

ผลของยาประสะนํ้านม (ตำรับพ่อขาว เฉียบแหลม) ในหญิงหลังคลอด: การทดลองทางคลินิกแบบไม่ปกปิดและมีกลุ่มควบคุม

สมชาย สุริยะไกร*, ศศิวิมล พงษ์สุพจน์†, ดรรชนี ถากง†, ปิยภัสรา หรืออินทร์†, วิไลวรรณ งามยิ่ง†,
เยาวลักษณ์ ศิลาวรรณ‡, เกษม ภัทรฤทธิกุล†, ศุภชัย ดิยวรรณท§

* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

† โรงพยาบาลหนองสองห้อง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 40190

‡ โรงพยาบาลเวียงชัย อำเภอเวียงชัย จังหวัดขอนแก่น 40230

§ ผู้รับผิดชอบบทความ: suptiy@kku.ac.th

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลหนองสองห้องได้นำยาประสะนํ้านม “ตำรับพ่อขาว เฉียบแหลม” มาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดทุกรายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เพื่อสร้างหลักฐานทางคลินิกเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาตำรับนี้ จึงทำการศึกษาค้นคว้าของตำรับยาที่มีต่อค่าคะแนนการมาของนํ้านม ปริมาณนํ้านมที่ผลิตได้ใน 1 ชั่วโมง ระดับยอดนมคลุก และลักษณะนํ้าคาบปลาเป็นการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่มีกลุ่มควบคุมแบบไม่ปกปิด ในหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองสองห้อง (กลุ่มทดลอง) และโรงพยาบาลเวียงชัย (กลุ่มควบคุม) โดยกลุ่มทดลองได้รับยาประสะนํ้านมปริมาตร 4 ลิตร/วัน นาน 10 วัน (โดยให้ยาทันทีหลังคลอด) ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับนํ้าอุ่นในขนาดเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่าจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยระยะที่มีค่าคะแนนการมาของนํ้านมถึงระดับคะแนน 4 ในกลุ่มทดลองมากกว่าในกลุ่มควบคุมตั้งแต่ชั่วโมงที่ 3–36 หลังคลอด มีจำนวนสะสมในชั่วโมงที่ 36 รวม 24 รายจาก 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 13 รายจาก 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.1 ($p = 0.009$) กลุ่มทดลองมีปริมาณนํ้านมที่ผลิตได้ภายใน 1 ชั่วโมง ในชั่วโมงที่ 48 หลังคลอด (16.48 ± 15.37 มิลลิลิตร) มากกว่า กลุ่มควบคุม (10.06 ± 9.31 มิลลิลิตร) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) ระดับยอดนมคลุกในวันที่ 14 หลังคลอด ของกลุ่มทดลอง (1.50 ± 2.52 เซนติเมตร) ต่อดังต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (3.97 ± 3.88 เซนติเมตร) ($p = 0.003$) ในขณะที่ปริมาณและจำนวนวันที่นํ้าคาบปลาเปลี่ยนจากสีแดงสดเป็นสีเหลืองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยาตำรับนี้จึงมีผลทำให้มารดาหลังคลอดมีนํ้านมเร็วขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง และทำให้คุณแม่คลุกเข้าเต้าได้เร็วกว่าการไม่ได้ใช้ยาแต่ไม่มีผลต่อนํ้าคาบปลา

คำสำคัญ: สมุนไพร, ยาประสะนํ้านม, หญิงหลังคลอด, การให้นมบุตร, ยอดนมคลุก, นํ้าคาบปลา

Effects of Herbal Lactagogue Remedy (Por Khao Chiab-Laem's Formula) in Postpartum Women: An Open-Label Placebo-Controlled Clinical Trial

Somchai Suriyakrai^{*}, Sasiwimol Pongsupot[†], Datchanee Thakong[†], Piyapatsara Ree-in[†],
Wilaiwan Ngamyang[†], Yaowaluk Silawan[‡], Kasem Pathararitthikul[†], Suppachai Tiyyoranant^{*,§}

^{*}Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand

[†]Nong Song Hong Hospital, Hong Song Hong District, Khon Kaen 40190, Thailand

[‡]Waeng Noi Hospital, Waeng Noi District, Khon Kaen 40230, Thailand

[§]Corresponding author: suptiy@kku.ac.th

Abstract

The herbal lactagogue decoction formula of Por Khao Chiablaem, a well-respected local folk healer, has been used in postpartum women at Nong Song Hong Hospital, Khon Kaen province, since 2013. To establish clinical evidence on its efficacy, the effects of this herbal formula on milk flow score, volume of one-hour milk production, uterine fundal height, and lochial discharge were studied. The open-label, placebo-controlled trial was conducted in two groups of postpartum women at Nong Song Hong and Waeng Noi Hospitals as treatment group and control group, respectively. The treatment group was given the lactagogue decoction at the dose of 4 L/day for 10 days (the first dose was given right after the delivery), while the control group took the same dose of warm water. It was found that the cumulative number of participants who had milk flow score of 4 in the test group was higher than that in the control group from 3 to 36 hours postpartum. At the 36th hour, the cumulative number of such participants was 24/36 (66.7%) in the test group vs 13/36 (36.1%) in the control group ($p = 0.009$). The volume of milk production in one hour at 48 hours postpartum was 16.48 ± 15.37 mL in the test group, compared to 10.06 ± 9.31 mL in the control group ($p = 0.037$). On day 14 postpartum, the test group had significantly lower uterine fundal height (1.50 ± 2.52 cm) than the control group (3.97 ± 3.88 cm) ($p = 0.003$). Meanwhile, the amount of lochial discharge and the time for the change of lochia color from blood red to yellow were not different between the two groups. In conclusion, this study shows that herbal lactagogue remedy (Por Khao Chiablaem's formula) can promote early milk flow and increase milk production at 48 hours postpartum, as well as promote uterine involution, while not affecting lochial discharge.

Key words: herbal, lactagogue, postpartum, lactation, uterine involution, lochia

บทนำและวัตถุประสงค์

องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟแนะนำให้มารดาเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด และควรให้รับประทานนมมารดาเพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพและอัตราการรอดชีวิตของทารก อย่างไรก็ตาม ส่องทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าทั่วโลกแล้วมีทารกเพียง 2 ใน 3 เท่านั้น

ที่ได้รับนมมารดาใน 6 เดือนแรก^[1] จากการศึกษาพบว่าหนึ่งในสาเหตุของการที่มารดาหยุดให้นมบุตรก็คือปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ^[2] ในทางเวชปฏิบัติพบว่ายาแผนปัจจุบันที่ถูกสั่งจ่ายเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอด ได้แก่ เมโทโคลพราไมด์ (metoclopramide) และ ดอมเพอริโดน (domperidone) ซึ่งคาดหวังฤทธิ์ของการยับยั้งตัวรับโดพามีน

