

# ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

บุชนารถ เขียนบุกุล วท.ม., สินจัย เขื่อนเพชร พย.บ., วรณวรา ตันท์กุลรัตน์ พย.บ., พรนภา เอี่ยมล่อ วท.ม.  
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230

## Abstract: Risk factors for Episiotomy Wound Infection of Parturients Delivered, Nopparatrajathanee Hospital

Kiennukul N, Khuangeped S, Tonkulrat W, Aiumlaor P  
Nopparat Rajathanee Hospital, Khwang Khanna Yao, Khet Khanna Yao, Bangkok, 10230  
(E-mail: nuchanard1@gmail.com)

(Received: November 26, 2018; Revised: February 27, 2019; Accepted: August 1, 2019)

This study was a retrospective case control design. The aim of this study was to investigate general information and risk factors for episiotomy wound Infection of parturients delivered in Nopparatrajathanee hospital. Data were collected from the medical records of Nopparatrajathanee hospital between October 1, 2014 and September 20, 2017. The subjects were 188 women. They were divided into two groups; 39 in a case group and 149 in a control group. Data were analyzed using Stata statistical software version 14. Descriptive statistics were performed to describe frequency, percentage, mean and standard deviation. Univariable Odds Ratio Regression and Multivariable Odds Ratio Regression reduced model were employed risk factors for episiotomy wound infection. Results showed that 39 (27%) women had episiotomy wound infection and 149 (79.3%) women were without episiotomy wound infection. The majority of participants were teenagers (79.8%; 150/188) and their education levels were primary school or lower (48.4%; 91/188). The majority of women with episiotomy wound infection group (61.5%; 24/39) were foreign nationals (Laos, Cambodia and Myanmar) and most of them (38.5%; 15/39) were Myanmar. The majority of women with normal perineum (66.4%; 99/149) were Thai people. Risk factors for episiotomy wound infection were 16.5 times greater in women with episiotomy (OR = 16.5, 95% CI = 2.2-125.8; *p*-value <0.001) and 3.4 times greater in foreign women (Laos, Cambodian and Myanmar) (OR = 3.4, 95% CI = 1.58-7.22; *p*-value = 0.001). In conclusion, episiotomy during vaginal birth and nationalities were risk factors for episiotomy wound infection of the deliveries in Nopparatrajathanee Hospital.

**Keywords:** Risk factor, Episiotomy wound infection

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective case-control design โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 188 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่มีแผลฝีเย็บอักเสบจำนวน 39 คน และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ไม่มีแผลฝีเย็บอักเสบจำนวน 149 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบโดยใช้สถิติ Univariable Odds Ratio Regression และ Multivariable Odds Ratio Regression แบบ reduced model ด้วยโปรแกรม STATA version 14 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้คลอดแผลฝีเย็บอักเสบมีจำนวน 39 คน (ร้อยละ 20.7) และกลุ่มผู้คลอดแผลฝีเย็บปกติจำนวน 149 คน (ร้อยละ 79.3) กลุ่มผู้คลอดทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นผู้คลอดวัยรุ่น (79.8%; 150/188) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (48.4%; 91/188) ซึ่งในกลุ่มแผลฝีเย็บอักเสบส่วนใหญ่พบเป็นชาวต่างชาติ (ลาว เขมร และพม่า) ร้อยละ 61.5 (24/39) ที่พบมากที่สุดเป็นชาวพม่าร้อยละ 38.5 (15/39) ส่วนกลุ่มผู้คลอดแผลฝีเย็บปกติส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 66.4 (99/149) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด ได้แก่ การตัดฝีเย็บ มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 16.5 เท่า (OR = 16.54, 95% CI = 2.2-125.8; *p*-value < 0.001) และชาวต่างชาติ มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 3.4 เท่า (OR = 3.4; 95% CI = 1.58-7.22; *p*-value = 0.001) สรุปการตัดฝีเย็บ และเชื้อชาติคือปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

