



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทาง
หน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

**Prevalence and Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage in Mother
undergoing Cesarean Section at Thong Song Hospital, Nakhon Si Thammarat**

อารีชัยวรรณ มาแก้ว¹, เบญจวรรณ ละหุการ^{2*}

Areewan Makaew¹, Benjawan Lahukarn^{2*}

(Received: February 1, 2024; Revised: April 7, 2024; Accepted: April 22, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของสถานการณ์ภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและด้านปัจจัยทางการแพทย์กับภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป จำนวน 397 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คือ ปัจจัยทางการแพทย์ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่ 3 คือภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายชื่อที่ 1.00 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัย พบว่า

1. ความชุกของสถานการณ์ภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความชุก ร้อยละ 29.97

¹โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

¹Thongsong Hospital Nakhon Si Thammarat

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

*Corresponding Author: Benjawan@bcnnakhon.ac.th



2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร คือ อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ (OR = 1.888, 95 % CI = 1.037-3.438; $p = 0.038$) และ ปัจจัยทางการแพทย์ คือ ปริมาณการสูญเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร (OR = 218.52, 95 % CI = 92.978-513.587; $p = 0.000$)

ผลการศึกษครั้งนี้ ทีมสหวิชาชีพสามารถนำไปวางแผนการดูแลและป้องกัน เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้

คำสำคัญ: การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด, ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

This study is a descriptive retrospective study aimed to investigate the prevalence of early postpartum hemorrhage situations and to determine the relationship between demographic, medical factors, and early postpartum hemorrhage in mothers undergoing abdominal caesarean section at Thung Song Hospital, Nakhon Si Thammarat. The sample was 397 mothers who had a caesarean section from 28 weeks of pregnancy onwards. The research instrument consisted of three parts: Part 1 was personal data, Part 2 was medical factors developed from literature reviews, and Part 3 was postpartum hemorrhage in mothers with caesarean section in which IOC all objectives were 1.00. The data was collected from medical records of pregnant women who had undergone caesarean section during 1 January 2021 – 31 December 2023. General data were analyzed by descriptive statistics; frequency, percentage, standard deviation, and logistic regression analysis. The results were as follows:

1. The prevalence of early postpartum hemorrhage situations in mothers undergoing caesarean section was 29.97 %.
2. Factors that were statistically significantly associated with early postpartum hemorrhage include: demographic factors were gestational age greater than 40 weeks (OR=1.888, 95%CI= 1.037-3.438; $p = 0.038$), and medical factors were blood loss greater than or equal to 1,000 milliliters (OR = 218.52, 95%CI = 92.978-513.587; $p = 0.000$).

The finding of this study, a healthcare professional team can be deployed to plan care and prevention. Enhance the control of early postpartum hemorrhage in mothers undergoing caesarean section.



Keywords: Cesarean section delivery, Early Postpartum Hemorrhage, Risk factors

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage; PPH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์เสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรจากการคลอดทางช่องคลอด หรือ เสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดทั่วโลก (Cunningham et al., 2022) โดยแบ่งชนิดของภาวะตกเลือดหลังคลอดออกเป็น 2 ระยะตามระยะเวลาของการเกิด คือ 1) ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early Postpartum Hemorrhage ; Early PPH) หมายถึง ภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นทันทีหลังคลอดจนถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ 2) ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late Postpartum Hemorrhage; Late PPH) หมายถึง ภาวะตกเลือดหลัง 24 ชั่วโมงหลังคลอด จนกระทั่งถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด (Jongsomchai, 2017) ซึ่งพบว่า ประเทศที่กำลังพัฒนามีอัตราการการตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีวิตสมบูรณ์ ในทวีปเอเชีย พบว่า ร้อยละ 30.8 ของมารดาหลังคลอดที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดทั่วประเทศ พ.ศ. 2562 – 2565 เท่ากับ 22.5, 22.9, 39.8 และ 25.66 โดยอัตราการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 38.5 (Department of Health, 2023) ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกที่พบได้บ่อย มี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) มดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 ของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวได้ไม่ดี ได้แก่ อายุ (Age) กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมากกว่าปกติ ระยะเวลาในการคลอดที่ยาวนาน (Prolonged labor) ทำให้ความสามารถในการหดกลับไม่ดี ส่งผลให้หลอดเลือดบริเวณรอยแผลที่รกเกาะหดตัวไม่ดี เลือดไหลไม่หยุด เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทันทีตามมา (Michelet et al., 2015) รองลงมาคือ 2) การฉีกขาดของช่องทางการคลอด (Genital tract laceration) พบได้ร้อยละ 20 โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางการคลอดที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การคลอดเร็วหรือระยะเวลาในการคลอดเฉียบพลัน (Rapid or precipitate labor) การใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Forcep or Vacuum) เนื่องจากเส้นเลือดได้รับการบาดเจ็บ และเสียเลือดปริมาณมากจนเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งระดับการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรเป็นต้นไป จะทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระดับรุนแรง



(Tort et al., 2015) 3) มีเศษรก / เนื้อเยื่อค้าง (Retained placental tissue) พบได้ร้อยละ 10 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมีเศษรกหรือเนื้อเยื่อค้าง ได้แก่ การเย็บผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาอายุตั้งแต่ 35 ปีเป็นต้นไป (Briley et al., 2014) และ 4) ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Defects of coagulation) พบได้โดยประมาณร้อยละ 1 ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ มีประวัติตกเลือดหลังคลอด มีภาวะซึม มีโรคร่วมขณะตั้งครรภ์ (Anusornteerakul, 2014; Wilert et al., 2019) และนอกจากนี้จากการศึกษาของ Suyawej et al. (2015) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นทันที (Early PPH) ได้แก่ มารดาที่มีน้ำหนักเกิน คิดเป็น 6.103 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่มีน้ำหนักปกติ, มารดาที่มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ($p = 0.004$) และการให้ยาสลบแบบทั่วไป (General anesthesia) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลกระทบจากภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มักจะส่งผลต่อมารดาหลังคลอดทั้งในระยะสั้น และในระยะยาว กล่าวคือ ในระยะสั้น อาจส่งผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าด้านร่างกาย ภาวะตกเลือดหลังคลอดอาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีโอกาสกลับเข้ามารักษาเข้าในโรงพยาบาล เกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และอาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (Carroll et al., 2016) ทางด้านจิตใจ อาจพบ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากการประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Tort et al., 2015) ซึ่งผลกระทบดังกล่าว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจล้วนส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ ในระยะยาว พบว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งถัดไป (Aiamcharoen, 2017)

จากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราส่วนการตายของมารดา (Maternal mortality ratio; MMR) มีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง เพราะเป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals :SDGs) ของโลกในอีก 15 ปี ข้างหน้าต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573 (WHO, 2023) โดยอัตราการตายมารดาของประเทศไทยอยู่ที่ 37 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งต่ำเป็นอันดับ 4 ของภูมิภาคอาเซียน (ASEN) (Department of Health, 2023) สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสตรีและเด็กปฐมวัยเพิ่มเติม และกำหนดเป้าหมายอัตราการตายของประเทศไทยไว้ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งพบว่า อัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดทั่วประเทศ พ.ศ. 2562 – 2565 เท่ากับ 22.5, 22.9, 39.8 และ 25.66 โดยอัตราการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 38.5



(Department of Health, 2023) สำหรับสถานการณ์อัตราความเสียชีวิตเขตสุขภาพที่ 11 ตั้งแต่ พ.ศ.2562 - 2565 เท่ากับ 19.87 , 16.17 , 22.02 และ 26.35 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนราย โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด S สถิติผู้มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 1,532 , 1,533 , 1,654 ราย ตามลำดับ รวมเป็น 4,719 ราย โดยพบว่า ในแต่ละปี มีมารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทันทีจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวน 391 ราย (Thung Song Hospital Nakhon Si Thammarat, 2023) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของงานแผนกสูติ นรีเวชกรรม โรงพยาบาลทุ่งสงเป็นอย่างมาก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว หนาเลือดถูกใช้มากขึ้น มารดาหลังคลอดมีภาวะเครียด และบางรายเสี่ยงต่อการผ่าตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิต นอกจากนี้ในส่วนของโรงพยาบาลยังเสี่ยงต่อการร้องเรียนโดยสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ โดยสาเหตุที่พบบ่อย คือ ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว (uterine atony) พบถึงร้อยละ 80 หรือประมาณ 1:20 ของการผ่าตัดคลอด แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่า มีผู้รับบริการอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มีการบ่งชี้ความเสี่ยงหรือไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ แต่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเช่นกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นสาระสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยพิจารณาศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในรายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานที่ดีในการดูแลและป้องกันทั้งระยะก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ (การฝากครรภ์) และระยะคลอดให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด เพื่อควบคุมความชุกให้มีอัตราลดลงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการแพทย์ และปัจจัยภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง เพื่อศึกษาความชุกของสถานการณ์ภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและด้านปัจจัยทางการแพทย์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช

ประชากร คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช 3 ปี ย้อนหลัง (วันที่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2566) จำนวน 4,719 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป 2) แพทย์ผู้ทำการตั้งครรภ์โดยพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Daniel โดยคำนวณจากผลการวิจัยของ Suyawej et al. (2015) ได้กลุ่มตัวอย่าง 355 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล จึงได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 10 % ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 397 ราย

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังกล่าว โดยเก็บย้อนหลังในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2566 จำนวนทั้งสิ้น 397 คน ซึ่งเป็นมารดาที่เข้ารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง คุณสมบัติที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบในหัวข้อที่ต้องการศึกษา และผู้ป่วยถูกส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ซึ่งถ้ากลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลใหม่จนครบตามจำนวน ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรต้น ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์และการคลอด รายได้ ประวัติโรคประจำตัว 2) ปัจจัยทางการแพทย์ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง, ปริมาณเลือดที่สูญเสียในการผ่าตัด, วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกของยากระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว และตัวแปรตาม คือ ภาวะการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น โดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์และการคลอด



2. แบบสอบถามปัจจัยทางการแพทย์ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Eran et al., 2021) ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ปริมาณเลือดที่สูญเสียในการผ่าตัด และชนิดของยากระตุ้นให้มดลูกหดตัว

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ประจำสาขาสูติรีเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผ่าตัด 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาสูติศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงครายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงครายข้อที่ 1.00

3.แบบวัดภาวะการตกเลือดหลังคลอดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์ของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้านผลลัพธ์เกี่ยวกับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช รับรองให้ดำเนินการวิจัย เลขที่ F-01/2567 วันที่ 23 มกราคม 2567 หลังจากนั้นได้ทำหนังสือขออนุญาตและติดต่อประสานงานกับ โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช แผนกเวชระเบียน เพื่อติดต่อหัวหน้าเวชระเบียน โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา และได้อธิบายให้ทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ ต่อ ข้อมูลที่ให้มาจะเป็นความลับอย่างเคร่งครัด มีเพียงผู้วิจัยและสมาชิกในคณะวิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การรายงานการวิจัยจะถูกรายงานในภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และผลการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ต่อสังคมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้



1. ทำหนังสือขออนุญาตการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
 2. จัดหาผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานเวชระเบียน และระบบ HOSxP โดยเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุ่งสง 1 คน และผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงแบบเก็บข้อมูลให้ทราบรายละเอียด เพื่อผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยจะปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
 3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการศึกษา
 4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ดำเนินการ โดยการนำเวชระเบียนมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทั้งหมดมาทำการแยกเวชระเบียนมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดออกจากกลุ่มที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จากนั้นนำเวชระเบียนกลุ่มที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมาทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง
 5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
 6. ผู้วิจัย ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถามอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล
1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระมีการแจกแจงตามปกติ (Normality) โดยมีค่าความเบ้ และความโด่งอยู่ระหว่าง -3 ถึง +3 และ 2) multicollinearity โดยพิจารณาจากเมตริกสหสัมพันธ์ไม่เกิน .80 (Stevens, 1996)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 ราย มีอายุเฉลี่ย 30.10 ปี (S.D. = 5.94) ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 35 – 39 สัปดาห์ (ร้อยละ 84.6) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (ร้อยละ 35.0) เกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.1) มีค่าดัชนีมวลกาย > 30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 32.0) และใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 63.2) ดังแสดงตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 61.96) ใช้เวลาในการผ่าตัด ≤ 30 นาที เวลาเฉลี่ย 29.33 นาที (S.D. = 6.57) โดยพบ อัตราการตกเลือดหลังคลอด



ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดทางคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 29.97) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร (n = 397)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (%)	คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (%)
อายุ (ปี)		อายุครรภ์ (สัปดาห์)	
Mean $\pm$ S.D. 30.10 $\pm$ 5.94 (14:48)			
< 20	20 (5.0)	<30	2(0.5)
20 – 29	156 (39.3)	30 – 34	7(1.8)
30 – 39	200 (50.4)	35 – 39	336(84.6)
> 40	21 (5.3)	> 40	52(13.1)
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		ค่าดัชนีมวลกาย	
1	120 (30.2)	< 18.5	5 (1.3)
2	139(35.0)	18.5 – 22.9	34 (8.6)
3	88(22.2)	23 – 24.9	49 (12.3)
4	38(9.6)	25 – 29.9	146 (36.8)
5	7(1.8)	> 30	163 (41)
6	2(0.5)	อาชีพ	
7	3(0.7)	เกษตรกรกรรม	83(20.9)
สิทธิการรักษา		ค้าขาย	64(16.1)
บัตรทอง	251(63.2)	รับจ้าง	81(20.4)
จ่ายตรง	41(10.3)	แม่บ้าน	127(32.0)
ชำระเงินเอง	65(16.4)	พนักงานบริษัท	32(8.1)
ประกันสังคม	35(8.8)	อื่นๆ	10(2.5)
รัฐวิสาหกิจ	3(0.8)		
อื่นๆ	2(0.5)		

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางการแพทย์ (n = 397)

ข้อมูลทางการแพทย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาผ่าตัด		
$\leq$ 30 นาที	246	61.96
> 30 นาที	151	38.04



ข้อมูลทางการแพทย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(Mean= 29.33, S.D.= 6.57, Minimum= 15.23, Maximum= 87.11)		
ตำแหน่งแผลผ่าตัดคลอด		
Mid-line	143	36.02
Transverse-line	254	63.98
จำนวนการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด		
< 1,000 มิลลิลิตร	281	70.78
$\geq$ 1,000 มิลลิลิตร	116	29.22
ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง		
< 30 %	25	6.30
$\geq$ 30 %	372	93.70
ปัจจัยที่ทำให้มีการตกเลือด		
ปัจจัยของมารดา	337	84.89
ปัจจัยของทารก	60	15.11
การได้ยาระงับความรู้สึก		
General Anesthesia	283	71.28
Spinal block	114	28.72
ภาวะตกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง		
ตกเลือด	119	29.97
ไม่ตกเลือด	278	70.03

2. จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ และ ปริมาณการสูญเสียเลือด $\geq$ 1000 ml กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์ มากกว่า 40 สัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น เกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ (OR = 1.888, 95 % CI = 1.037-3.438; p = 0.038) และ กลุ่มตัวอย่างผ่าตัดทางหน้าท้องที่ปริมาณการสูญเสียเลือด $\geq$ 1000 ml มีโอกาสเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น 218 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีปริมาณการสูญเสียเลือด < 1000 ml (OR = 218.52, 95 % CI = 92.978-513.587; p = 0.000) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n = 397)

ปัจจัย	จำนวน	ไม่ตกเลือด	ตกเลือด	OR	95%CI	p
อายุ						
< 20	20	17 (85.0%)	3 (15.0%)	Ref.		
20 – 29	156	116 (74.4%)	40 (25.6%)	3.487	0.770-15.796	0.105
30 – 39	200	132 (66.0%)	68 (34.0%)	1.785	0.689-4.620	0.233
> 40	21	13 (61.9%)	8 (38.1%)	1.195	0.472-3.022	0.707
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์						
1	120	93(77.5)	27(22.5)	Ref.		
2	139	98(70.5)	41(29.5)	6.889	0.601-78.910	0.121
3	88	56(63.6)	32(36.4)	4.780	0.422-54.191	0.207
4	38	25(75.8)	13(34.2)	3.500	0.305-40.133	0.314
5	7	4(57.1)	3(42.9)	3.846	0.318-46.494	0.289
6	2	1(50%)	1(50)	2.667	0.158-45.141	0.497
7	3	1(33.3)	2(66.7)	2.000	0.051-78.250	0.711
อายุครรภ์ (สัปดาห์)						
<30	2	1(50)	1(50)	Ref.		
30 – 34	7	5(71.4)	2(28.6)	0.733	0.043-12.376	0.830
35 – 39	336	242(72.0)	394(28.0)	1.833	0.325-10.338	0.492
> 40	52	30(57.7)	22(42.3)	1.888	1.037-3.438	0.038*
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม²)						
< 18.5	5	4(80)	1(20.0)	Ref.		
18.5 – 22.9	36	26(76.5)	8(23.5)	1.719	0.187-15.779	0.632
23 – 24.9	49	34(69.4)	15(30.6)	1.397	0.591-3.302	0.446
25 – 29.9	146	100(68.5)	46(31.5)	.974	0.487-1.950	0.941
> 30	163	114(69.9)	49(30.1)	.934	0.576-1.516	0.783
ลักษณะการผ่าตัดตามแนวหน้าท้อง						
Mid-line	143	92(64.3)	51(35.7)	Ref.		
Transverse-line	254	186(73.2)	68(26.8)	0.659	0.424-1.025	0.064
ปริมาณการสูญเสียเลือด (มิลลิลิตร)						
< 1000 ml	281	268(95.4)	13(4.6)	Ref.		
≥ 1000 ml	116	10(8.6)	106(91.4)	218.52	92.978-513.587	0.000**