(dopamine) ซึ่งจะทำให้ระดับโปรแลคตินสูงขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้ยาทั้งสองชนิดยังมีข้อจำกัดอยู่ ได้แก่ ยาเมโทโคลพราไมด์มีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า^[3] นอกจากนี้ยังพบว่ายาเมโทโคลพราไมด์ ถูกขับออกทางน้ำนมมารดา แม้ว่าจะประมาณว่าทารกได้รับในปริมาณน้อยกว่าร้อยละ 10 ของขนาดที่แม่ได้รับเมื่อปรับด้วยน้ำหนักตัวแล้ว อย่างไรก็ตามหากระดับยาถึงขนาดที่ออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาได้จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของระดับโปรแลคตินและอาจมีผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารของทารกได้ แม้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่จะรายงานว่าไม่พบผลข้างเคียงในทารกที่ดื่มน้ำนมมารดาที่ใช้ยาเมโทโคลพราไมด์ แต่พบว่าหลายการศึกษาไม่ได้มีการสังเกตผลข้างเคียงที่เพียงพอ^[4] สำหรับยาโดมเพอริโดนซึ่งไม่ได้รับการรับรองให้ใช้ในสหรัฐอเมริกาจากเหตุผลของการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จากผลการศึกษาโดยการสำรวจหญิงหลังคลอดที่ได้รับยาเมโทโคลพราไมด์หรือยาโดมเพอริโดนเพื่อกระตุ้นน้ำนมจำนวน 1,990 คน ใน 25 ประเทศ พบว่า มารดาหลังคลอดที่ใช้ยาเมโทโคลพราไมด์เพื่อกระตุ้นน้ำนม มีอาการซึมเศร้าถึง ร้อยละ 12.1 และพบอาการข้างเคียงทางระบบประสาทส่วนกลางอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วอาการข้างเคียงเหล่านี้พบได้มากกว่าการใช้ยาโดมเพอริโดนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตามการใช้ยาโดมเพอริโดนพบผลข้างเคียงทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 11.7 และมีอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารเช่น ปากแห้ง ท้องเสีย หรือท้องผูกได้มากกว่ายาเมโทโคลพราไมด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)^[3] ส่วนผลที่ทำให้เกิดอาการใจสั่นของยาทั้งสองพบในอัตราใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ

1^[3] ดังนั้นการหาทางเลือกอื่นเพื่อนำมาใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจศึกษา การใช้สมุนไพรในการกระตุ้นน้ำนมเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง แม้ว่าสมุนไพรเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ผ่านการประเมินทางวิทยาศาสตร์แต่มีการใช้อย่างแพร่หลายตามค่านิยมและวัฒนธรรมท้องถิ่นจากการใช้มาเป็นเวลานาน ไม่พบว่ามีอันตรายและมีประสิทธิผลดีโดยไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์^[5]

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการใช้ตำรับยาสมุนไพรในสตรีหลังคลอดนั้น มีการศึกษาผลของตำรับยาสมุนไพรหลังคลอดของโรงพยาบาลกาบเชิงต่อการหดตัวของมดลูก การขับน้ำคาวปลา และสุขภาพโดยรวม พบว่ากลุ่มที่ใช้ยา มีการหดตัวของมดลูก การขับน้ำคาวปลา และสุขภาพโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ยา^[6] นอกจากนี้ยังมีการทดลองเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาโดมเพอริโดนและยาประสะน้ำนมในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในมารดาแรกคลอดในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าการใช้ยาประสะน้ำนมซึ่งเป็นยาประสะน้ำนมแผนโบราณที่ปรุงขึ้นจากสมุนไพรให้ผลในการกระตุ้นน้ำนมให้ไหลได้เร็วกว่าการไม่ใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดูเหมือนจะกระตุ้นได้ดีกว่ายาโดมเพอริโดน แต่พบได้น้อยและไม่มีความสำคัญทางสถิติ^[7]

ตามที่งานอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 จากการทบทวนข้อมูลในปี 2551-2554 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาในเขต อ.หนองสองห้อง คือ ร้อยละ 21.42 ร้อยละ 25.58 ร้อยละ 27.40 และ ร้อยละ 28 ตามลำดับ ปัญหาส่วนใหญ่ที่หญิงหลังคลอดประสบ คือ น้ำนมไม่มา หรือน้ำน้อย เต้านมคัดตึง และปวด จากการสอบถาม

หญิงหลังคลอดที่มีปัญหาหลังคลอดดังกล่าวพบว่าไปรับยากับหมอฟันบ้านคือพ่อชาว ฉะเชิงเทรา ต่อมางานแพทย์แผนไทยจึงได้เชิญคุณพ่อชาว ฉะเชิงเทรา หมอฟันบ้าน และเป็นรากเหง้าจิตอาสาในท้องถิ่น เข้ามาร่วมให้บริการและเริ่มมีการนำยาประสะน้ำมันตำรับพ่อชาวมารับบริการในโรงพยาบาลฯ จากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดที่มีปัญหาและใช้ยาประสะน้ำมันสูตรของพ่อชาว ฉะเชิงเทรา พบว่าสามารถลดปัญหาการมาของน้ำนมได้มาก ทำให้การใช้ยาประสะน้ำมันในมารดาหลังคลอดเป็นที่แพร่หลายมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ในมารดาที่อยู่ไฟไม่ได้อีก ซึ่งจะช่วยขับน้ำคาวปลาและทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็วขึ้นทดแทนการอยู่ไฟด้วยความร้อน^[6,8] จากการเก็บข้อมูลในปี 2556-2559 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.2 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 23.2, 27.3 และ 35 ในปี 2557-2559 ตามลำดับ

ปัจจุบันโรงพยาบาลหนองสองห้องได้บรรจุยาประสะน้ำมันตำรับพ่อชาว ฉะเชิงเทรา อยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาล และใช้ยาประสะน้ำมันตำรับนี้ในมารดาที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลหนองสองห้องทุกรายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา โดยยังไม่มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์ใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาประสะน้ำมันนี้ทั้งในมารดาและทารก เพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์และสร้างความมั่นใจในการใช้ยาจึงได้ทำการวิจัยครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของยาประสะน้ำมันตำรับนี้ที่มีต่อการสร้างน้ำนมของมารดาหลังคลอดโดยประเมินการไหลของน้ำนม ปริมาณน้ำนมที่สร้างได้ภายใน 1 ชั่วโมง ระดับยอดมดลูก ลักษณะและปริมาณน้ำคาวปลาเพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการใช้ตำรับยาพื้นบ้านให้กว้างขวางต่อไป

และเป็นการอนุรักษ์มรดกทางภูมิปัญญาทางการใช้ยาสมุนไพรของอีสานไว้ โดยการศึกษาครั้งนี้ ได้ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัยด้วย

ระเบียบวิธีศึกษา

1. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยทางคลินิกที่มีกลุ่มควบคุมแบบไม่ปกปิด (open-label, placebo-controlled trial) ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2561 เลขที่ HE612205

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ มารดาหลังคลอดที่เป็นการคลอดปกติและเป็นคลอดแรก (Parity 1: P1) ที่มารับบริการระหว่างเดือน สิงหาคม 2561 ถึง พฤษภาคม 2562 ที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง และโรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

