

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การหลังของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังการผ่าตัด เปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน และการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ

ประวิทย์ อินทรสุขุม พ.บ.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทคัดย่อ มารดาสามารถรับรู้การมาของน้ำนมเต็มเต้าหลังคลอดได้จากอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ รู้สึกเต้านมขยาย คัดตึงและเจ็บแปลบภายในเต้า มีน้ำนมไหลจากเต้าตรงข้ามขณะที่ลูกดูดนม จากการศึกษาพบว่า วิธีการคลอด มีผลต่อระยะเวลาการหลังของน้ำนมเต็มเต้า มารดาผ่าตัดคลอดมีการหลังของน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ปัจจุบันมีแนวโน้มการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นโดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดตามความต้องการของมารดา การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ prospective study เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดระหว่างการผ่าตัดคลอด แบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการจำนวน 283 ราย โดยมีมารดาคลอดโดยการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน 141 ราย และผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ 142 ราย ในโรงพยาบาลพุทธโสธร ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2555 การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มผ่าตัดฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.79 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.67 ชั่วโมง

คำสำคัญ: การหลังของน้ำนมเต็มเต้าหลังคลอด, การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน, การผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย มีนโยบายพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามโครงการ “โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว” ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ ตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์คลอด หลังคลอด คลินิกสุขภาพเด็กดี เน้นการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิด ถึง 5 ปี การมีส่วนร่วมชุมชน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ได้ส่งเสริมการเลี้ยงดูลูกด้วยนมแม่ เพราะนมแม่เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะมีสารอาหารต่างๆ ครบตามที่ร่างกายทารกต้องการ อันเป็นผลดีต่อทารก มารดา ครอบครัว สังคม และประเทศ ในอนาคต สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่แนะนำ

ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และหลังจากนั้นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนครบ 2 ปี หรือนานกว่า⁽¹⁾

ถึงแม้นมแม่จะมีประโยชน์ และมีความสำคัญมาก แต่มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มักจะกังวลเกี่ยวกับปริมาณน้ำนม กลัวน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับทารก มารดาจะมั่นใจว่าน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก เมื่อมีน้ำนมไหลจากเต้าตรงกันข้ามขณะที่ทารกดูดนม ได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของทารก อาการแสดงดังกล่าวเป็นการรับรู้ถึงน้ำนมเต็มเต้าของมารดา⁽²⁾ มีการศึกษาและนำการประเมินการหลังของน้ำนมเต็มเต้ามาใช้ทางคลินิกเพราะสามารถทำได้ง่าย สะดวก มีประโยชน์ และต้นทุนต่ำ Perez Escamilla R⁽³⁾ ศึกษาพบว่า

มารดาสามารถจดจำเวลาการเกิด การหลังของน้ำนมเต็มเต้าได้ดี แม้เวลาจะผ่านไปภายหลังคลอดถึง 7 เดือน เนื่องจากการหลังของน้ำนมเต็มเต้าเป็นอาการแสดงที่มารดารับรู้ได้ด้วยตนเอง มารดาให้ความสำคัญและรอคอยการมาของน้ำนมเต็มเต้าทำให้มารดาสามารถจดจำระยะเวลาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการคลอดมีผลต่อการหลังของน้ำนมเต็มเต้า Hildebrandt HM⁽⁴⁾ ศึกษาพบว่าระยะเวลาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาคลอดทางช่องคลอด 49 ชั่วโมงและมารดาผ่าตัดคลอดที่ 56 ชั่วโมง Kulski JK⁽⁵⁾ ศึกษาพบว่า การหลังของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาคลอดทางช่องคลอดที่ 59 ชั่วโมงและและมารดาผ่าตัดคลอดที่ 63 ชั่วโมง ส่วนการศึกษาในประเทศไทย รุ่งฤดี จีระทรัพย์⁽⁶⁾ พบว่าการหลังของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาคลอดทางช่องคลอดที่ 34 ชั่วโมงและมารดาผ่าตัดคลอดที่ 44 ชั่วโมง จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดคลอดมีระยะเวลาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาช้ากว่าการคลอดทางช่องคลอด จากผลการศึกษาดังกล่าว Chein LY⁽⁷⁾ ให้เหตุผลว่า การผ่าตัดคลอดเป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากภาวะเครียดหลายประการ เช่น มารดามีอาการปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดที่มากกว่า ยาต่างๆ ที่ได้รับมากกว่า และมารดาที่ผ่าตัดคลอดเริ่มกินอาหารครั้งแรกภายหลังคลอดช้ากว่า และการนำลูกมาให้ดูคนมมารดาช้ากว่าเป็นต้น⁽⁸⁾

