

ผลของการกดมดลูกส่วนล่าง นาน 8 นาที ในการคลอดปกติทางช่องคลอดเพื่อป้องกัน การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลลำพูน

รุณรารวรรณ แก้วบุญเรือง พย.ม.¹

รับบทความ: 13 มีนาคม 2568

รับแก้บทความ: 9 มิถุนายน 2568

ตอบรับบทความ: 17 มิถุนายน 2568

บทคัดย่อ

- บทนำ:** ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก การเร่งคลอดในระยะที่ 3 เป็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ที่ได้รับการยอมรับและได้ผลดี การกดมดลูกส่วนล่างเป็นวิธีการหนึ่ง ที่สามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดและลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดได้
- วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลและปริมาณการสูญเสียเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการกดมดลูกส่วนล่าง นาน 8 นาที กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลระยะที่ 3 ของการคลอดตามปกติ
- วิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาคลอดปกติทางช่องคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน เลือกกุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 108 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 54 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระยะรอคลอดและคลอด ข้อมูลการได้รับยาหลังทารกคลอด ข้อมูลปริมาณการสูญเสียเลือด และแนวทางการกดมดลูกส่วนล่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square test และ Independent t-test
- ผลการศึกษา:** กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (144.71 ± 64.01 มิลลิลิตร vs 219.61 ± 103.78 มิลลิลิตร $p < .05$) ในระยะที่ 4 ของการคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดไม่แตกต่างกัน (67.27 ± 40.82 มิลลิลิตร vs 67.65 ± 31.21 มิลลิลิตร $p = .479$) กลุ่มทดลองมีปริมาณการสูญเสียเลือดทั้งหมดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (212.96 ± 65.61 มิลลิลิตร vs 285.49 ± 106.06 มิลลิลิตร $p < .05$) กลุ่มทดลองไม่พบการตกเลือดหลังคลอด ส่วนกลุ่มควบคุมมีอัตราการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.70
- สรุป:** การกดมดลูกส่วนล่าง นาน 8 นาที ในการคลอดปกติทางช่องคลอด ช่วยลดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด และลดการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้
- คำสำคัญ:** การกดมดลูกส่วนล่าง, ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก, การดูแลตามปกติ

¹ ห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน

The Outcome of lower uterine segment compression for 8 minutes in normal vaginal delivery to prevent early postpartum hemorrhage Lamphun Hospital

Runrawan Kaewboonruang M.N.S.¹

Received: March 13, 2025

Revised: 9 June, 2025

Accepted: 17 June, 2025

Abstract

Background: Early postpartum hemorrhage is a leading cause of maternal mortality worldwide. Active management of the third stage of labor is widely accepted as an effective strategy to prevent postpartum hemorrhage. Lower uterine segment compression is one technique that can reduce blood loss and decrease the incidence of postpartum hemorrhage.

Objective: To examine the effects and amount of blood loss between the experimental group, which received lower uterine segment compression for 8 minutes, and the control group, which received routine third-stage labor care.

Study design: This quasi-experimental study was conducted from December 2023 to March 2024 in the delivery room of Lamphun Hospital. A purposive sample of 108 vaginally delivered mothers was selected and divided into two groups: an experimental group (n=54) and a control group (n=54). Research instruments included a personal information questionnaire, labor and delivery data, medication received after childbirth, blood loss measurement, and lower uterine segment compression guidelines. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and independent t-test.

Results: The mean blood loss during the third stage of labor was significantly lower in the experimental group than in the control group (144.71 ± 64.01 mL vs. 219.61 ± 103.78 mL, $p < .05$). In the fourth stage of labor, there was no significant difference in mean blood loss between the experimental and control groups (67.27 ± 40.82 mL vs. 67.65 ± 31.21 mL, $p = .479$). The total blood loss was significantly lower in the experimental group than in the control group (212.96 ± 65.61 mL vs. 285.49 ± 106.06 mL, $p < .05$). No cases of postpartum hemorrhage were found in the experimental group, while two cases (3.70%) occurred in the control group.

Conclusion: Lower uterine segment compression for 8 minutes during vaginal delivery effectively reduces postpartum blood loss and decreases the incidence of early postpartum hemorrhage.

Keywords: lower uterine segment compression, early postpartum hemorrhage, routine care

¹ Labor room Lamphun Hospital

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early postpartum hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ที่พบได้บ่อยและเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบในอัตรา 1 ต่อแสนของการเกิดมีชีวิต ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาพบในอัตราที่สูงถึง 1 ต่อพันการเกิดมีชีวิต⁽¹⁾ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้การตายของมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน จากการรายงานสถานการณ์การตายของมารดาไทยปี พ.ศ. 2566 พบว่า อัตราการตายของมารดาไทยทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ คือ 21 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน โดยในเขตบริการสุขภาพที่ 1 พบอัตราการตายของมารดาไทย 36.33 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเป้าหมาย และพบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดา ส่วนจังหวัดลำพูนที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 ไม่พบการตายของมารดาไทย แต่ยังคงเฝ้าระวังเนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็น 1 ในสาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิต⁽²⁾