**คำสำคัญ :** ปัจจัยเสี่ยง แผลฝีเย็บอักเสบ

### บทนำ

แผลฝีเย็บอักเสบจากการติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนของแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ ที่พบบ่อยที่สุดของวัยาะสืบพันธุ์ภายนอก<sup>1</sup> ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณแผลฝีเย็บจากการฉีกขาดเองหรือจากการตัดฝีเย็บในระยะคลอดเพื่อช่วยขยายช่องทางคลอดให้กว้างขึ้น<sup>2</sup> ส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งในระยะสั้น และระยะยาวโดยผลกระทบในระยะสั้นได้แก่ การสูญเสียเลือด<sup>3</sup> อาการเจ็บปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด<sup>4</sup> แผลฝีเย็บมีการติดเชื้อ มีก้อนเลือดคั่ง แผลฝีเย็บแยก และแผลหายช้าทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน<sup>5</sup> ซึ่งผู้คลอดต้องนอนโรงพยาบาลหลังคลอดนานขึ้น และจำเป็นต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น<sup>6</sup> ส่วนผลกระทบในระยะยาว คือปัญหาในการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีอาการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์<sup>7-8</sup> แผลฝีเย็บอาจเกิดจากการฉีกขาดได้เองขณะคลอด ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การฉีกขาดบริเวณผนังช่องคลอดด้านหน้า ด้านข้าง บริเวณแคม และคลิตอริส มีอัตราสูงถึงร้อยละ 78.5 เมื่อเทียบกับมารดาที่ตัดฝีเย็บ<sup>9</sup> และการฉีกขาดที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous laceration) นั้นยังเกิดแผลติดเชื้อได้ภายหลังจากเย็บแผลแล้ว<sup>10</sup> ผลกระทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปี ค.ศ. 2012 พบว่าการตัดฝีเย็บตามความจำเป็นเมื่อมีข้อบ่งชี้ (restrictive episiotomy) มีข้อดีมากกว่าการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร (routine episiotomy) ดังนั้นคือช่วยลดการบาดเจ็บของช่องทางคลอดส่วนหลังการบาดเจ็บของฝีเย็บระดับรุนแรง ลดการเย็บซ่อมแซมรวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนจากการตัดฝีเย็บ<sup>11</sup> จากการวิจัยที่ผ่านมาในประเทศแถบทวีปยุโรปและอเมริกาพบการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บร้อยละ 0.1-23.7<sup>4,7,10,12,13</sup> สำหรับในประเทศไทย

พบการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บร้อยละ 0.2-3.96<sup>9,14</sup> โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ ได้แก่ การเสียเลือดมาก การซ่อมแซมฝีเย็บเป็นเวลานาน<sup>10</sup> อายุครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น<sup>14</sup> ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกเนิ่นนาน การใช้สูติศาสตร์หัตถการ<sup>15</sup> การฉีกขาดของฝีเย็บระดับรุนแรงระดับที่ 3-4<sup>12-13</sup> เป็นต้น นอกจากนี้การตัดฝีเย็บแบบแนวกลางเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อจากการฉีกขาดของแผลระดับ 3 และ 4<sup>16</sup> และสัมพันธ์ต่อการฉีกขาดบริเวณหูรูดทวารหนักของมารดาครรภ์แรก และครรภ์หลังเมื่อเทียบกับการตัดฝีเย็บแบบแนวเฉียงกลาง<sup>17</sup> เนื่องจากแผลฝีเย็บบริเวณใกล้รูเปิดทวารหนัก และรูเปิดท่อน้ำนมจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการปนเปื้อนอุจจาระ และปัสสาวะทำให้แผลฝีเย็บอักเสบได้โดยเฉพาะถ้ามารดามีภาวะโรคเบาหวาน<sup>18</sup> นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงการฉีกขาดแผลระดับ 3 และ 4 ที่สำคัญคือการช่วยคลอดด้วยคีม จะมีความเสี่ยงมากกว่าเครื่องดูดสุญญากาศ<sup>19</sup> การคลอดครรภ์แรก มารดาอายุมาก น้ำหนักทารกแรกคลอด (>4,000กรัม) อายุครรภ์มาก ระยะที่ 2 ของการคลอดนานกว่า 1 ชั่วโมง ท่าคลอด Occipitoposterior position เป็นต้น<sup>16,20-21</sup> รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือด ภาวะโภชนาการ<sup>18</sup> เศรษฐฐานะยากจน ภาวะอ้วน ภาวะช่องคลอด หรือปากมดลูกเคยอักเสบมาก่อน<sup>22</sup>

โรงพยาบาลพรตวรรษานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตั้งอยู่ฝั่งตะวันออกของกรุงเทพมหานครขนาด 572 เตียง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ ให้บริการคลอดบุตรทางช่องคลอดรวมทั้งผู้คลอดที่เป็นชาวต่างชาติโดยเฉลี่ยปีละประมาณ 4,250 รายต่อปี<sup>23</sup> สถิติการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบของโรงพยาบาลพรตวรรษานีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2559 พบร้อยละ 0.2, 0.3 และ 0.2 โดยเป็นผู้คลอดชาวต่างชาติ เช่น ชาวพม่า พบว่ามีแผลฝีเย็บอักเสบร้อยละ 44.4 (4/9ราย), 50.0 (6/12ราย) และ 88.9 (8/9ราย)<sup>24</sup> ในปี พ.ศ. 2557 - 2559 ตามลำดับ ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องนำไปพัฒนางานสูติกรรมด้านการคลอด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบรุนแรงต่อมารดาหลังคลอดไม่ว่าจะเป็นการทำให้อายุสั้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เสียเวลาอนริรักษาดัวในโรงพยาบาลนานขึ้น มีผลกระทบต่อจิตใจ และความพึงพอใจในคุณภาพบริการรวมทั้งโรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ ซึ่งโรงพยาบาลพรตวรรษานียังไม่เคยมีการศึกษาวิจัย

ด้านปัจจัยเสี่ยงของแผลฝีเย็บมาก่อน ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้คลอดที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลพรตวรรษานี และบุคลากรตลอดจนโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อใช้ในการป้องกันการเฝ้าระวัง สร้างความตระหนัก ช่วยเตรียมความพร้อมในการวางแผนการคลอดรวมทั้งการพัฒนางานด้านสูติกรรม เพื่อไม่ให้เกิดการอักเสบของฝีเย็บในมารดาหลังคลอดต่อไป

## วัตถุประสงค์

รูปแบบการศึกษาคือ Retrospective case-control design เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพรตวรรษานีระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลพรตวรรษานี และได้รับการเย็บแผลฝีเย็บ เกณฑ์การคัดออกคือผู้คลอดที่ได้รับการคลอดบุตรและย้ายมาจากโรงพยาบาลอื่น หรือคลอดบุตรจากที่บ้านรวมทั้งจากสถานที่อื่นๆ ก่อนมาโรงพยาบาลพรตวรรษานีรวมทั้งคลอดทางช่องคลอดแต่ไม่ได้รับการเย็บแผลฝีเย็บ การศึกษาได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยโรงพยาบาลพรตวรรษานี

กลุ่มตัวอย่าง 188 รายได้จากการประมาณขนาดศึกษาโดยการสุ่มเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2559 ด้วยสัดส่วนของลักษณะแผลฝีเย็บฉีกขาดเองในกลุ่ม Case หรือกลุ่มที่แผลฝีเย็บมีการอักเสบ (ร้อยละ 20.7) และสัดส่วนของลักษณะแผลฝีเย็บฉีกขาดเองในกลุ่ม Control หรือกลุ่มที่แผลฝีเย็บไม่มีการอักเสบ (ร้อยละ 79.3) โดยกำหนดให้อำนาจการทดสอบ ร้อยละ 90 alpha = 0.05 (ทดสอบสองทาง) สัดส่วน Case ต่อ Control เป็น 1 : 4 ได้กลุ่ม Case = 24 ราย Control = 92 ราย และจากการประมาณขนาดศึกษาด้วยสัดส่วนของการมีแผลฉีกขาดระดับ 3 - 4 ในกลุ่ม Case (ร้อยละ 25.0) และสัดส่วนของการมีแผลฉีกขาดระดับ 3 - 4 ในกลุ่ม Control (ร้อยละ 6.3) โดยกำหนดให้อำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 alpha = 0.05 (ทดสอบสองทาง) สัดส่วน Case ต่อ Control เป็น 1 : 4 โดยใช้การคำนวณประมาณขนาดตัวอย่าง Case - control study จากสูตร<sup>25</sup> ดังนี้คือ

### Formula (without continuity correction)[1, 3]:

$$n_{case} = \left[ \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(\text{exposure}|\text{case}), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(\text{exposure}|\text{control}), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{control}}{n_{case}}$$

$$p_1 = \frac{p_2 OR}{1+p_2(OR-1)}$$

### Formula (with continuity correction)[2]:

$$n_{case} = \frac{n_{case}}{4} \left( 1 + \sqrt{1 + \frac{2(r+1)}{n_{case} r |p_2 - p_1|}} \right)^2$$