ปัจจุบันกลับพบว่า การคลอดโดยการผ่าตัดมีแนวโน้มสูงขึ้นในหลายประเทศ เช่น ในสหรัฐอเมริกา พบร้อยละ 21.00⁽⁹⁾ ในบราซิลพบร้อยละ 48.00⁽¹⁰⁾ ประเทศไทยพบร้อยละ 22.40 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในสองทศวรรษที่ผ่านมา ดังรายงานของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ที่พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยเพิ่มจากร้อยละ 15.90 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 22.40 ในปี 2539 เป็นต้น⁽¹¹⁾ ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าอัตราการผ่าตัดที่เหมาะสมคืออัตราการผ่าตัดเท่าที่จำเป็นไม่ควรเกินร้อยละ 15.00 ของการคลอด⁽¹²⁾ โรงพยาบาลพุทธโสธรพบอัตราการ

ผ่าตัดคลอดปี 2551-2555 พบร้อยละ 23.93, 25.01, 25.52, 27.49 และ 32.09 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ (planned หรือ elective) ซึ่งมีทั้งที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ เช่น ทารกท่าก้น รกเกาะต่ำ เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน เป็นต้น และการผ่าตัดคลอดตามความต้องการของมารดา (maternal request)⁽¹³⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ จากการศึกษาของ Sakha K⁽¹⁴⁾ พบว่าการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการมีการหลังของน้ำนมเริ่มแรกไม่แตกต่างจากการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน Chapman DJ⁽¹⁵⁾ และ Dewey KG⁽¹⁶⁾ พบว่า การหลังของน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่า 72 ชั่วโมง (delayed OL) ของมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน พบมากกว่ามารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ

ในประเทศไทย ยังไม่เคยมีการศึกษาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าเปรียบเทียบระหว่างมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินกับมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับต่างประเทศ มารดาหลังคลอดที่มีการหลังของน้ำนมเต็มเต้าช้าเป็นปัญหาที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะผู้ที่ดูแลด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ความสำคัญมาก เพราะการเกิดการหลังของน้ำนมเต็มเต้าช้า ทำให้ทารกมีโอกาสได้รับนมผสมเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงในการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะทารกน้ำหนักลดอย่างมาก (excess neonatal weight loss) เพิ่มขึ้น 7.10 เท่า เมื่อเทียบกับทารกในกลุ่มที่มารดาไม่มีการหลังของน้ำนมเต็มเต้าช้า ทารกที่ได้รับน้ำนมมารดาไม่เพียงพอ หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจะทำให้ทารกเกิดภาวะขาดน้ำ มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา⁽¹⁶⁾

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังการผ่าตัดคลอด เปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ เพื่อดูว่าการหลังของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการโดยเฉพาะไม่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จะหลังเร็วหรือช้า

ถ้าหลังเร็วก็ถือว่าเป็นข้อดี ถ้าหลังช้าก็ถือว่าเป็นข้อด้อย อันเป็นข้อมูลที่จะนำไป แนะนำคนไข้ถึงวิธีคลอดที่เหมาะสมว่าจะคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัด หรือเวลาผ่าตัดที่เหมาะสมกรณีที่คนไข้ยังต้องผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการอยู่