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นภาวะที่มีการเสียเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จากการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร หรือจากการผ่าตัดคลอดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หรือการสูญเสียเลือดที่ทำให้ความเข้มข้นของเลือดลดลงร้อยละ 10 การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ การหดตัวของมดลูกไม่ดี การบาดเจ็บของช่องทางคลอด รกค้าง และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี พบประมาณ 1 ใน 20 ของการคลอด⁽³⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการ ตกเลือดหลังคลอด คือ ทารกมีขนาดใหญ่ การชักนำการคลอด มารดาได้รับยาแอมนियोซีลเฟต ภาวะติดเชื้อในอุ้งน้ำคร่ำ และเคยมีประวัติการตกเลือดหลังคลอด⁽⁴⁾ ความเสี่ยงสำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ชีตอ่อนเพลีย เป็นลมหมดสติ เกิดภาวะช็อก และการ

ติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย ถ้าไม่สามารถควบคุมการตกเลือดได้ ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ หากเลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็วหรือดูแลรักษาไม่ทันท่วงที อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้⁽⁵⁾ นอกจากนี้เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้คลอดรู้สึกวิตกกังวล กลัวอันตรายที่อาจจะเกิดกับตนเอง และกลัวการถูกแยกจากครอบครัว เนื่องจากต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ มีความเครียดมากขึ้น อาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้⁽⁷⁾

โรงพยาบาลลำพูน มีการพัฒนาระบบป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยใช้วิธีการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ได้รับการยอมรับ คือ การเร่งคลอดในระยะที่ 3 (Active management of third stage of labor: AMTSL) ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ยากระตุ้นที่มีผลให้มดลูกหดตัว (Uterotonic) การหนีบและตัดสายสะดือหลังทารกคลอด 1 นาที (delay clamp cord) การทำคลอดรกโดยวิธีควบคุมแรงดึงสายสะดือ (controlled cord traction) และการนวดคลึงมดลูกหลังรกคลอด (uterine massage) ซึ่งการดูแลการคลอดระยะที่ 3 แบบ AMTSL สามารถลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด และลดระยะเวลาในระยะที่ 3 ของการคลอด⁽⁸⁾ ในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลลำพูน และได้กำหนดเป้าหมายอัตราการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่าร้อยละ 3 จากผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2564-2566 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลลำพูนร้อยละ 2.40, 2.64 และ 2.99 ตามลำดับ ในกลุ่มที่ตกเลือดหลังคลอดได้รับเลือดร้อยละ 0.42, 0.43 และ 1.16 ตามลำดับ นอกจากนี้ในรายที่มีการตกเลือดรุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต สูติแพทย์ให้การรักษาแบบตัดมดลูก โดยในปี 2564-2566 พบอัตราการตัดมดลูก 3, 3 และ 5 รายตามลำดับ จากการทบทวนสถานการณ์และเวชระเบียน พบการตกเลือดหลังคลอด

ระยะแรก มีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดีร้อยละ 55.60 การฉีกขาดของช่องคลอด ร้อยละ 31.5 และมีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้างในโพรงมดลูก ร้อยละ 12.9⁽⁹⁾

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ที่ได้ผลดี และได้รับการยอมรับ คือ การดูแลการคลอดระยะที่ 3 แบบ AMTSL ตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกและสมาพันธ์สูติรีแพทย์นานาชาติ^(10,11) จากการศึกษาของวันชัย จันทราพิทักษ์ และคณะ⁽¹²⁾ ถึงประสิทธิภาพการกดมดลูกส่วนล่าง (lower uterine segment compression) เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า การกดมดลูกส่วนล่าง นาน 10 นาที สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และลดจำนวนการสูญเสียเลือดลงได้ 29.26 มิลลิลิตร และจากการศึกษาของพรทิพย์ เรืองฤทธิ์⁽¹³⁾ พบว่า การกดมดลูกส่วนล่าง 10 นาทีหลังรกคลอดร่วมกับการคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด สามารถลดปริมาณเลือดหลังคลอดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาของกัลยาณี กังสนารักษ์⁽¹⁴⁾ พบว่า วิธีการกดมดลูกส่วนล่าง นาน 8 นาที สามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดและลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดได้

โรงพยาบาลลำพูน มีการดูแลการคลอดระยะที่ 3 แบบ AMTSL แล้ว แต่ยังพบความเสียงดังข้างต้นและยังไม่มีหรือนำวิธีการกดมดลูกส่วนล่าง (lower uterine segment compression) มาใช้ร่วมซึ่งระยะ เวลา 8-15 นาที เป็นระยะเวลาในการเกิดลิ่มเลือดและทำให้เลือดหยุดไหล⁽¹⁵⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการกดมดลูกส่วนล่าง นาน 8 นาที ในการคลอดปกติทางช่องคลอด ว่าจะสามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือด และลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดได้หรือไม่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะที่ 3-4 ของการคลอดในมารดาคลอดปกติทางช่องคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเพื่อเปรียบเทียบร้อยละการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (ระยะที่ 3-4 ของการคลอด) ในมารดา

คลอดปกติทางช่องคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก หมายถึง มารดาหลังคลอดที่มีการสูญเสียเลือดจากการคลอดปกติทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ซึ่งเกิดขึ้นภายในระยะที่ 3-4 ของการคลอด

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการกดมดลูกส่วนล่าง นาน 8 นาทีต่อปริมาณการสูญเสียเลือด และร้อยละของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (ระยะที่ 3-4 ของการคลอด) ในมารดาคลอดปกติทางช่องคลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 108 ราย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567