การศึกษานี้ใช้วิธีคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) และ Cohen's Power Table กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.8 โดยอ้างอิงงานวิจัยของแพทย์หญิงพรรณวรา ปรีตกุล และคณะ^[9] ซึ่งเป็นการศึกษาผลของน้ำขิงต่อปริมาณน้ำนมมารดาหลังคลอดโดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับน้ำขิง (30 ราย) กับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (33 ราย) ค่าที่นำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคือค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนม ซึ่งกลุ่มที่ได้รับน้ำขิงมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมที่ 191 ± 71.2 มิลลิลิตร/วัน และกลุ่มยาหลอกมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมที่ 135 ± 61.5 มิลลิลิตร/วัน เมื่อคำนวณตามสมการของ

Cohen แล้วเทียบกับตารางตามเงื่อนไขข้างต้นจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 26 คนต่อกลุ่มการศึกษา และปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างทำการศึกษาร้อยละ 38 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน

ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำมันสูตรพ่อขาว เฝ้ายาแหลม เป็นมารดาหลังคลอดตามเกณฑ์คัดเข้าที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 36 ราย และผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้มหลังคลอดเป็นมารดาตามเกณฑ์คัดเข้าที่มาคลอดบุตร โรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่นจำนวน 36 ราย ทั้งนี้กระบวนการขอความยินยอมจะเริ่มจากการอธิบายลักษณะงานวิจัยเพื่อเชิญชวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ผู้ที่ตกลงเข้าร่วมงานวิจัยจะต้องลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 2 สำเนา โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเก็บไว้ 1 ชุด และอีก 1 ชุดเก็บไว้ที่ผู้วิจัย

ผู้เข้าร่วมโครงการต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

- มารดาหลังคลอด คลอดแรก (P1) ที่คลอดปกติทางช่องคลอด
- อายุน้อยกว่า 35 ปี
- มารดาที่มีห้วงมปกติ สามารถให้นบุตรดูนมได้
- มารดาที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ฮีมาโทคริตหลังคลอดลดลงน้อยกว่า 10% ของฮีมาโทคริต เดิมก่อนคลอด และเสียเลือดขณะคลอดน้อยกว่า 1,000 ซีซี)
- มารดาที่ได้รับการตรวจเลือดขณะตั้งครรภ์ และผลการตรวจไม่เป็นโรคติดต่อทางเลือด

และสารคัดหลั่ง เช่น โรคตับอักเสบบี โรคเอดส์ โรคซิฟิลิส

- มารดาที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นมบุตร
- มารดายินดียิ่งซื้อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ หรือ หากมารดายังไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง
- มารดายินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจที่อาศัยในเขตอำเภอหนองสองห้อง และอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้หากมีลักษณะตามเกณฑ์คัดออก ดังนี้

- มารดาหรือทารกมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้
- เจ็บป่วย หรือต้องส่งตัวไปรักษาต่อ
- ทารกได้รับการเสริมนมผสม ในมารดาที่มีน้ำหนักน้อยและต้องการเสริมด้วยนมผสม
- มารดาที่ได้รับการรักษาด้วยยาใด ๆ ที่มีผลต่อระดับฮอร์โมนโปรแลคตินในเลือด เช่น ดอมเพอริโดน (domperidone), ไซเมทีดิน (cimetidine), รานิทิดีน (ranitidine), ฟาโมทีดิน (famotidine), นิซาทีดิน (nizatidine), ฮาโลเพอริดอล (haloperidol), ลิเทียม (lithium) และยาที่มีผลต่อการหลั่งน้ำนม เช่น ยาแก้ปวดในกลุ่มมอร์ฟีนได้แก่ มอร์ฟีน (morphine), เพทิดีน (pethidine) รวมถึงยาปฏิชีวนะ
- มารดาหลังคลอดที่มีประวัติต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษขณะตั้งครรภ์ เช่น มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์แฝด

- มารดาที่เคยผ่าตัดเต้านม หรือมีประสบการณ์เป็นเต้านมอักเสบมาก่อน
- มารดาที่ดื่มยาต้มสมุนไพรชนิดอื่นที่ไม่ใช่ยาต้มของโครงการวิจัย

3. กลุ่มการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.1 กลุ่มทดลอง เป็นมารดาหลังคลอดที่เข้ารับบริการยังโรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่นได้รับยาประสะน้ำมัน สูตรพ่อขาว เฝียบแหลม หมอพื้นบ้านแห่ง ต.ดงเค็ง อ.หนองสองห้อง จ.ขอนแก่น โดยผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนจะได้รับยาต้มสูตรพ่อขาว เฝียบแหลม ทันทีหลังคลอด ต่อมวันละ 4 ลิตร เป็นเวลา 10 วัน (2 วันแรกอยู่ในความดูแลของพยาบาลในโรงพยาบาล และรับยากลับไปกินต่อที่บ้านอีก 8 วัน) วิธีการตั้มาขณะอยู่ในความดูแลของพยาบาลในโรงพยาบาลใช้วิธีการดั้งเดิมที่โรงพยาบาลใช้จริงคือ ยา 1 ห่อ มีน้ำหนักยารวม 200 กรัม ต้มในน้ำเดือด (100 องศาเซลเซียส) ครั้งละ 3 ลิตร นาน 2 ชั่วโมง กรองน้ำต้มใส่ภาชนะขนาด 1 ลิตรไว้ ยา 1 ห่อจะใช้ต้ม 6 ครั้ง/วัน จึงเปลี่ยนห่อยาใหม่ในวันรุ่งขึ้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยกลับบ้านจะได้รับยาคนละ 1 ห่อ น้ำหนักรวม 200 กรัม ให้ใช้ต้มในน้ำเดือดครั้งละ 2 ลิตร โดยต้ม 2 ครั้งต่อวัน และต้มดื่มไปเรื่อย ๆ จากวันที่ 3 จนถึงวันที่ 10 หลังคลอด

ในตำรับยา 1 ห่อ ประกอบด้วยตัวยา ได้แก่ รากและเถาหน่ว (Uvaria rufa Blume) รากกล้วยเต่า (Polyalthia debilis (Pierre) Finet & Gagnep) รากหุ่ให้ (Erythroxylum cuneatum (Miq.) Kurz) เถากระพวงลาย (Celastrus paniculatus Willd.) รากเล็บเหยี่ยว (Ziziphus oenoplia (L.) Mill. var. oeno-

plia) ต้นมะหวด (Lepisanthes rubiginosa (Roxb.) Leenh.) ลำต้นตานกกด (Ellipanthus tomentosus Kurz) ลำต้นฝางแดง (Caesalpinia sappan L.) และส่วนเหนือดินของไผ่จืด (Pogonatherum crinitum (Thunb.) Kunth)

3.2 กลุ่มควบคุม เป็นมารดาหลังคลอดที่เข้ารับบริการยังโรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่นได้รับน้ำอุ่น วันละ 4 ลิตร เป็นเวลา 10 วัน (2 วันแรกอยู่ในความดูแลของพยาบาล และไปปฏิบัติต่อเองที่บ้านอีก 8 วัน)

4. การประเมินผล

4.1 ประเมินค่าคะแนนการมาน้ำนม

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินการมาน้ำนมทุก 3 ชั่วโมง โดยการบีบน้ำนมด้วยปลายนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้วางที่ขอบนอกลานหัวนม หรือห่างจากหัวนม 3 ซม. แล้วกดปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังอกแล้วบีบน้ำเข้าหากันเบาๆ เป็นจังหวะสลับลงไปตามหลังของลานหัวนม โดยกดบีบ/ปล่อย เป็นจังหวะ และห้ามรีดคั้นเต้านม กดหรือดึงหัวนม ทำการบีบเพื่อประเมินน้ำนมก่อนที่ทารกจะเข้าเต้าเพื่อดูนมทำการประเมินเป็นเวลา 48 ชั่วโมงหลังคลอด