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบการหลังของน้ำนมเต็มเต้าระหว่างการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยไปข้างหน้า (prospective study) มีการสุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาเป็นมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการที่โรงพยาบาลพุทธโสธร

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2555

เกณฑ์คัดเลือกประชากรเข้าการวิจัย

1. มารดาครรภ์เดี่ยวอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ หลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา

2. มารดาที่ได้รับการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการสำลักอาหารถ้า NPO น้อยกว่า 8 ชั่วโมง (ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดฉุกเฉินจาก fetal distress ถ้างดน้ำงดอาหารต่ำกว่า 8 ชั่วโมงจะไม่รวมในการวิจัย) และหลังผ่าตัดมารดาได้กินอาหารตามขั้นตอนแบบเดิม (24 ชั่วโมง)

3. มารดาที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง

เกณฑ์คัดเลือกประชากรออกจากการวิจัย

1. มารดาที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น หัวนมบอด

2. ทารกมีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม

3. ทารกมีโรคแทรกซ้อนหรือผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการกระตุ้นดูด เช่น ทารกเป็นโรคหัวใจ ปากแหว่งเพดานโหว่ ฟังผิดไต้ล้นอย่างรุนแรง

4. มารดาและทารกแยกกันหลังคลอดหรือมีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม G*Power⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนด Power ที่ระดับ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่า Effect Size ไม่สามารถหาได้จากงานวิจัย จึงใช้กึ่งกลางระหว่าง small Effect Size กับ Medium Effect Size ($d = 0.35$)⁽¹⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 130 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการสูญเสียร้อยละ 10.00 เพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอและเหมาะสม จึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษากลุ่มละ 143 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพุทธโสธร ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลาก พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือได้ทุกขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งไม่มีผลต่อแผนการรักษาที่ได้ตามสิทธิ มารดาหลังคลอดที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาทุกรายจะได้รับการดูแลหลังคลอดตามมาตรฐานการดูแลมารดาที่ผ่าตัดคลอด มารดาทุกคนจะได้รับคำอธิบายความหมายและอาการแสดงของน้ำนมมาเต็มเต้า เพื่อให้สามารถจดจำเวลาที่ตรงกับอาการแสดงได้

บันทึกข้อมูลพื้นฐานการคลอดและหลังคลอดจากเวชระเบียน โดยมีพยาบาลแม่นมประจำหอผู้ป่วย-หลังคลอดเป็นผู้ช่วยเก็บบันทึกข้อมูล และสอบถามอาการแสดงของน้ำนมมาเต็มเต้าจากมารดาตั้งแต่วันแรกคลอดต่อเนื่องจนกว่าจะมีน้ำนมมาเต็มเต้า กรณีมารดาไม่มีน้ำนมมาเต็มเต้าในวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จะโทรศัพท์เพื่อติดตามผลหลังมารดากลับบ้าน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนคลอด อายุครรภ์ (วัน) ความเข้มข้นของเลือด ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดและน้ำหนักแรกเกิดของทารก

2) เครื่องมือวัดระยะเวลาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าของมารดา จากการรับรู้ของมารดานับตั้งแต่ทารกคลอดแล้ว มารดามีการรับรู้การแสดงน้ำนมมาเต็มเต้าครั้งแรกภายหลังคลอด โดยสังเกตจากมีน้ำนมไหลจากเต้าตรงกันข้ามขณะที่ลูกดูดนม นับระยะเวลาเป็นชั่วโมง

วิเคราะห์และบันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วย Independent t-test และเปรียบเทียบตัวแปรที่เป็น nominal scale ด้วย chi-square

นิยามตัวแปร

เวลาที่การหลังของน้ำนมเต็มเต้า หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่ทารกคลอด และมารดามีการรับรู้ของการแสดงน้ำนมมาเต็มเต้าครั้งแรกภายหลังคลอด โดยสังเกตจากมีน้ำนมไหลจากเต้าตรงกันข้ามขณะที่ลูกดูดนม นับระยะเวลาเป็นชั่วโมง