ประชากร คือ ผู้คลอดที่คลอดปกติทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด จนถึงระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอดที่โรงพยาบาลลำพูน ในระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โรงพยาบาลลำพูน มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดปกติทางช่องคลอดประมาณ 585 รายต่อปี เฉลี่ย 48 รายต่อเดือน และมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดประมาณ 2.5-2.99% จึงมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คัดออก และการบอกเลิกการวิจัยอย่างชัดเจน ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการวิจัย คือ เป็นครรภ์เดียว อายุมารดา 18-45 ปี อายุครรภ์ตั้งแต่ 37-42 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคลมชัก ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ และภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 150,000 เซลล์ลูกบาศก์มิลลิเมตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น ครรภ์แฝดน้ำ ภาวะครรภ์เป็นพิษ

ที่ได้รับยาแอมนีโอซีมซัลเฟต ไม่ได้รับการชักนำการคลอด

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะที่สามของการคลอด เช่น มดลูกปลิ้น ฝีเย็บฉีกขาดลึกระดับ 4 รกค้าง มีก้อนเลือดคั่งในช่องคลอด เป็นต้น

เกณฑ์บอกเลิกการวิจัย คือ มีการเสียเลือดหลังคลอด มากกว่า 1,500 มิลลิลิตร หรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่ จะหยุดการศึกษาและให้การรักษามาตรฐานการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างได้แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G.Power (3.1) (2009) กำหนดค่า Effect size ที่ .50 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และค่า Power .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 51 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 5% ได้กลุ่มตัวอย่าง 54 ราย

1. กลุ่มควบคุมจะทำการศึกษา ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 จนครบ จำนวน 54 ราย โดยหลังจากรกคลอด กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลการคลอดระยะที่ 3 แบบ AMTSL

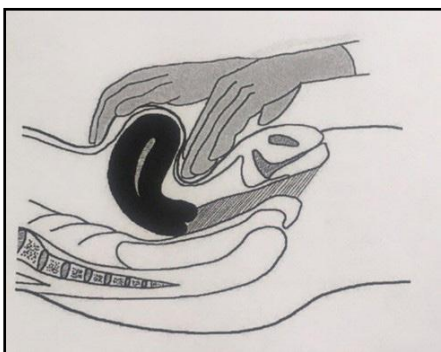
2. กลุ่มทดลองจะทำการศึกษาหลังกลุ่มควบคุมครบตามจำนวน โดยทำการศึกษา จำนวน 54 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลหลังคลอด

ระยะที่ 3 แบบ AMTSL เหมือนกลุ่มควบคุม แต่เพิ่มการกดมดลูกส่วนล่างนาน 8 นาที

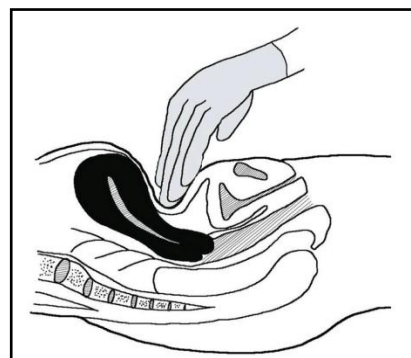
ผู้วิจัยคัดเลือกผู้คลอดเข้ากลุ่มควบคุมจนครบ 54 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลให้แล้วเสร็จ จากนั้นจึงคัดเลือกผู้คลอดเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 54 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากการได้รับโปรแกรมการทดลองในช่วงเวลาเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. แนวทางการกดมดลูกส่วนล่าง⁽¹²⁾ เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 4 ของการคลอด ประกอบด้วย เอกสารภาพการกดมดลูกส่วนล่าง และหลักการกดมดลูกส่วนล่าง โดยกดหลังรกคลอดทันที และกดต่อเนื่องนาน 8 นาที ตำแหน่ง Lower Uterine Segment คือ ตำแหน่งเหนือบริเวณหัวหน้า โดยมืออีกข้างกดบริเวณยอดมดลูก กดให้แรงพอ ให้มดลูกถูกบีบเข้าหากัน แน่นแน่น และแรงกดเหมือนกดห้ามเลือดบนตำแหน่งอื่นของร่างกาย ดังรูป (A) ในมารดาที่มีผนังหน้าท้องหนา อ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย[BMI] ตั้งแต่ 25.0 ขึ้นไป) สามารถกดเฉพาะตำแหน่งเหนือบริเวณหัวหน้า อย่างเดียว ดังรูป (B) ในขณะที่กดมดลูกส่วนล่างนั้นมารดาต้องไม่แสดงความเจ็บปวดใด ๆ



(A)



(B)

ภาพจาก J med Assoc Thai 2001;94(6):654

2. ถุงตวงเลือด เป็นถุงพลาสติกใส ที่ผ่านระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ ใช้เพื่อรองรับเลือดบริเวณเตี๋ยงคลอดภายหลังทารกคลอด มีสเกลบอกปริมาณการเสียเลือด 300 มิลลิลิตร ติดที่ถุง

3. ผ้าอนามัย ใช้ยี่ห้อแซนนิต้า ซึ่งเป็นยี่ห้อเดียวที่ใช้ในห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน

4. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอล สำหรับชั่งถุงตวงเลือดและผ้าอนามัยรองเลือด โดยแสดงผลเป็นตัวเลข มีหน่วยเป็นกรัม โดย 1 กรัม เท่ากับ 1 มิลลิลิตร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จะทำการบันทึกข้อมูลตัวอย่าง ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด ระดับความเข้มข้นของเกล็ดเลือดก่อนคลอด ประวัติตกเลือดหลังคลอด ในครรภ์ก่อน