จัดบันทึกเป็นระดับคะแนน 0-4 ตามปริมาณน้ำนมที่ไหลออกมาเมื่อบีบ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ ไม่มีน้ำนมออกมาเลย คะแนนเท่ากับ 0 มีน้ำนมไหลซึมแต่ไม่เป็นหยดออกมา คะแนนเท่ากับ 1 มีน้ำนมไหลออกมา 1-2 หยด คะแนนเท่ากับ 2 มีน้ำนมไหลออกมา 3-4 หยด คะแนนเท่ากับ 3 และ เมื่อมีน้ำนมไหลออกมา 5 หยดขึ้นไปหรือไหลพุ่ง คะแนนเท่ากับ 4 ทั้งนี้ได้ฝึกวิธีการบีบน้ำนมและการสังเกตลักษณะหยดน้ำนมที่ไหลออกมาเพื่อให้ผู้ประเมินมีมาตรฐานในการให้คะแนนเป็นแนวทางเดียวกันทั้งสองโรงพยาบาล

4.2 ประเมินปริมาณน้ำมัน

หลังคลอดในชั่วโมงที่ 12 ชั่วโมงที่ 24 ชั่วโมงที่ 36 และชั่วโมงที่ 48 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการวัดปริมาตรน้ำมันโดยตรงจากการปั้มน้ำมันโดยดูปริมาณน้ำมันที่ผลิตได้ใน 1 ชั่วโมง ใช้เครื่องปั้มนมยี่ห้อสเปคตรา รุ่นเอส 2 (Spectra S2) ที่แรงดันในการปั้ม 170 มิลลิเมตรปรอท เริ่มจากการปั้มน้ำมันออกจากเต้านมมารดาจนหมดทั้ง 2 เต้า แล้วทิ้งเวลาไว้ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นจึงปั้มน้ำมันจากทั้ง 2 เต้า เต้าละ 15 นาที บันทึกปริมาตรรวมของน้ำมันที่ปั้มได้ ประเมินทุก ๆ 12 ชั่วโมง จนครบ 48 ชั่วโมง

4.3 การวัดระดับยดนมดลูก

คลำและวัดระดับยดนมดลูกบันทึกเป็นเซนติเมตร วัดจากยอดมดลูกถึงรอยต่อกระดูกหัวไหล่ด้วยสายวัด ในชั่วโมงที่ 2 ชั่วโมงที่ 24 หลังคลอด ชั่วโมงที่ 48 วันที่ 5 วันที่ 7 และ วันที่ 14 หลังคลอด โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีการปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน

4.4 การประเมินน้ำคาวปลา

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการฝึกวิธีการประเมินในแบบบันทึกที่สร้างขึ้นให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยการสังเกตลักษณะน้ำคาวปลาด้วยตนเอง พิจารณาจากสี ปริมาณ ที่ปรากฏให้เห็นบนผ้าอนามัย ให้ประเมินทุกครั้งที่เปลี่ยนผ้าอนามัย และประเมินทุกวันเป็นเวลา 14 วัน ตามแบบประเมินมาตรฐานและคำชี้แจงวิธีการประเมิน และนำแบบประเมินคืนนักวิจัยในวันนัดตรวจหลังคลอดวันที่ 15

ค่าคะแนนปริมาณน้ำคาวปลาแต่ละวัน คือผลรวมของคะแนนปริมาณน้ำคาวปลาบนผ้าอนามัยแต่ละแผ่นใน 1 วันของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย โดยมีเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้ ถ้าน้ำคาวปลาเต็มแผ่นผ้าอนามัย มีระดับคะแนนเป็น 4 น้ำคาวปลาอ่อนแผ่นผ้า

อนามัย มีระดับคะแนนเป็น 3 น้ำคาวปลาน้อยลงเหลือเป็นดวงตรงกลางแผ่นผ้าอนามัย มีระดับคะแนนเป็น 2 และ ถ้าน้ำคาวปลาน้อยลงมากเห็นรอยบนผ้าอนามัยเล็กน้อย มีระดับคะแนนเป็น 1 นำระดับคะแนนดังกล่าวมานี้คูณด้วยจำนวนแผ่นผ้าอนามัยที่มีลักษณะดังกล่าวในแต่ละวันแล้วนำมารวมกันเป็นค่าคะแนนน้ำคาวปลาในแต่ละวัน

ด้านการประเมินสีของน้ำคาวปลา ผู้เข้าร่วมวิจัยจะบันทึกสีของน้ำคาวปลาโดยเทียบกับแถบสีตัวอย่างในแบบบันทึก โดยทำการประเมินทุกครั้งที่ทำกาเปลี่ยนผ้าอนามัยเป็นรายวัน

4.5 การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ผู้เข้าร่วมวิจัยและทารกจะได้รับการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในวันที่ 1, 2, 5, 7 และ วันที่ 14 โดยวิธีการสอบถามอาการจากผู้เข้าร่วมวิจัย อาทิ ท้องผูก ท้องเสีย ปวดหัว ผื่นแดง และอาการอื่นๆ ที่ผิดปกติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้สถิติร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกตาม อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และจำนวนของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ระดับการศึกษาและช่วงรายได้ต่อเดือน

5.2 ข้อมูลที่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน เช่น ปริมาณน้ำมันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent *t*-test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มเดียวกันแต่ต่างเวลา เช่น ปริมาณของน้ำมันในหญิงหลังคลอดคนเดียวกันที่เวลาต่างๆ ใช้สถิติ Paired *t*-test สำหรับการหาความ

สัมพันธ์ของสัดส่วน เช่น สัดส่วนของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีค่าคะแนนการมานอนน้ำมสูงต่อคะแนนต่ำ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square test โดยทุกการเปรียบเทียบกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2561

ถึง พฤษภาคม 2562 ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยหญิงหลังคลอดที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง จ.ขอนแก่น จำนวน 36 คน และ โรงพยาบาลเวียงน้อย จ.ขอนแก่น จำนวน 36 คน โดยข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในประเด็นเรื่องอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร (demographic data)

ด้าน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p -value
จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย (n)	36	36	
อายุ (ปี) (Mean $\pm$ S.D.)	20.00 $\pm$ 3.52	20.08 $\pm$ 4.93	0.724*
น้ำหนัก (กิโลกรัม) (Mean $\pm$ S.D.)	63.00 $\pm$ 11.36	62.07 $\pm$ 14.23	0.597*
ส่วนสูง (เซนติเมตร) (Mean $\pm$ S.D.)	158.43 $\pm$ 5.76	158.56 $\pm$ 5.46	0.982*
ระดับการศึกษา (n)			0.514**
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	2	3	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	33	33	
รายได้ต่อเดือน [†] (บาท) (n)			0.908**
< 5000	10	9	
5000-10000	14	16	
> 10000	9	11	

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

* ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t -test

** ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square

[†] ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองไม่ให้ข้อมูลด้านระดับการศึกษา 1 คน และรายได้ต่อเดือน 3 คน