ปัจจัย	จำนวน	ไม่ตกเลือด	ตกเลือด	OR	95%CI	p
ความเข้มข้นของเลือด						
< 30%	25	21(84.0)	4(16.0)	Ref.		
≥ 30%	372	257(69.1)	115(30.9)	2.349	0.789-6.999	0.125
ชนิดของการรับความรู้สึก						
Spinal block	114	80(70.2)	34(29.8)	Ref.		
General	283	98(70.0)	85(30.0)	0.990	0.616-1.592	0.967
Anesthesia						

อภิปรายผล

ผลการศึกษสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ความชุกของการเกิดภาวะการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566 มีความชุกร้อยละ 29.97 โดยในปี 2564, 2565 และ 2566 พบสถิติการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 8.91, 10.0, และ 11.06 ตามลำดับ สอดคล้องกับความชุกของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรายงานของ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (Ameh & Althabe, 2022) ที่พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 11 โดยความชุกสูงขึ้น ร้อยละ 4.5 (Wilert et al., 2019) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดสูงกว่าสถิติจากการศึกษาในประเทศไทย และยังชี้ให้เห็นว่า อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พบบ่อยขึ้นและเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาที่พบบ่อยที่สุด (Pillitteri, 2014) โดยในทวีปเอเชีย พบว่า ร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (Sinsooksai, 2017) ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จึงเป็นอุบัติการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังและหาแนวทางป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการแพทย์ และปัจจัยภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกาย และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Suyawej et al. (2015) ที่พบว่า อายุ อาชีพ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thaiyanan (2023) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า อายุที่อยู่ระหว่างช่วง 20 - 34 ปี มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดบ่อยที่สุด (Wongwiriyauch



et al., 2018) นอกจากนี้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรตั้งแต่ 4 ครั้งเป็นต้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในครรภ์เดี่ยวและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Sijjan et.al., 2021) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Solwayo (2016) ที่พบว่า การตั้งครรภ์หลายครั้ง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (aOR 2026; 95 % CI 0.58 – 8.79) และค่าดัชนีมวลกาย พบว่า มารดาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (BMI > 30) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพิ่ม 6.103 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีน้ำหนักตัวปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suyawej et.al, 2015; Aunnet, 2023) ปัจจัยทางด้านการแพทย์ ได้แก่ ระยะเวลาผ่าตัด เวลาผ่าตัดเสร็จ ตำแหน่งแผลผ่าตัดคลอด ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง ปัจจัยที่ทำให้มีการตกเลือด การได้ยาระงับความรู้สึก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Francoise et al., (2016) ที่พบว่า ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และภาวะซีดที่มีความรุนแรงตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และไม่ได้ได้รับการแก้ไข มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้สูงถึง 6.65 เท่า (Churos, 2019) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suyawej et al. (2015) ที่พบว่า การได้รับยาระงับความรู้สึกตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด ($p < .001$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า ได้แก่ อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ และ ปริมาณการสูญเสียเลือดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยพบว่า อายุครรภ์ที่มากกว่า 40 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (OR = 1.888, 95 % CI = 1.037-3.438; $p = 0.038$) อธิบายได้จากกล้ามเนื้อมดลูกที่มีการยืดขยายมากขึ้นจากการที่มีอายุครรภ์มากขึ้น กล้ามเนื้อมดลูกที่มีการยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) จะทำให้เกิดการล้าของมดลูกเนื่องจากการยืดขยายเป็นเวลานาน เมื่อทารกคลอดการหดตัวและคืนกลับของกล้ามเนื้อมดลูกจะไม่ดีดังเดิม ทำให้หลอดเลือดบริเวณแผลที่รกเกาะติดตัวไม่ดี ส่งผลให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ (Sasunee, 2022) นอกจากนี้ ผลการศึกษา ยังพบว่า ปริมาณการสูญเสียเลือดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (OR = 218.52, 95 % CI = 92.978 - 513.587; $p = 0.000$) อธิบายได้ว่า การสูญเสียเลือดในปริมาณที่มาก มีผลทำให้ร่างกายเกิดภาวะซีด โดยภาวะซีดจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะการขาดออกซิเจนในระดับโมเลกุลและระดับเซลล์ ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากขึ้น (Ria & Farida, 2023) และนอกจากนี้ ภาวะซีด ยังเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต โดยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นถึง 6.7 เท่า (Kyriaki et al., 2023)



สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความชุกของการเกิดภาวะการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 - 31 ธันวาคม 2566 มีความชุกร้อยละ 29.97 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ และ ปริมาณการสูญเสียเลือดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพสามารถนำไปวางแผนการดูแลและป้องกัน เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยควรระมัดระวังในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว รวมทั้งการเตรียมความพร้อมต่อภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในรายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานที่ดีในการดูแลและป้องกันทั้งระยะก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ (การฝากครรภ์) และระยะคลอดให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด เพื่อควบคุมความชุกให้มีอัตราลดลงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านนโยบาย กลุ่มงานสูติรีเวช ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทุ่งสง นำผลการวิจัยเสนอผู้บริหาร เพื่อพัฒนาการวางแผนการดูแลมารดาที่มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. ด้านวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและเพื่อที่จะให้ผู้บริการ วิชาชีพ และพยาบาลห้องผ่าตัดได้มีแนวทางวางแผนในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

รายการอ้างอิง (References)

- Aiamcharoen, T. (2017). Postpartum Hemorrhage: Significance of Nurse's Roles in Prevention. *Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Journal*, 6(2), 146 - 157.
https://apheit.bu.ac.th/journal/science-july-2560/15_17_94_proof1_formatted.pdf



- Ameh, C., & Althabe, F. (2022). Improving postpartum hemorrhage care: policy, practice, and research. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 158(s1), 4 - 5. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14271>
- Anusornteerakul, S. (2014). First Two Hours Postpartum Hemorrhage Prevention: Midwives' Role. *Journal of Nursing science and Health*, 37(2), 155 - 162. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/22267>
- Aunnet, C. (2023). Nursing care for Mothers after caesarean section with early postpartum hemorrhage with severe hypovolemic shock: 2 case study. *Mahasarakham Hospital Journal*, 20(3), 236 - 250. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/265662>
- Briley, A., Seed, P.T., Tydeman, G., Ballard, H., Waterstone, M., Sandall, J., Poston, L., Tribe, R.M., & Bewley, S. (2014). Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum haemorrhage and progression to severe PPH: a prospective observational study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(7), 876 - 888. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.12588>.
- Carroll, M., Daly, D., & Begley, C.M. (2016). The Prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 261 - 275. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1054-1>
- Churos, S. (2019). Prevention of Postpartum Hemorrhage: Nurse's Role. *Journal of Medical Sciences, Region 11*, 33(1), 30 - 45. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/191729>
- Cunningham, F.G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C.Y. (2022). *William's obstetrics*. (2 6st ed.). McGraw-Hill. <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2977>
- Department of Health. (2023, January 1). *Analysis of maternal mortality situation fiscal year 2023*. http://hp.anamai.moph.go.th/th/maternalnomaliry-ration/download?id=1063102mid=30954&mkeyom_document&lang=th&did=30671
- Eran, A., Riki, B.B, Amir, A., Eran, H., Yariv, Y., & Liran, H. (2021). Risk factors for postpartum hemorrhage following cesarean delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(18), 3626 - 3630. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1834533>