2. ข้อมูลตัวแปร ระยะก่อนคลอด และระยะคลอด ได้แก่ ระยะเวลาได้รับยา oxytocin ก่อนการคลอด ระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก จนถึงเวลาคลอด ระยะเวลาที่ 1, 2, 3 ของการคลอด และน้ำหนักทารกแรกคลอด การฉีกขาดของแผลฝีเย็บ

3. ข้อมูลหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลการได้รับยา Oxytocin ผสมในสารน้ำหยดเข้าหลอดเลือดดำ การได้รับยา Ergometrine, Misoprostol จำนวนการเสียเลือดจากการคลอด ในระยะที่ 3, 4 ของการคลอด การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในระยะที่ 3 จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด การได้รับเลือดทดแทน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดมีประสบการณ์การทำงานในห้องคลอด ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 8 คน ทำหน้าที่ดำเนินการทดลองตามแนวทางเอกสารการกวดมดลูกส่วนล่าง และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ทำการบันทึกข้อมูลการสูญเสียเลือดของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย วิธีรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองฝึกใช้เอกสารการกวดมดลูกส่วนล่างให้ถูกต้องตรงตามหลักการ โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบจำลองหน้าห้องมารดา ซึ่งบรรจุเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลไว้เมื่อกด 1 ครั้ง เครื่องสามารถบอกน้ำหนักแรงกดได้ ผู้วิจัยทำการกดแบบจำลอง 10 ครั้ง โดยมีเงื่อนไขผู้ช่วยวิจัยทั้ง 8 คน สามารถกดแบบจำลองด้วยแรงที่เท่ากันทุกครั้งซึ่งแรงกดจะต้องเท่ากับของผู้วิจัยทั้ง 10 ครั้ง จึงถือว่ามี การตรวจสอบ inter-rater โดยทำเช่นนี้จนครบทั้ง 8 คน หลังจากนั้นจึงทำการบันทึกข้อมูลการสูญเสียเลือดกับมารดาหลังคลอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ก่อนทำการทดลองจริงเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 กลุ่มทดลองมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงโครงการแก่กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจเข้าร่วมการศึกษาลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 2) ให้การดูแลระยะที่ 3 แบบ AMTSL โดยมีขั้นตอน คือ หลังทารกคลอด ฉีด Oxytocin 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ หลังทารกคลอดครบ 1 นาทีหนีบและตัดสายสะดือ ใช้ถุงตวงเลือดที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อรองรับเลือดบริเวณเตี๋ยงคลอด โดยถุงตวงเลือดจะมีสเกลบอกปริมาณการเสียเลือด 300 มิลลิลิตรติดที่ถุง หลังจากนั้นทำคลอดรกโดยวิธี controlled cord traction หลังรกคลอดจะผสม Oxytocin 20-30 ยูนิต ในสารน้ำหยดเข้าหลอดเลือดดำ นวดคลึงมดลูก และเพิ่มการกวดมดลูกส่วนล่าง นาน 8 นาที 3) หากกลุ่มตัวอย่างมีเลือดออกประมาณ 300 มิลลิลิตร จะได้รับยา Ergometrine 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หากกลุ่มตัวอย่างมีเลือดออกมากกว่า 500 มิลลิลิตร

จะได้รับการรักษาตามมาตรฐานการตกเลือดหลังคลอด ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีเลือดออกมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร หรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่ จะหยุดการศึกษา และตามทีมแพทย์พยาบาลให้การดูแลตามแผนการรักษา 4) หลังจากรกคลอดและเย็บแผลฝีเย็บเสร็จจะนำถุงตวงเลือดซึ่งด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอล (วัดปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด) 5) เฝ้าระวังการเสียเลือดหลังคลอด ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่ห้องพักฟื้น โดยใช้ผ้าอนามัยรองเลือด เมื่อครบ 2 ชั่วโมง จะล้างช่องคลอดเพื่อประเมินแผลฝีเย็บ และนำผ้าอนามัยรองเลือดมาชั่งด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอล โดยแสดงผลตัวเลขมีหน่วยเป็นกรัม โดย 1 กรัม เท่ากับ 1 มิลลิลิตร (วัดปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะที่ 4 ของการคลอด) จากนั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ต่อไป

2.2 กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงโครงการแก่กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจเข้าร่วมการศึกษาลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 2) ให้การดูแลระยะที่ 3 แบบ AMTSL โดยมีขั้นตอน คือ หลังทารกคลอด ฉีด Oxytocin 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ หลังทารกคลอดครบ 1 นาที หนีบและตัดสายสะดือ ใช้ถุงตวงเลือดที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อรองรับเลือดบริเวณเตี๋ยงคลอด โดยถุงตวงเลือดจะมีสเกลบอกปริมาณการเสียเลือด 300 มิลลิลิตรติดที่ถุง หลังจากนั้นทำคลอดรกโดยวิธี controlled cord traction หลังรกคลอดจะผสม Oxytocin 20-30 ยูนิต ในสารน้ำหยดเข้าหลอดเลือดดำและนวดคลึงมดลูก 3) หากกลุ่มตัวอย่างมีเลือดออกประมาณ 300 มิลลิลิตร จะได้รับยา Ergometrine 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หากตัวอย่างมีเลือดออกมากกว่า 500 มิลลิลิตร จะได้รับการรักษาตามมาตรฐานการตกเลือดหลังคลอด ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีเลือดออกมากกว่า 1,500 มิลลิลิตร หรือกลุ่มมีสัญญาณชีพไม่คงที่ จะหยุดการศึกษา และตามทีมแพทย์พยาบาลให้การดูแลตามแผน