ผลการประเมินด้านค่าคะแนนการมานอนน้ำมพบว่า ตั้งแต่ชั่วโมงที่ 3 - ชั่วโมงที่ 36 กลุ่มทดลอง มีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีค่าคะแนนการมานอนน้ำมเข้าถึงระดับคะแนน 4 สะสมในทุก ๆ 3 ชั่วโมง มากกว่า

กลุ่มควบคุม และเมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Pearson Chi-Square พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ตั้งแต่ชั่วโมงที่ 3 จนถึงชั่วโมงที่ 36

ตารางที่ 2 จำนวนสะสมของผู้เข้าร่วมวิจัย (คน) ที่มีคะแนนการมาของน้ำนมระดับ 4 ในทุก ๆ 3 ชั่วโมงหลังคลอด

หลังคลอดชั่วโมงที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	จำนวนรวม	p-value*
3	9	0	9	0.002
6	9	1	10	0.006
9	13	1	14	0.000
12	17	1	18	0.000
15	17	1	18	0.000
18	17	1	18	0.000
21	18	3	21	0.000
24	18	3	21	0.000
27	18	6	24	0.003
30	20	9	29	0.008
33	22	11	33	0.009
36	24	13	37	0.009
39	25	20	45	0.224
42	26	21	47	0.216
45	26	24	50	0.609
48	28	30	58	0.551

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

* ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square

ผลการประเมินด้านปริมาณน้ำนม พบว่าใน ชั่วโมงที่ 48 หลังคลอดปริมาณน้ำนมเฉลี่ยที่สร้างได้ ภายใน 1 ชั่วโมงของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 16.48 ± 15.37 มิลลิลิตร และ 10.06 ± 9.31 มิลลิลิตร ตามลำดับ ซึ่งปริมาณน้ำนมเฉลี่ย

ที่สร้างได้ภายใน 1 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ปริมาณน้ำนมเฉลี่ยที่สร้างได้ภายใน 1 ชั่วโมงของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ชั่วโมงที่ 12, 24 และ 36

ตารางที่ 3 ปริมาณน้ำนมเฉลี่ย (มิลลิลิตร) ที่สร้างได้ภายใน 1 ชั่วโมง ที่ชั่วโมงที่ 12 ถึงชั่วโมงที่ 48 หลังคลอด

หลังคลอด ชั่วโมงที่	กลุ่มทดลอง (n = 36)	กลุ่มควบคุม (n = 36)	Mean diff. $\pm$ S.D.	95% CI	p-value*
12	0.88 ± 1.87	1.72 ± 5.30	-0.84 ± 0.94	-2.707 to 1.029	0.374
24	2.53 ± 4.20	1.89 ± 3.17	0.64 ± 0.88	-1.106 to 2.389	0.466
36	5.84 ± 7.26	7.17 ± 13.98	-1.29 ± 2.62	-6.526 to 3.943	0.624
48	16.48 ± 15.37	10.06 ± 9.31	6.41 ± 2.99	0.416 to 12.406	0.037

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

* ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการประเมินด้านระดับยอตมตลูก ระดับยอตมตลูกในชั่วโมงที่ 2, 24, 48, วันที่ 5 และ วันที่ 7 ของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าในวันที่ 14 หลังคลอดกลุ่มทดลองระดับยอตมตลูกลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลอง 8 ราย และผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุม 1 ราย ไม่มารับการประเมินในวันดังกล่าว ค่าระดับยอตมตลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับยอตมตลูก (เซนติเมตร) ของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเวลาต่าง ๆ

หลังคลอด	กลุ่มทดลอง (n = 36)	กลุ่มควบคุม (n = 36)	Mean diff. $\pm$ S.D.	95% CI	p-value*
2 ชั่วโมง	15.85 $\pm$ 2.08	15.89 $\pm$ 2.07	-0.04 $\pm$ 0.49	-1.017 to 0.934	0.932
24 ชั่วโมง	14.04 $\pm$ 2.44	14.00 $\pm$ 1.96	0.04 $\pm$ 0.52	-1.003 to 1.089	0.935
48 ชั่วโมง	12.55 $\pm$ 2.25	12.34 $\pm$ 2.51	0.21 $\pm$ 0.56	-0.909 to 1.331	0.708
วันที่ 5	9.99 $\pm$ 3.64	9.58 $\pm$ 3.12	0.41 $\pm$ 0.80	-1.197 to 2.008	0.616
วันที่ 7	6.86 $\pm$ 4.34	7.57 $\pm$ 3.41	-0.71 $\pm$ 0.93	-2.569 to 1.152	0.450
วันที่ 14 [†]	1.50 $\pm$ 2.52	3.97 $\pm$ 3.88	-2.47 $\pm$ 0.81	-4.092 to -0.851	0.003

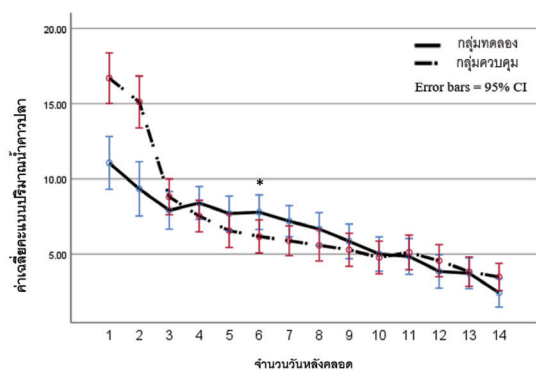
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

*ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

[†]มีผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลอง 8 ราย และผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุม 1 ราย ไม่มารับการประเมิน

ผลการประเมินปริมาณและลักษณะน้ำคาวปลา พบว่าใน 14 วันแรกหลังคลอดทั้งสองกลุ่มมีปริมาณน้ำคาวปลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilks' lamda = 0.131, $F(13, 55) = 28.088$, $p < 0.05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มแล้วพบว่าคะแนนปริมาณน้ำคาวปลาเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในภาพที่ 1

สำหรับลักษณะของน้ำคาวปลา พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่น้ำคาวปลาเปลี่ยนสีจากสีแดงสดเป็นสีเหลืองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น 10.82 ± 3.35 และ 11.46 ± 3.29 วันตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทั้งนี้ในวันที่ 14 มีผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลอง 8 ราย และผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุม 1 ราย ไม่มารับการประเมิน



ภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณน้ำคาวปลาของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วง 14 วันแรกหลังคลอด

ผลการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเห็นได้ว่ายาประสน้ำนม “ตำรับพ่อขาว เฌียบแหลม” สามารถกระตุ้นการมาของน้ำนมให้เร็วขึ้นได้โดยจะเห็นได้จากผลค่าคะแนนการมาของน้ำนมที่ชั่วโมงที่ 3 ถึงชั่วโมงที่ 36 ของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับยาประสน้ำนม ที่มีค่าคะแนนการมาของน้ำนมเข้าถึงระดับคะแนน 4 มากกว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ยาประสน้ำนมช่วยให้มารดาหลังคลอดเริ่มผลิตน้ำนมได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมใน 36 ชั่วโมงแรก ประสิทธิภาพของยาตำรับนี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นถึงความสำคัญของการให้ทารกได้รับนมแม่เร็วที่สุด เนื่องจากมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ว่าปริมาณโปรตีนและภูมิคุ้มกันที่ในน้ำนมแม่จะลดลงอย่างรวดเร็วหลังคลอด กล่าวคือ ความเข้มข้นสูงสุดในวันแรก ลดลงครึ่งหนึ่งในวันที่สอง และค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ ในแต่ละวัน^[10-11] นอกจากนี้กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับยาประสน้ำนมฯ ยังมีปริมาณน้ำนมที่ผลิตได้ภายใน 1 ชั่วโมงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ในชั่วโมงที่ 48 หลังคลอด การกระตุ้นการมาของน้ำนมและการเพิ่มการสร้างน้ำนมในผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองได้ภายใน 48 ชั่วโมงนี้ จะช่วยลดปัญหาปริมาณน้ำนมมาไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก

การกระตุ้นการมาของน้ำนมและการเพิ่มปริมาณการสร้างน้ำนมในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับยาประสน้ำนม “ตำรับพ่อขาว เฌียบแหลม” นี้ อาจสัมพันธ์กับองค์ประกอบในตำรับยา ซึ่งในตำรับยานี้มีเครื่องยา 9 ชนิดเป็นองค์ประกอบ โดยมีเครื่องยาซึ่งหมอยาอีสานใช้เป็นยากระตุ้นน้ำนมมาแต่โบราณ ถึง 3 ชนิด ได้แก่ เกณมวัว (*Uvaria rufa* Blume วงศ์

Annonaceae), รากตับเต่าน้อย (*Polyalthia debilis* (Pierre) Finet & Gagnep วงศ์ Annonaceae), รากฮุ้นโฮ้ (*Erythroxylum cuneatum* (Miq.) Kurz วงศ์ Erythroxylaceae) ในทางการแพทย์พื้นบ้าน ใช้เนื้อไม้และรากนมวัว (*Uvaria rufa* Blume วงศ์ Annonaceae) ต้มกินเป็นยาแก้ไข้กลับ ไข้ซ้ำ แก้การกินของแสลงเป็นพิษ แพทย์พื้นบ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้รากและเนื้อไม้ต้มกินแก้โรคผอมแห้งในสตรีที่คลอดบุตร และบำรุงน้ำนมให้มีน้ำนมมาก^[12] ส่วนรากตับเต่าน้อย (*Polyalthia debilis* (Pierre) Finet & Gagnep) นั้น แพทย์พื้นบ้านใช้ฝนหรือต้มกินเป็นยาดับพิษทั้งปวง แก้กัวร้อน ว่าดับพิษตานทรางในเด็กได้ดีนัก^[12] ในยาอีสานใช้พืชที่อยู่สกุลเดียวกับตับเต่าน้อยเป็นยาเรียกน้ำนม มีบันทึกในตำรายาอีสานว่าใช้รากน้ำเต้าแล้ง (*Polyalthia evecta* (Pierre) Finet & Gagnep) และรากฮุ้นโฮ้ (*Erythroxylum cuneatum* (Miq.) Kurz) อย่างละเท่ากันต้มกินให้มีน้ำนม^[8]

แม้ว่าเครื่องยาทั้ง 3 ชนิดนี้ยังไม่มีการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่อการกระตุ้นการสร้างน้ำนมโดยตรง แต่มีการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่มีความสัมพันธ์ต่อการหลั่งน้ำนมในเชิงทฤษฎีอยู่บ้าง ได้มีการศึกษาฤทธิ์ต้านเอนไซม์ 5 แอลฟา-รีดักเทส (5 α -reductase) ของสารสกัดจากเถานมวัว (*Uvaria rufa* Blume) ในหลอดทดลอง พบว่าสารสกัดด้วยน้ำนั้นมีการแสดงฤทธิ์ได้ค่อนข้างดี โดยมีค่าการยับยั้งเอนไซม์ 5 แอลฟา-รีดักเทสที่ IC_{50} $45.27 \pm 1.66 \mu\text{g/ml}$ และสารสกัดที่แสดงฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่ดีที่สุดคือสารสกัดด้วยเอทิลเอซิเตท ซึ่งมีค่า IC_{50} $33.81 \pm 1.36 \mu\text{g/ml}$ ^[13] และยังแสดงผลในการลดขนาดต่อมลูกหมากและระดับฮอร์โมนเพศผู้ในหนูทดลองได้ดี^[13] การที่สารสกัดของเถานมวัว แสดงฤทธิ์ในการต้านเอนไซม์ 5 แอลฟา-รีดักเทสในการศึกษาดังกล่าว แม้

จะทำการศึกษาในหนูเพศผู้และมีวัตถุประสงค์ในการดูขนาดต่อมลูกหมากและระดับฮอร์โมนเพศผู้ แต่ผลของการแสดงฤทธิ์ดังกล่าวอาจส่งผลในเพศเมียได้เช่นกัน เนื่องจาก 5แอลฟา-รีดักเทส นั้นมีผลต่อการเมแทบอลิซึมของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ให้กลายเป็นไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน [dihydrotestosterone (DHT)] ในทางทฤษฎีเมื่อ 5แอลฟา-รีดักเทส ถูกยับยั้งจะทำให้ปริมาณของเทสโทสเตอโรนสูงขึ้นเป็นสารตั้งต้นทำให้เกิดการสร้างเอสตราไดอล (estradiol) สูงขึ้นตามไปด้วย ในประเด็นนี้ได้มีการศึกษาผลของการใช้ยาฟินาสเทอไรด์ (finasteride) ซึ่งเป็นยาต้านเอนไซม์ 5แอลฟา-รีดักเทส พบว่าสตรีที่ได้รับยาฟินาสเทอไรด์ขนาด 5 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน มีระดับเอสตราไดอลในเลือดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^[14] ยังมีการศึกษาผลของการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือนและตรวจวัดระดับฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) พบว่าการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในขนาด 0.320, 0.624 และ 1.25 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 21 วัน จะส่งผลให้ระดับโพรแลคตินสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 5.3 ± 1.4 นาโนกรัม/มิลลิลิตร เป็น 12.6 ± 7.1 นาโนกรัม/มิลลิลิตร^[15] ซึ่งในระหว่างการตั้งครรภ์นั้นระดับเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนในเลือดของหญิงตั้งครรภ์จะอยู่ในระดับสูง โดยเอสโตรเจนทำให้เกิดการพัฒนาของเนื้อเยื่อเต้านมเตรียมพร้อมสำหรับการให้นมหลังคลอดในระหว่างนี้ฮอร์โมนโพรแลคตินจะถูกยับยั้งไม่ให้มีการหลั่งออกมาโดยโพรเจสเตอโรนและเมื่อคลอดแล้วระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนจะลดต่ำลงอย่างรวดเร็วการยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินก็จะยุติลงและเมื่อถูกกระตุ้นด้วยการดูดของทารกน้ำนมก็จะหลั่ง^[16] แต่อย่างไร

ก็ตามยังคงต้องมีปริมาณของเอสโตรเจนในกระแสเลือดที่เพียงพอเพื่อให้มีการหลั่งน้ำนมได้เป็นปกติ^[17]