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน หมายถึง การทำการคลอดทารกโดยผ่านทางรอยผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องและผนังมดลูก เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ เช่น การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ไม่เป็นผลสำเร็จ การคลอดยาก

มีภาวะฉุกเฉินของมารดาหรือทารก

การผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ หมายถึง การ

ทำการคลอดทารกโดยผ่านทางรอยผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องและผนังมดลูกซึ่งมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ เช่น ทารกท่าก้นรกเกาะต่ำ เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน เป็นต้น และไม่มีข้อบ่งชี้ เป็นความต้องการของมารดา

ผลการศึกษา

มารดาเข้าร่วมวิจัย 286 ราย มีการคัดออกจากการวิจัยเนื่องจากทารกมีภาวะแทรกซ้อน ย้ายไปสังเกตอาการที่ตึกทารกแรกเกิด เหลือมารดาทั้งสิ้น 283 ราย แบ่งเป็นมารดาผ่าตัดฉุกเฉิน 141 ราย และมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ 142 ราย มารดาผ่าตัดคลอดทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ยกเว้นอายุครรภ์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ย 274.60 (SD=9.60) ส่วนมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 271.80 (SD=6.60) ดังตารางที่ 1

มารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีข้อบ่งชี้การผ่าตัดคือ Previous cesarean section with labor pain or premature rupture of membrane (PROM) ร้อยละ 31.21, Cephalopelvic disproportion with labor pain or PROM ร้อยละ 31.21, Unprogress labor (fail induction) ร้อยละ 19.14, Breech presentation with labor pain or PROM ร้อยละ 11.35, Fetal distress ร้อยละ 5.67 และ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก

ข้อมูลทั่วไป	ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน		ผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ		p value
	(n = 141)		(n = 142)		
อายุ (ปี) (mean, SD)	28.30,	6.00	28.90,	5.30	0.34
มีบุตรคนแรก (คน, ร้อยละ)	75,	53.20	58,	40.80	0.05
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²) (mean, SD)	27.90,	3.70	28.30,	4.80	0.46
อายุครรภ์ (วัน) (mean, SD)	274.60,	9.60	271.80,	6.60	<0.001
ความเข้มข้นของเลือด (mean, SD)	37.20,	3.10	37.10,	3.20	0.63
น้ำหนักของทารก (กรัม) (mean, SD)	3264.10,	394.90	3173.80,	414.20	0.06

Placenta previa with labor pain ร้อยละ 1.42 ดังตารางที่ 2 .

มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการมีข้อบ่งชี้การผ่าตัดคือ Previous cesarean section ร้อยละ 44.44, CPD ร้อยละ 7.04, Breech presentation ร้อยละ 9.86, Placenta previa ร้อยละ 0.70 และ Maternal request ร้อยละ 38.03 ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าระหว่างมารดาผ่าตัดคลอดบุตรฉุกเฉินกับมารดาผ่าตัดคลอดบุตรแบบมีกำหนดการ ด้วยสถิติ Indepen-

dent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.79 (SD=14.96) ส่วนมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.67 (SD=16.69) ดังตารางที่ 4

เมื่อแยกตามช่วงเวลาหลังคลอดพบว่ามารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่การหลังของน้ำนมเต็มเต้ามาในวันที่สองหลังคลอด พบการหลังของน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่า 72 ชั่วโมง 1 คน ส่วนมารดา

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ข้อบ่งชี้	จำนวน	ร้อยละ
Previous cesarean section with labor pain or premature rupture of membranes	44	31.21
Cephalopelvic disproportion with labor pain or premature rupture of membranes	44	31.21
Unprogress labor (fail induction)	27	19.14
Breech presentation with labor pain or premature rupture of membranes	16	11.35
Fetal distress	8	5.67
Placenta previa with labor pain	2	1.42
รวม	141	100.00

ตารางที่ 3 ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ

ข้อบ่งชี้	จำนวน	ร้อยละ
Previous cesarean section	63	44.37
Cephalopelvic disproportion	10	7.04
Breech presentation	14	9.86
Placenta previa	1	0.70
Maternal request	54	38.03
รวม	142	100.00