การรักษา 4) หลังจากรกคลอดและเย็บแผลฝีเย็บเสร็จจะนำถุงตวงเลือดซึ่งด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอล (วัดปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด) 5) เฝ้าระวังการเสียเลือดหลังคลอด ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่ห้องพักฟื้น โดยใช้ผ้าอนามัยรองเลือด เมื่อครบ 2 ชั่วโมง จะล้างช่องคลอดเพื่อประเมินแผลฝีเย็บและนำผ้าอนามัยรองเลือดมาชั่งด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอล โดยแสดงผลตัวเลขมีหน่วยเป็นกรัม โดย 1 กรัม เท่ากับ 1 มิลลิลิตร (วัดปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะที่ 4 ของการคลอด) จากนั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแนวทางการกดมดลูกส่วนล่างภายหลังรกคลอด และแบบบันทึกข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ระดับทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลห้องคลอดระดับชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และพยาบาลหลังคลอดระดับชำนาญการ 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความยากง่ายของเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้มีความชัดเจนในเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา และหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .90

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยทำการทดสอบความสอดคล้องของแบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียเลือดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และทำการหาค่าความสอดคล้องตรงกันระหว่างสิ่งที่วัด โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบจำลองหน้าท้องมารดาซึ่งบรรจุเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลไว้ เมื่อกด 1 ครั้ง เครื่องสามารถบอกน้ำหนักแรงกดได้ ผู้วิจัยทำการกดแบบจำลอง 10 ครั้ง โดยมีเงื่อนไข ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 8 คน สามารถกดแบบจำลองด้วยแรงที่เท่ากันทุกครั้ง ซึ่งแรงกดจะต้องเท่ากับของผู้วิจัยทั้ง 10 ครั้ง โดย

ทำเช่นนี้จนครบทั้ง 8 คน และได้ค่าความสอดคล้อง (inter-rater reliability) เท่ากับ 1.00 เครื่องซึ่งน้ำหนักดิจิทัลได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากงานเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูล 2 กลุ่ม ใช้ student's t test และ Chi-Square test
3. เปรียบเทียบระยะเวลาของการคลอด ปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด และระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ ด้วยสถิติ Independent t-test และ Chi-square test

พหุศาสตร์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน รหัสจริยธรรมการวิจัย Ethic LPN 095/2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการคลอดสามารถเลือกเข้าร่วมหรือไม่ร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับตามมาตรฐานการดูแลปกติ หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้

ตลอดเวลา และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเอกสารจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อก การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่เป็นไฟล์มีการตั้งรหัสผ่านในคอมพิวเตอร์ มีเพียงผู้วิจัยที่เข้าถึงได้ ข้อมูลทั้งหมดถูกทำลายหลังเผยแพร่งานวิจัยแล้ว

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ความเข้มข้นของเลือดและความเข้มข้นของเกล็ดเลือด ก่อนคลอด ประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน
- จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และถูกคัดออกระหว่างการศึกษาค้นคว้าได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 54 คน ผลการศึกษพบว่า ข้อมูลทั่วไปด้านอายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย จำนวนเกล็ดเลือดก่อนคลอด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน ด้านความเข้มข้นเลือดก่อนคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 37.66% (SD=3.78) และ 36.30% (SD=3.51) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม (n=54)	กลุ่มทดลอง (n=54)	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
อายุ (ปี)	26.45 $\pm$ 6.35	27.18 $\pm$ 6.04	.278
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (ครั้ง)	1.80 $\pm$ 1.00	1.98 $\pm$ 1.02	.191
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	38.31 $\pm$ 0.94	38.41 $\pm$ 1.08	.313
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	22.09 $\pm$ 5.81	22.72 $\pm$ 3.63	.257
ความเข้มข้นเลือดก่อนคลอด (Hct) (%)	36.30 $\pm$ 3.51	37.66 $\pm$ 3.78	.032
จำนวนเกล็ดเลือดก่อนคลอด ($\times 10^9/L$)	254.29 $\pm$ 58.16	256.96 $\pm$ 59.97	.410
ประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน	0	0	

หมายเหตุ การเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูล 2 กลุ่มใช้ student's t- test

2. ข้อมูลตัวแปร ระยะก่อนคลอด และระยะคลอด ได้แก่ ระยะเวลารับยา oxytocin ก่อนการคลอด ระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก ระยะเวลาการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด และการตัดแผลฝีเย็บ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้าน

การฉีกขาดของแผลฝีเย็บในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.96 (SD=0.39) และ 1.76 (SD=0.58) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลตัวแปรระยะก่อนคลอดและระยะคลอด