ได้มีการศึกษาผลของเอสโตรเจนต่อปริมาณโพรแลคตินที่น่าสนใจในหนูทดลองที่ถูกตัดรังไข่ พบว่าเมื่อฉีดเอสโตรเจนในรูปแบบของเอสตราไดอลเบนโซเอต (estradiol benzoate) ขนาดต่าง ๆ วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลานาน 6 วัน หนูทดลองที่ถูกตัดรังไข่ที่ได้รับเอสโตรเจนในขนาด 0.1, 1.0, 5.0 ไมโครกรัม ซึ่งเป็นเอสโตรเจนในระดับต่ำ จะมีระดับโพรแลคตินในเลือดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญถึง 2, 3 และ 10 เท่าตามลำดับ ในขณะที่หนูทดลองที่ได้รับเอสโตรเจนขนาดสูงที่ 10-500 ไมโครกรัมกลับมีการเพิ่มขึ้นของโพรแลคตินเพียงเล็กน้อยเท่านั้น^[18] สำหรับการทดลองในมนุษย์นั้นมีการศึกษาในกลุ่มชายที่แปลงเพศเป็นหญิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเอสโตรเจนเสริมจะมีระดับเอสโตรเจนในเลือดสูงถึง 10,000 พิโคกรัม/มิลลิลิตร มีระดับโพรแลคตินเพิ่มขึ้นได้ถึง 3-4 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[19] การกระตุ้นการหลั่งน้ำนมด้วยเอสโตรเจนในปริมาณที่เหมาะสมนี้ถูกนำมาใช้ในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในวันนมด้วย^[20] กลไกการทำงานของฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกายนั้นมีความซับซ้อนค่อนข้างมาก แต่จากหลักฐานการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวมาอาจเกี่ยวข้องกับการแสดงฤทธิ์กระตุ้นน้ำนมของเถานมวัวที่แพทย์พื้นบ้านอีสานได้นำมาใช้ในการรับประทานน้ำนมต่าง ๆ

สำหรับผลของยาประสะน้ำนม “ตำรับพ่อชาวเฉียบแหลม” ต่อระดับยอดมดลูกนั้นในช่วงแรกไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่มาพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในวันที่ 14 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับยาจะมีระดับยอดมดลูกที่ 1.50 ± 2.52 เซนติเมตร และกลุ่มควบคุมมีระดับยอดมดลูกที่

3.97 ± 3.88 เซนติเมตร โดยปกติมดลูกจะกลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิมหรือเรียกว่า “มดลูกเข้าอู่” (involution of uterus) ภายใน 3 สัปดาห์^[21] จะเห็นได้ว่ายาประสะนํ้านม “ตำรับพ่อชาว เขียบแหลม” ช่วยให้ระดับยอดมดลูกลดต่ำลงใกล้คล้ำไม่พบ ซึ่งเป็นผลดีต่อมารดาหลังคลอด

ผลของตำรับยาประสะนํ้านม “ตำรับพ่อชาว เขียบแหลม” ที่มีต่อระดับยอดมดลูกนั้น อาจเกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของเครื่องยาในตำรับที่มีการนำมาใช้ในการแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่นต่างๆ ได้แก่ เกา นมวัว (*Uvaria rufa* Blume) ที่แพทย์พื้นบ้านประเทศฟิลิปปินส์ใช้รากดองเหล้าให้แม่กินเพื่อช่วยคลอด และกระตุ้นการบีบตัวของมดลูก^[22] เถากระพวงลาย (*Celastrus paniculatus* Willd.) ที่สรรพคุณยาไทยว่าใช้เถาเป็นยาแก้ไข้มาลาเรีย แก้วذنโรค ผลใช้แก้ลมจุกเสียด แก้พิษงู บำรุงโลหิต ใบใช้แก้โรคบิด ทอนพิษฝิ่น เมล็ดใช้พอกหรือกินแก้ปวดกล้ามเนื้อและข้อ นํ้ามันในเมล็ดใช้แก้โรคเหน็บชาและใช้เป็นยาขับเหงื่อ^[23] และมีการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาว่ากระพวงลายสามารถลดการอักเสบ ลดอาการปวด และช่วยสมานแผลได้ดี^[24] อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาในอนาคตถึงกลไกหรือสสมุนไพรรชนิดใดที่ทำให้มีผลต่อระดับมดลูก

ในการศึกษาครั้งนี้มีความจำเป็นที่จะต้องทำวิจัยโดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ต่างโรงพยาบาลกัน เนื่องจากการใช้ยาประสะนํ้านมตำรับนี้ถูกใช้เป็นมาตรฐานในมารดาหลังคลอดที่มารับบริการยังโรงพยาบาลหนองสองห้องมานานแล้วอีกทั้งยาตำรับนี้มีสี กลิ่น รส อันเป็นเอกลักษณ์และอยู่ในรูปแบบยาต้ม ทำให้ยากต่อการออกแบบยาหลอก เมื่อต้องทำการศึกษาโดยแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปอยู่ต่างโรงพยาบาลกันจึงอาจมีผลต่อการประเมิน

ให้คะแนนการมาของนํ้านมของมารดาหลังคลอด แม้ว่าการประเมินการให้คะแนนนี้จะมีการฝึกทักษะการบีบนํ้านมและการสังเกตจำนวนหยดนํ้านมเพื่อให้คะแนนให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งสองโรงพยาบาลแล้วก็ตาม ก็อาจมีความแตกต่างกันบ้างในเชิงแรงของการบีบนํ้านมในแต่ละครั้งที่ประเมิน รวมถึงการตัดสินใจให้คะแนนจากการสังเกตจำนวนหยดนํ้านมในแต่ละครั้งที่ประเมินด้วย เพราะผู้ประเมินนั้นทราบว่ามีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ตนกำลังประเมินนั้นได้รับยาหรือไม่ได้รับยาสมุนไพร รวมถึงการประเมินระดับยอดมดลูกที่แม้ว่าจะมีมาตรฐานการวัดและใช้สายวัดที่มีมาตรฐานเดียวกันแล้วก็ตาม หากจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตควรทำเป็นการศึกษาแบบปกปิดสองฝ่าย (double-blinded trials) และทำการศึกษาในโรงพยาบาลเดียวกันหรือมีผู้ประเมินร่วมกันของทั้งกลุ่มได้รับยาและไม่ได้รับยา กรณียาประสะนํ้านม “ตำรับพ่อชาว เขียบแหลม” นี้ อาจเปลี่ยนรูปแบบยาจากยานํ้าเป็นยาผงบรรจุแคปซูลและกำหนดขนาดยาให้เทียบเท่ากับการใช้ยาในรูปแบบยาต้มดั้งเดิม ซึ่งการเปลี่ยนรูปแบบยานี้ต้องมีการศึกษาความเทียบเท่าของยาในรูปแบบใหม่กับยาในรูปแบบดั้งเดิมเพิ่มเติม หากทำได้แล้วจะสามารถใช้ยาตำรับนี้ในรูปแบบใหม่ (ยาแคปซูลหรือยาเม็ด) และสามารถผลิตยาหลอกเพื่อนํามาเข้าสู่กระบวนการวิจัยในรูปแบบปกปิดสองฝ่ายได้ การศึกษาครั้งนี้ช่วง 48 ชั่วโมงหลังคลอดผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลได้รับการปฏิบัติในแบบเดียวกันทั้งเรื่องโภชนาการและการดูแลอื่นๆ ตามมาตรฐานปกติที่มารดาหลังคลอดจะได้รับ หลังจาก 48 ชั่วโมงไปแล้วผู้เข้าร่วมวิจัยกลับบ้านจะมีปัจจัยด้านการปฏิบัติตัวและโภชนาการซึ่งเป็นตัวแปรที่ควบคุมไม่ได้ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาด้านระดับยอดมดลูก ปริมาณและลักษณะนํ้าคาวปลา