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาการหลังของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	p-value
กลุ่มผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (n = 141)	43.79	14.96	<0.001
กลุ่มผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ (n = 142)	62.67	16.69	

ผ่าตัดคลอดบุตรแบบมีกำหนดการส่วนใหญ่ การหลั่งของน้ำนมเต็มเต้ามาในวันที่สามหลังคลอดและพบการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่า 72 ชั่วโมง ถึง 22 คนดังตารางที่ 5 และภาพที่ 1

วิจารณ์

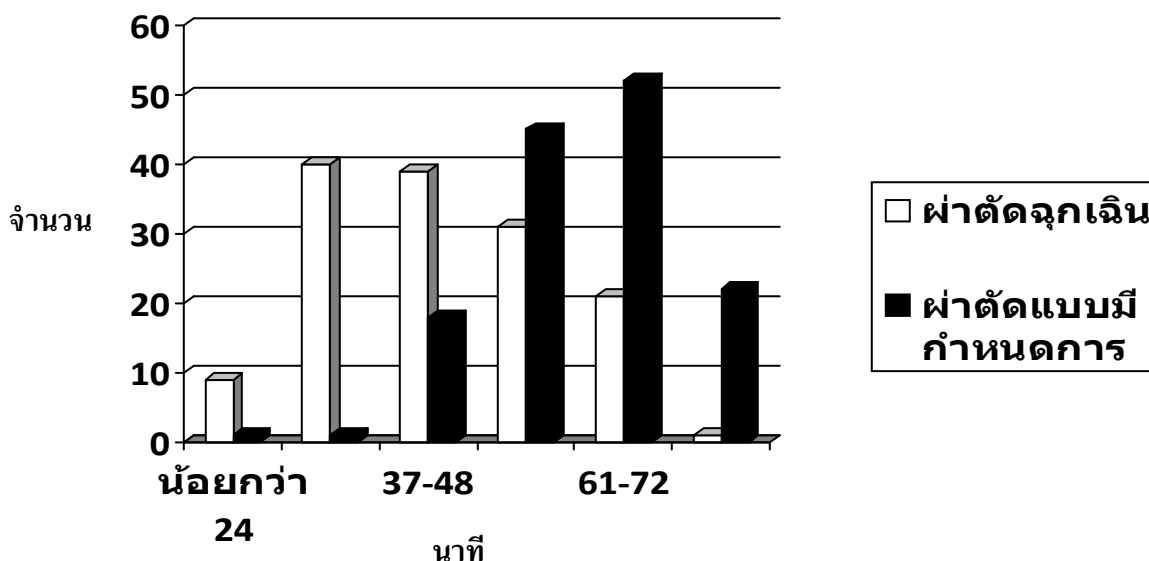
การศึกษาในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาผ่าตัดคลอดเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอด

ตารางที่ 5 แสดงระยะเวลาการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ

ระยะเวลาการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้า (ชั่วโมง)	มารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (n=141)	มารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ (n=142)
< 24	9	1
24-36	40	4
37-48	39	18
49-60	31	45
61-72	21	52
>72	1	22

แบบมีกำหนดการมาก่อน แต่จากการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษาของ Sakha K⁽¹⁴⁾ พบค่าเฉลี่ยการหลั่งของน้ำนมครั้งแรก (the first milk ejection time) ระหว่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการอยู่ที่ 10.61 และ 10.99 ชั่วโมงตามลำดับซึ่งไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ Chapman DJ⁽¹⁵⁾ พบว่า delayed OL (การหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่า 72 ชั่วโมง) ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินร้อยละ 68.00 และมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการร้อยละ 37.00 Dewey KG⁽¹⁶⁾ พบ delayed OL ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินร้อยละ 56.00 และมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ ร้อยละ 27.00 ซึ่งอธิบายถึงภาวะเครียดและปัจจัยอื่น เช่น การได้ยาระงับความรู้สึก (การฉีดยาชาเข้าทางสันหลัง) ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์และเมื่อคลอดไม่ได้ ก็ได้ยาระงับความรู้สึกต่อจนถึงผ่าตัด ซึ่งพบในมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมากกว่ามารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ระยะเวลาการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.79 ชั่วโมง ส่วนมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.67 ชั่วโมงและการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่า 72 ชั่วโมงในมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินพบ 1 คน ส่วน