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม (n=54)	กลุ่มทดลอง (n=54)	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
ระยะเวลาได้ Oxytocin drip (นาทีก)	35.0 $\pm$ 94.47	56.61 $\pm$ 130.50	.120
ระยะเวลารู้น้ำคร่ำแตก (นาทีก)	151.59 $\pm$ 204.31	141.49 $\pm$ 169.79	.393
ระยะเวลาการคลอด (นาทีก)			
ระยะที่ 1	517.59 $\pm$ 314.91	557.27 $\pm$ 300.75	.258
ระยะที่ 2	14.24 $\pm$ 19.71	13.57 $\pm$ 9.20	.413
ระยะที่ 3	4.76 $\pm$ 1.97	4.59 $\pm$ 2.63	.351
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	2978.82 $\pm$ 325.23	2949.41 $\pm$ 332.42	.326
การตัดแผลฝีเย็บ	.75 $\pm$.44	.73 $\pm$.45	.414
การฉีกขาดของแผลฝีเย็บ	1.76 $\pm$.58	1.96 $\pm$.39	.025

หมายเหตุ การเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูล 2 กลุ่มใช้ student's t- test

3. ข้อมูลหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลการได้รับยา Oxytocin ผสมในสารน้ำหยดเข้าหลอดเลือดดำ การได้รับยา Ergometrine, Misoprostol การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในระยะที่ 3 จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด และการได้รับเลือดทดแทน พบว่า หลังรกคลอดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้รับยา Oxytocin ผสมในสารน้ำหยดเข้าหลอด

เลือดดำไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มควบคุมเกิดการตกเลือดหลังคลอดและไม่ได้รับเลือดทดแทน จำนวน 2 ราย โดยได้รับยา Ergometrine และ misoprostol ทาง oral เพิ่ม ทำให้กลุ่มควบคุมได้รับยา Ergometrine และ Misoprostol แตกต่างจากกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการได้รับยาหลังทารกคลอด

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม (n=54)	กลุ่มทดลอง (n=54)	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
ให้ Oxytocin หลังคลอด			
20 ยูนิต	.02 $\pm$.14	0 $\pm$ 0	.161
30 ยูนิต	.98 $\pm$.14	1.00 $\pm$ 0	.161
ให้ Ergometrine	.10 $\pm$.30	.04 $\pm$.19	.012
ให้ misoprostol			
rectal suppo	0	0	0
oral	.06 $\pm$.23	0	.021
จำนวนตกเลือดหลังคลอด (จำนวน)	2(3.70%)	0	.018
การได้รับเลือดทดแทน	0	0	0

หมายเหตุ : การเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูล 2 กลุ่มใช้ Chi-Square test

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05

4. จำนวนการเสียเลือดจากการคลอด ในระยะที่ 3, 4 ของการคลอด

ด้านการเสียเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด กลุ่มทดลองมีปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะที่ 4 ของการคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปริมาณการเสียเลือดไม่แตกต่างกัน ส่วน

ปริมาณการเสียเลือดทั้งหมดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 212.96 มิลลิลิตร (SD=65.61) และ 285.49 มิลลิลิตร (SD=106.06) ตามลำดับ พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณการเสียเลือดทั้งหมดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลปริมาณการเสียเลือด

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม (n=54)	กลุ่มทดลอง (n=54)	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
ปริมาณการเสียเลือด ระยะที่ 3 (ml)	219.61 $\pm$ 103.78	144.71 $\pm$ 64.01	.000**
ปริมาณการเสียเลือด ระยะที่ 4 (ml)	67.65 $\pm$ 31.21	67.27 $\pm$ 40.82	.479
ปริมาณการเสียเลือดทั้งหมด (ml)	285.49 $\pm$ 106.06	212.96 $\pm$ 65.61	.000**

หมายเหตุ : การเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูล 2 กลุ่มใช้ student's t test

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการกอดลูกส่วนล่าง นาน 8 นาที ในการคลอดปกติทางช่องคลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (ระยะที่ 3-4 ของการคลอด) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และมารับบริการการคลอดที่โรงพยาบาลลำพูน ในระหว่าง เดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567 ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากข้อจำกัดของขนาดตัวอย่าง จึงมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 54 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลหลังคลอด ระยะที่ 3 แบบ Active management เหมือนกลุ่มควบคุม เพิ่มเติม คือ หลังรกลคลอด กลุ่มทดลองจะได้รับการกอดลูกส่วนล่างนาน 8 นาที วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูล 2 กลุ่ม ใช้ student's t-test และ Chi-Square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 27.18 ปี (SD=6.04) และ 26.45 ปี (SD=6.35) จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ 1.98 ครั้ง (SD= 1.02) และ 1.80 ครั้ง (SD=1.00) มีอายุครรภ์ 38.41 สัปดาห์ (SD=1.08) และ 38.31 สัปดาห์ (SD=.94) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 22.72 ก.ก./ม.2 (SD=3.63) และ 22.09 ก.ก./ม.2 (SD=5.81) ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 37.66 % (SD=3.78) และ 36.30 % (SD=3.51) จำนวนเกล็ดเลือด $256.96 \times 10^9/L$ (SD=59.97) และ $254.29 \times 10^9/L$ (SD=58.16) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นความเข้มข้นเลือดก่อนคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ข้อมูลระยะก่อนคลอดและระยะคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาได้รับยา oxytocin ก่อนการคลอด 56.61 นาที (SD=130.50) และ 35.0 นาที (SD=94.47) ระยะเวลาถุงน้ำคร่ำแตก 141.49 นาที (SD=169.79) และ 154.59 นาที (SD=204.31) น้ำหนักทารกแรกคลอด 2,949.41 กรัม (SD=332.42) และ 2,978.82 กรัม (SD=325.23)