- Francoise, V., Chloe, B., Bruno, P., & Didier, L. (2016). Incidence of immediate Postpartum Hemorrhage in French maternity units: A Prospective Observational Study. (HERA study). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 242 - 250. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1008-7>
- Jongsomchai, C. (2017). Postpartum Hemorrhage. *Srinagarind Medical Journal*, 32(4), 6 - 18. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/94286>
- Kyriaki, M., Ioannia, T., Themistoklis, D., Riola, G., Apostolos, M., Apostolos, A., & Ioannis, K. (2023). Incidence and Risk Factors for Postpartum Hemorrhage: A Case-Control Study in Tertiary Hospital in Greece. *Medicine*, 59(6), 1151. <https://doi.org/10.3390/medicina59061151>
- Michelet, D., Ricbourg, A., Rossignol, M., Schurando, P., & Barranger, E. (2015). Emergency Hysterectomy for Life-threatening postpartum hemorrhage: Risk Factors and Psychological Impact. *Gynecologic Obstetric and Fertilities*, 43(12), 773 - 779. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.10.010>.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal and Child health Nursing: Care of the childbearing and childrearing Family* (7th ed.). Lippincott. <https://www.sciepub.com/reference/186992>
- Ria, G., & Farida, K. (2023). Factors Affecting Postpartum Hemorrhage on Postpartum Mother. *Placentum Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Aplikasinya*, 11(1), 13 - 22. <https://jurnal.uns.ac.id/placentum/article/view/55528>
- Sasunee, T. (2022). Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Photharam Hospital, Ratchaburi Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 7(2), 45 - 56. <http://s006.tci-thaijo.orf/index/php/hej/article/view/258236>
- Sijjan, L., Jinsong, G., Juntao, L., Jing, H., Xiaoxu, C., Jing, H., Yabing, T., Xinghui, L., Yinli, C., Xiaowei, L., & Xietong, W. (2021). Incidence and Risk factors of Postpartum Hemorrhage in China: A Multicenter Retrospective Study. *Frontiers in Medicine*, 8, 673500. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.673500>
- Sinsooksai, N. (2017). Postpartum hemorrhage: Nursing role. In Sumeksi, S., Wongphaitoon, N., Podungkietwitthana, P., & Srisantirorote, N. (Eds.), *Advancing together for perinatal care 4.0* (p. 91-96). Union printing.



- Solwayo, N. (2016). Postpartum Hemorrhage: Incidence, Risk factors, and Outcomes in a low-resource setting. *International Journal of Women's Health*, 8, 647 - 657. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S119232>
- Stevens, J. (1996). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Mahwah, N.J.: Lawrence <https://www.sciepub.com/reference/52>
- Suyawej, R., Keesakul, C., Ittichaikulthol, W., & Sonkhammee, P. (2015). Factors affecting postpartum hemorrhage during caesarean section. *Thai Journal of Anesthesiology*, 41(2), 53 -63. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/anesthai/article/view/58704>
- Thaiyanan, J. (2023). Prevalence and Risk Factor Affecting Early Postpartum Hemorrhage Among Vaginal Delivery at Burapa University Hospital. *Burapa Journal Medicine*, 10(1), 1 - 17. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BJmed/article/view/257684>
- Thung Song Hospital Nakhon Si Thammarat. (2023). *Report Maternal and Child Health 2020-2022*. (Research Report). Thung Song Hospital Nakhon Si Thammarat. <https://www.reportlinker.com/market-report/Healthcare/520050/Maternal-Health>
- Tort, J., Rozenberg, P., Traore, M., Fournier, P., & Dumont, A. (2015). Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 235. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0669-y>
- Wilert, S., Iamchareon T., & Yodrak, D. (2019). Situation and Factors Associated with Maternal Postpartum Hemorrhage with Vaginal Delivery in the Obstetric Ward, Noparatrajathane Hospital. *Journal of the Nurses Association of Thailand*, 9(2), 173 - 190. https://www.researchgate.net/publication/342946234_Situation_and_Factors_Associated_with_Maternal_Postpartum_Hemorrhage_with_Vaginal_Delivery_in_the_Obstetric_Ward_Noparatrajathane_Hospital
- Wongwiriyaewech, B., Jansanorot, N., & Thianchaitatsak, C. (2018). Factors Affecting Warly Postpartum Hemorrhage at Prachomklao Hospital, Phetchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 1(1), 39 - 47. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/169857>
- World Health Organization. (2023, January 1). *Trends in Maternal Mortality: 2019 - 2023*. <http://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>