ภาพที่ 1 แสดงระยะเวลาการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาผ่าตัดคลอดฉุกเฉินและมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ



มารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการพบถึง 22 คน ซึ่งอธิบายถึงภาวะเครียดอาจมีอิทธิพลน้อยกว่าปัจจัยอื่นและการได้ยาในมารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ไม่ได้มากกว่ามารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ เพราะในประเทศไทย (โรงพยาบาลพุทธโสธร) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์จะไม่ทำเหมือนต่างประเทศ ไม่มีการให้ยาระงับความรู้สึก (การฉีดยาชาเข้าทางสันหลัง) ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์ เมื่อมีข้อบ่งชี้ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินจึงไม่ได้รับยานานเกินไป จึงไม่มีผลเปลี่ยนแปลงการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าและปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่อาจมีอิทธิพลมากกว่าคือความพร้อมของคนใช้นั้นเอง กล่าวคือ มารดาผ่าตัดคลอดบุตรแบบฉุกเฉินคือหญิงตั้งครรภ์ที่ส่วนใหญ่จะมีอายุครรภ์มากกว่า เมื่อเจ็บครรภ์หรือมีน้ำเดินและมีข้อบ่งชี้ต้องผ่าตัด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์หรือมีน้ำเดินนี้โดยธรรมชาติจะมีกลไกการคลอด คือ การหลั่ง oxytocin เพื่อหดตัวของกล้ามเนื้อดลูก⁽¹⁹⁾ ซึ่งต่างจากมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการที่ส่วนใหญ่จะมีอายุครรภ์น้อยกว่าและไม่มีเจ็บครรภ์หรือน้ำเดิน จึงไม่มีการหลั่ง oxytocin และ oxytocin นั้นนอกจากใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อดลูกแล้ว หลังคลอดเมื่อทารกดูดนม oxytocin ยังใช้ในการหลั่งของน้ำนมด้วย⁽²⁰⁾ ซึ่งจะเห็นว่ามารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีความพร้อมกว่า ทั้งทางด้านกายภาพและสรีรภาพ ปัจจุบันการคลอดโดยการผ่าตัดมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นในหลายประเทศ รวมทั้งในประเทศไทยด้วย โรงพยาบาลพุทธโสธรพบอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการตามความต้องการของมารดา (maternal request) พบถึงร้อยละ 38.00 ดังนั้นการช่วยหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการตามความต้องการของมารดา ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นให้ประสบความสำเร็จในการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าพอมิมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมให้คลอดทางช่องคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการผ่าตัดคลอด

2. อายุครรภ์หญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการควรมากกว่า 39 สัปดาห์ (273 วัน) หรือผ่าตัดเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์ (ยกเว้นประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน หรือรกเกาะต่ำในครรภ์นี้)
3. หลังผ่าตัดคลอดให้กินอาหารเร็วขึ้น (ประมาณ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด)⁽²¹⁾

จากแนวทางปฏิบัตินี้ถ้าทำได้ ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจยิ่งขึ้นว่ามีน้ำนมมามากเพียงพอ ควบคู่ไปกับการช่วยเหลือมารดาด้านทักษะการให้นมลูกที่ถูกวิธีและกระตุ้นดูดเร็วและบ่อยเพื่อให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่องครบตามที่ร่างกายทารกต้องการ ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและกลับบ้าน อันเป็นผลดีต่อทารก มารดา ครอบครัว สังคมและประเทศในอนาคต เพื่อให้บรรลุผลโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้วิจัย

ควรนำผลวิจัยในครั้งนี้ ในการให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการผ่าตัดคลอดที่อาจส่งผลกระทบต่อทารกของน้ำนม และเพื่อเป็นข้อมูลในการลดการผ่าตัดคลอดตามความต้องการของมารดา