ระยะเวลาการคลอด การตัดแผลฝีเย็บ เมื่อเปรียบเทียบ ข้อมูลของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการฉีกขาดของ แผลฝีเย็บ พบว่า กลุ่มทดลองมีการฉีกขาดของแผล ฝีเย็บมากกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ .05

3. ข้อมูลหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อมูล การได้รับยาหลังรกคลอด การผสม Oxytocin ใน สารน้ำหยดเข้าหลอดเลือดดำ Ergometrine, Misoprostol และการได้รับเลือดทดแทน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้รับยา Oxytocin ไม่แตกต่างกัน และทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับเลือดทดแทน ส่วน การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลอง ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด ในกลุ่มควบคุมเกิด การตกเลือดหลังคลอดจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.70 นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมที่เกิดการตกเลือด หลังคลอดยังได้รับยา Ergometrine และ Misoprostol ทาง oral ร่วม ทำให้กลุ่มควบคุมได้รับยา Ergometrine และ Misoprostol แตกต่างจากกลุ่มทดลอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. การเปรียบเทียบปริมาณการเสียเลือด หลังคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปริมาณ การเสียเลือดหลังคลอดในระยะที่ 3 คือ 144.71 มิลลิลิตร (SD=64.01) และ 219.61 มิลลิลิตร (SD=103.78) ปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด ในระยะที่ 4 คือ 67.27 มิลลิลิตร (SD=40.82) และ 67.65 มิลลิลิตร (SD=31.21) ปริมาณการเสียเลือด ทั้งหมด 212.96 มิลลิลิตร (SD=65.61) และ 285.49 มิลลิลิตร (SD=106.06) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของปริมาณเลือดหลังคลอด พบว่า ใน ระยะที่ 3 ของการคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ ปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด น้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ในระยะ ที่ 4 ของการคลอด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดหลังคลอดไม่ แตกต่างกัน ($p=.479$) ส่วนปริมาณการเสียเลือด หลังคลอดทั้งหมดในกลุ่มทดลองมีปริมาณการเสียเลือด

ทั้งหมดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

จากการวิจัยครั้งนี้ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ดังนี้

1. ปริมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอด ปกติทางช่องคลอด ผลการศึกษาพบว่า ในระยะที่ 3 ของการคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี ปริมาณการสูญเสียเลือดเท่ากับ 144.71 มิลลิลิตร (SD=64.01) และ 219.61 มิลลิลิตร (SD=103.78) ตามลำดับ ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของปริมาณ การเสียเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด น้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) อธิบายได้ว่า เมื่อรกลอกตัวจะมีการแยกตัวของ หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ กล้ามเนื้อของ มดลูกจะหดตัวเพื่อกดหลอดเลือดใหญ่ และปิดรู ของหลอดเลือด การหดตัวจะเกิดขึ้นบริเวณ กล้ามเนื้อส่วนบนของมดลูกเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ บริเวณกล้ามเนื้อส่วนล่าง ซึ่งประกอบด้วย ไยกกล้ามเนื้อมดลูกที่เรียงตัวในแนวตั้งและมีการ ยึดยาวออกไป ทำให้มดลูกส่วนล่างหดตัวไม่ดี ซึ่งการหยุดเลือดต้องอาศัยการหดตัวของหลอด เลือดและการเกิดลิ่มเลือดเฉพาะที่⁽¹⁶⁾ ดังนั้นการกด บริเวณมดลูกส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันทีและ อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก ส่วนล่างถูกบีบรัดและเกิดการหลังของสารที่ กระตุ้นการแข็งตัวของเลือดในกระแสเลือด เกิด เป็นลิ่มเลือด (fibrin platelet plug forms)⁽¹²⁾ ทำให้ กลุ่มทดลองมีปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุม จากการศึกษาของสินีนาฏ หงส์ระนัย, ชมพูนุช โสภางารีย์, พรทิพย์ เรืองฤทธิ์, วิชาพร ดวงนิษฐ์⁽¹⁷⁾ ถึงผลของระยะเวลาการกดมดลูก ส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันทีต่อปริมาณการ สูญเสียเลือดในการคลอดปกติ พบว่า การกดมดลูก ส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันทีนาน 10 นาที ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ สามารถลดปริมาณ การสูญเสียเลือดภายหลังรกคลอดได้ ส่วนในระยะ

ที่ 4 ของการคลอด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดในระยะนี้ไม่แตกต่างกัน ($p=0.479$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีปริมาณการสูญเสียเลือด 67.27 มิลลิลิตร ($SD=40.82$) และ 67.65 มิลลิลิตร ($SD=31.21$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังคลอดตามปกติ ได้แก่การนวดมดลูก ทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และจากนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลูกจะได้ดูดนมแม่ทันทีในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวดีและลดการตกเลือดในระยะนี้ จากการศึกษาของยูโกะ มัตสึฮาระ และยาเอโกะ คาคาโอกะ⁽¹⁸⁾ พบว่าในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การดูดนมของลูกจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน ออกซิโทซินที่ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวดี ด้านปริมาณการเสียเลือดทั้งหมด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปริมาณการสูญเสียเลือด 212.96 มิลลิลิตร ($SD=65.61$) และ 285.49 มิลลิลิตร ($SD=106.06$) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณการเสียเลือดทั้งหมดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จากการศึกษาของกัลยาณี กังสนารักษ์⁽¹⁴⁾ พบว่าการกดมดลูกส่วนล่างทันทีหลังรกลคลอดนาน 8 นาทีในมารดาคลอดปกติทางช่องคลอด สามารถลดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและลดปริมาณการสูญเสียเลือดได้

2. ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาคลอดปกติทางช่องคลอด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองไม่พบการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กลุ่มควบคุมพบการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.70 นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมที่เกิดการตกเลือดหลังคลอด ยังได้รับยา Ergometrine และ Misoprostol ทาง oral ร่วมด้วย ทำให้กลุ่มควบคุมได้รับยา Ergometrine และ Misoprostol แตกต่างจากกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จากการศึกษาของวันชัย จันทราพิทักษ์ และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า การกดมดลูก

ส่วนล่างนาน 10 นาที ช่วยลดจำนวนการสูญเสียเลือดลงได้ 29.26 มิลลิลิตร และลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ วิสุทธิ์ อนันต์สกุลวัฒน์, วิวัฒน์ เอี่ยมอุไรรัตน์, ปรียาภรณ์ บุญยัง⁽¹⁹⁾ พบว่าการกดมดลูกส่วนล่างนาน 20 นาทีในผู้คลอดปกติ กลุ่มทดลองมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และการสูญเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

การกดมดลูกส่วนล่าง นาน 8 นาที ในการคลอดปกติทางช่องคลอด ช่วยลดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด และลดการเกิดภาวะตกเลือด ในระยะที่ 3-4 ของการคลอดได้ ซึ่งวิธีนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึก มีความปลอดภัย ทำได้ง่ายและสะดวก ดังนั้นควรนำเทคนิคนี้มาใช้เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้สามารถทำการกดมดลูกส่วนล่างได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย
2. ควรนำการกดมดลูกส่วนล่างไปใช้ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดทุกราย เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และเพื่อพัฒนามาตรฐานในการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.สุจิต คุณประดิษฐ์ นพ.ทรงคุณวุฒิ และพว.ศิริโสภา คำเครือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษหัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน สำหรับคำแนะนำ การสนับสนุน และคำติชมตลอดกระบวนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmill A, et al. National, regional, and global levels and trends

- in maternal mortality between 1990 and 2015 with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet* 2015;387(10017):462-74. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7
2. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
 3. ถวัลย์ วงศ์รัตนศิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิทย์. สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2553.
 4. Breathnach F, Geary M. Uterine atony: definition, prevention, non surgical management and uterine tamponade. *Seminars in Perinatology* 2009;33(2): 82-7.
 5. Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician* 2007; 75(6):875-82.
 6. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาตา วิภาภานต์, อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2559;3(3):127-41.
 7. สุสัณหา ยิ้มแย้ม. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน: นันทพร แสนศิริพันธ์, นวี เบาหลวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2560. หน้า 321-32.
 8. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gulmezoglu AH. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cited 2025 Jan 29]. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008020.pub2>.
 9. โรงพยาบาลลำพูน. สถิติข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก. ลำพูน: กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน; 2566.
 10. The International Federation Gynecology and Obstetrics (FIGO) . Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2012;117(2):108-18. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.03.001.
 11. World Health Organization [WHO]. WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. 2012 [cited 2023 Oct 30]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf?ua=1
 12. วันชัย จันทราพิทักษ์, กมล ศรีจันทิก, เรณู วัฒนเหลียงอรุณ. ประสิทธิภาพของการกดมดลูกส่วนล่างเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก. *วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์* 2554;94(6), 649-56.
 13. พรทิพย์ เรืองฤทธิ์. ผลลัพธ์ของการกดมดลูกส่วนล่างภายหลังรกลอดทันทีร่วมกับการคลึงมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดระยะแรกในผู้คลอดปกติ. *นเรศวรวิจัยครั้งที่ 13: วิจัยและนวัตกรรม ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม*; 2560.
 14. กัลยาณี กังสนารักษ์. ผลของการกดมดลูกส่วนล่างนาน 8 นาที ในการคลอดปกติทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลนครนายก

เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก.
วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2565;47(3):225-32.

15. Estridge BM, Reynolds AP, Walters NJ. Basic hemostasis. In: Estridge BH, Reynolds AP, Walters NJ, editors. Basic medical laboratory techniques. 4th ed. New York: Delmar Cengage Learning; 2000. p.235-72.
16. Yuksel H. A novel approach to primary lower uterine segment atony. Taiwan J Obstet Gynecol 2015;54(4): 452-4. doi: 10.1016/j.tjog. 2014.05.010
17. สีนินาฏ หงส์ระนัย, ชมพูนุช ไส้อาจารย์, พรทิพย์ เรืองฤทธิ์, วิชญาพร ดวงนิตย. ผลของระยะเวลาการกดมดลูกส่วนล่าง ภายหลังรกคลอดทันทีต่อปริมาณการสูญเสียเลือดในการคลอดปกติ. วารสารพยาบาลสมาคมฯไทย 2562;12(2):179-92.
18. Masuzawa Y, Yaeko K. Uterine activity during the two hours after placental delivery among low-risk pregnancies: an observational study. J Matern Fetal Neonatal Med 2017;30(20):2446-51.
19. Anunsakunwat W, lamurairat W, Boonyoung P. Lower uterine segment compression for 20 minutes to prevent early postpartum hemorrhage. J Med Assoc Thai 2018;101(9):1151-6.