ที่มีการประเมินในวันที่ 5, 7 และ 14 หากจะลดผลกระทบจากตัวแปรที่ควบคุมไม่ได้นี้อาจต้องออกแบบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในความดูแลของโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาวิจัย อีกทั้งการประเมินที่เกี่ยวกับปริมาณและลักษณะน้ำคาวปลาเป็นการประเมินโดยผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนแม้ว่าจะมีการฝึกการประเมินให้เป็นมาตรฐานเดียวกันรวมถึงการออกแบบแบบประเมินที่มีภาพตัวอย่างไว้เป็นมาตรฐานในการประเมินแล้วก็ตามก็อาจมีความแตกต่างกันบ้างในการตัดสินใจคะแนนของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน

อย่างไรก็ตามการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยการใช้ยาประสะน้ำมัน “ตำรับพ่อขาว เฌียบแหลม” ซึ่งเป็นตำรับยาที่ใช้มายาวนานตามแนวทางการแพทย์พื้นบ้านอีสานนี้ สามารถนำมาใช้ร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดในทางคลินิกได้ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาขององค์ประกอบในตำรับยาและยาทั้งตำรับ เพื่อจะได้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อฤทธิ์ของยาทางคลินิกเพื่อพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านนี้ให้เป็นที่ยอมรับในวงกว้างต่อไป

ข้อสรุป

ยาประสะน้ำมัน “ตำรับพ่อขาว เฌียบแหลม” ช่วยการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดเกิดได้ดีภายใน 48 ชั่วโมง และทำให้มดลูกเข้าอู่ได้ดีภายใน 14 วันหลังคลอดและจากการศึกษาไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประสะน้ำมัน “ตำรับพ่อขาว เฌียบแหลม” ในมารดาหลังคลอด และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ต่อทารกของมารดาหลังคลอดที่ได้รับยานี้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการและ

บุคลากรโรงพยาบาลหนองสองห้อง และโรงพยาบาลเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความเอื้อเฟื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการศึกษาและรวบรวมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านด้านการดูแลหญิงหลังคลอด กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

References

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; c2021 [cited 2021 Aug 9]. Breastfeeding; [about 3 screens]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>
2. Walsh D. A review of evidence around postnatal care and breastfeeding. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2011; 21(12):346-50.
3. Hale TW, Kendall-Tackett K. Domperidone versus metoclopramide: Self-reported side effects in a large sample of breastfeeding mothers who used these medications to increase milk production. *Clinical Lactation.* 2018;9(1):10-7.
4. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); c2006-. Metoclopramide. [updated 2021 Jul 19; cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501352/>
5. Yanase Y. Utilization of galactogogues to induce lactation and increase breast milk production. *Obstetric and Gynaecological bulletin.* 2013;12(2):1-5. (in Thai)
6. Meepradit K. Effect of postpartum herbal of Kab Choen hospital, Surin province (thesis). Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2011. (in Thai)
7. Kwasan S. Effectiveness comparison of domperidone and galactagogue on breast milk production in postpartum women. *Nakhonphanom Hospital Journal.* 2014;1(2):55-64. (in Thai)
8. Pinthong P. Compilation of Isan ancient medicinal formulae. Ubon Ratchathani: Siritham Offset; 1992. (in Thai)
9. Paritakul P, Ruangrongmorakot K, Laosooksathit W, Suksamarnwong M, Puapornpong P. The effect of ginger on breast milk volume in the early postpartum period: A

- randomized, double-blind controlled trial. *Breastfeeding Medicine*. 2016;11:361-5. doi: 10.1089/bfm.2016.0073.
10. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 2005.
 11. Hibberd CM, Brooke OG, Carter ND, Haug M, Harzer G. Variation in the composition of breast milk during the first 5 weeks of lactation: implications for the feeding of preterm infants. *Arch Dis Child*. 1982;57:658-62.
 12. Phongboonrod S. Mai Thet Mueang Thai. Bangkok: Kasem Bannakij; 1979. (in Thai)
 13. Buncharoen W, Saenphet K, Saenphet S, Thitaram C. *Uvaria rufa* Blume attenuates benign prostatic hyperplasia via inhibiting 5 α -reductase and enhancing antioxidant status. *J Ethnopharmacol*. 2016;194:483-94.
 14. Bayram F, Mderris II, Gven M, Keletimur F. Comparison of high-dose finasteride (5 mg/day) versus low-dose finasteride (2.5 mg/day) in the treatment of hirsutism. *European Journal of Endocrinology*. 2002;147:467-71. Doi: 10.1530/eje.0.1470467.
 15. Fonseca ME, Cruz ML, Loustaunau E, Ochoa R, Hernandez M, Zrate A. Estrogen replacement therapy increases prolactin levels in postmenopausal women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. 1997;4(4):201-5.
 16. Voogt JL. Control of hormone release during lactation. *Clin Obstet Gynaecol*. 1978;5(2):435-55.
 17. Beesley RD, Johnson JV. The breast during pregnancy and lactation. *Glob. Libr. Women's med.*, (ISSN: 1756-2228). 2008. Doi: 10.3843/GLOWM.10305.
 18. Chen CL, Meites J. Effect of estrogen and progesterone on serum and pituitary prolactin levels in ovariectomized rats. *Endocrinology*. 1970;86(3):503-5. Doi: 10.1210/endo-86-3-503.
 19. Goh HH, Ratnam SS. Effect of estrogens on prolactin secretion in transsexual subjects. *Arch Sex Behav*. 1990;19:507-16. Doi: 10.1007/BF02442351.
 20. Narendran R, Hacker RR, Smith VG, Lun A. Hormonal induction of lactation: estrogen and progesterone in milk. *J Dairy Sci*. 1979;62:1069-75.
 21. Frei S, Kurmanavicius J, Zimmermann R, Mandach UV. Puerperal symphysis fundus distance: normal values. *J Perinat Med*. 2010;38:173-7.
 22. Macabeo APG, Tudla FA, Krohn K, Franzblau SG. Antitubercular activity of the semi-polar extractives of *Uvaria rufa*. *Asian Pac J Trop Med*. 2012;5(10):777-80.
 23. School of Thai traditional medicine, Wat Phra Che Tu Phon Wimon Mang Khla Ram. *Compilation of Thai herbal medicine indication (Vol. I)*. Bangkok: Bo-phith Printing; 1994. (in Thai)
 24. Bhanumathy M, Chandrasekar SB, Chandur U, Somasundaram T. Phyto-pharmacology of *Celastrus paniculatus*: An overview. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Drug Research*. 2010;2(3):176-81.