risk factors of retained placenta. The objective of this study was to identify risk factors associated with retained placenta after vaginal delivery. Thus, case control study was designed. The study was conducted during the period 1 January 2005-30 June 2006. Medical records of 141 pregnant women whose gestational age \geq 28 weeks were reviewed. Studied group comprised 47 women with retained placenta after vaginal delivery and controlled group comprised 94 women with spontaneous placental delivery. Associated risk factors were examined. Mean \pm standard deviation and Student T test analysis were used for analysis of data with statistical significance ($p < 0.05$).

The result came out in such a way that study group was significantly different from control group in that they have more than controls of a previous history of uterine curettage (36.17% vs 14.89% respectively, $p=0.004$) and premature rupture of membranes (31.9% vs 17% respectively, $p=0.044$) and lower placental weight (524.89 ± 59.12 vs 580.11 ± 46.85 respectively, $p=.007$) and parity ($p=0.006$). Between the two groups, there were no differences in maternal age, gestational age, previous retained placenta, onset of labor or oxytocin usage. In conclusion, the study confirms some previous observation risk factors which shows that there should be awareness with regard to pregnant women with such risk factors. A properly conducted delivery can reduce the incidence of retained placenta and if it occurs, timely appropriate treatment can save lives.

Key words: Retained placenta, Risk factors, Vaginal delivery