ข้อเสนอแนะในการการวิจัยครั้งต่อไป

ปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นเรื่อยๆ ส่วนมากเป็นการผ่าตัดคลอดตามความต้องการของมารดา (maternal request) ผู้วิจัยเห็นว่า ควรศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยที่ทำให้การหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ และศึกษาโปรแกรมหรือแนวทางในการกระตุ้นให้มารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการมีการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าให้เร็วขึ้น

สรุป

มารดาผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการมีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ มีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่า

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชชย์. นโยบายโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. ใน: นิพนธ์พร วรมงคล. บรรณาธิการ. คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก; 2553.
2. 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;130:2972-80.
3. Perez-Escamilla R, Chapman DJ. Can women remember when their milk came in? *Adv Exp Med Biol* 2001; 501:567-72.
4. Hildebrandt HM. Maternal perception of lactogenesis time: a clinical report. *J Hum Lact* 1999;15:317-23.
5. 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;59:405-12.
6. รุ่งฤดี จีระทรัพย์, นวลจันทร์ ไพบูลย์บรรพต, สมพร พานิชม. วิธีการคลอดและการมาของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอด. *วารสารสาธารณสุข* 2552;19:270-7.
7. Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth* 2007; 34(2):123-30.
8. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29:124-31.
9. Editorial. Caesarean section on the rise. *Lancet* 2000; 356:1697.
10. Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet* 2000; 356:1677-80.
11. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, งามจิตต์ จัทรสาธิต, ชลลดา สิทธิฑูรย์. ลักษณะการคลอดในโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี 2533-2539. *นทบุรี: สถาบันวิจัยสาธารณสุข; 2541.*
12. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7.
13. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์. การผ่าท้องทำคลอด: แนวทางปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. ใน: เยื่อน ตันนรินทร์, วรพงษ์ ภูพงษ์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2551.
14. Sakha K, Behbahan AGG. The onset of Lactation after delivery. *Med J Islam Repub Iran* 2005;19:135-9.
15. Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Identify of risk factors for delayed onset of lactation. *J Am Diet Assoc* 1999;99:450-4.
16. 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.
17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buch A. G*Power3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007;39:175-91.
18. Polit DE, Hungler BP. *Nursing Research: Principle and Methods*. Philadelphia; 2001.
19. กระเชียร ปัญญาคำเลิศ. การเจ็บครรภ์และการคลอด. ใน: อีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮ้าส์; 2551.
20. สุอารีย์ อันตระการ. ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: นิพนธ์พร วรมงคล, บรรณาธิการ. คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก; 2553.
21. Deawwatanavivat N. The onset of lactation after an uncomplicated cesarean delivery: a randomized controlled study between early post operative feeding and conventional feeding. *Thai J Obstet Gynaecol* 2010;18:70-6.

Abstract: Onset of Lactation after an Uncomplicated Cesarean Delivery: a Study Between Emergency Cesarean Delivery and Elective Cesarean Delivery

Pravit Intarasukum, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Buddhasothron Hospital

Journal of Health Science 2014;23:1058-66.

Maternal perception of the timing of the onset of lactation may be a useful proxy for lactogenesis stage. This prospective study has been done to compare the onset of lactation time in emergency and elective cesarean section deliveries. 283 parturient mothers selected from Buddhasothorn Hospital were divided in two separate groups each consisted of 141 & 142 cases according to their delivery type (emergency and elective cesarean section deliveries). It was conducted from January through June 2012. The case record form was provided and offered to them, data collected and statistical analysis carried out. There was found that the mean time of the onset of lactation in groups with different types of delivery ($p < .001$) We found that an emergency and elective cesarean deliveries were 43.79, 62.67 hours. In conclusion, post elective cesarean mothers had significant longer onset of lactation time compared with emergency cesarean mothers.

Key words: onset of lactation (OL), emergency cesarean delivery, elective cesarean delivery.