P (exposure|case) = 0.25

P (exposure|control) = 0.063

Ratio (controls/case) = 4

$\alpha$  = 0.05, Z (0.975) = 1.959964

$\beta$  = 0.20, Z (0.80) = 0.8416212

Sample size: Cases = 31, Controls = 124

Sample size by using a continuity correction: Cases = 38, Controls = 152

จากผลการคำนวณจะได้กลุ่มแผลฝีเย็บอักเสบหรือกลุ่ม Case จำนวน 38 ราย และกลุ่มแผลฝีเย็บปกติหรือกลุ่ม Control จำนวน 152 ราย แต่ผู้วิจัยได้มีการเก็บ Case เพิ่มอีก 1 ราย เนื่องจากพบว่าเป็น Case ที่อยู่ในช่วงที่กำลังเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้ได้กลุ่ม Case เพิ่มขึ้นเป็น 39 ราย ส่วนกลุ่ม Control ทั้งหมด 152 ราย แต่เก็บข้อมูลได้จริงจำนวน 149 ราย ซึ่งขาดหายไป 7 รายเนื่องจากไม่สามารถเก็บรวบรวมได้ตามวิธีการที่กำหนดคือเก็บจากผู้คลอดที่เป็น Case ก่อน และแต่ละ Case จะเก็บข้อมูลผู้คลอดที่เป็น Control ที่คลอดก่อนผู้คลอดที่เป็น Case นั้น 2 ราย และหลังผู้คลอดที่เป็น Case 2 รายจะได้สัดส่วน Case ต่อ Control เท่ากับ 1 : 4 ผู้วิจัยจึงสรุปการประมาณขนาดศึกษาสำหรับการศึกษานี้คือ กลุ่ม Case = 39 รายและกลุ่ม Control = 149 ราย เนื่องจากเป็นการศึกษาที่มากที่สุดซึ่งคาดว่าจะสามารถครอบคลุมทุกตัวแปรที่ศึกษาได้

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยปรับปรุงมาจากผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันผสมผสานกับการทบทวนเอกสารอื่นๆ ได้แก่ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เชื้อชาติ การศึกษา และปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกของผู้คลอดเช่น อายุครรภ์ การคลอดครั้งแรก โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน การมีน้ำเดิน การตัดฝีเย็บ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และผู้เย็บแผล เป็นต้น โดยเริ่มเก็บตามวิธีดังกล่าว ซึ่งการศึกษานี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยแผลฝีเย็บอักเสบของ Center for Disease Control (CDC) 2013<sup>26</sup> คือต้องเข้าได้กับอย่างน้อยหนึ่งเกณฑ์ดังต่อไปนี้คือภายหลังการคลอดทางช่องคลอดมีหนองออกจากแผลฝีเย็บ หรือภายหลังการคลอดทางช่องคลอดมีฝีที่แผลฝีเย็บที่มีลักษณะปวด บวม แดง ร้อน โดยมีการแผ่กระจายติดตามอาการแผลฝีเย็บอักเสบภายใน 1 สัปดาห์หลังคลอดซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสูติรีเวชกรรมของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการแจกแจงความถี่ ค่าสถิติที่ใช้ คือ ค่าสัดส่วน จำนวน และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ค่าสถิติที่ใช้ คือ Mean และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์รายปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบด้วย Univariable Odds Ratio Regression และประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดแผลฝีเย็บอักเสบภายหลังการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ด้วย Multivariate

Odds Ratio Regression Analysis และเพื่อให้ได้ปัจจัยที่สามารถทำนายโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลลัพธ์การเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ ซึ่งในการศึกษานี้คือ ความเสี่ยงที่ผู้คลอดจะเกิดแผลฝีเย็บอักเสบใช้ Multivariate Odds Ratio Regression Analysis แบบ Reduced model โดยเลือกปัจจัยที่เป็น risk indicator ที่มีค่า  $p\text{-value} > 0.05$  ออกจากสมการที่ละตัวจนเหลือเฉพาะปัจจัยที่แสดงนัยสำคัญทางสถิติให้ค่า  $p\text{-value} < 0.05$

## wa

กลุ่มผู้คลอดจำนวน 188 คนแบ่งเป็นกลุ่มผู้คลอดแผลฝีเย็บอักเสบมีจำนวน 39 คน (ร้อยละ 20.7) และกลุ่มผู้คลอดแผลฝีเย็บปกติ จำนวน 149 คน (ร้อยละ 79.3) กลุ่มผู้คลอดทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นผู้คลอดวัยรุ่น (79.8%; 150/188) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (48.4%; 91/188) ซึ่งในกลุ่มแผลฝีเย็บอักเสบส่วนใหญ่พบว่า เป็นชาวต่างชาติ (ลาว เขมร และพม่า) ร้อยละ 61.5 (24/39) ที่พบมากที่สุดเป็นชาวพม่า ร้อยละ 38.5 (15/39) ส่วนกลุ่มผู้คลอดแผลฝีเย็บปกติส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 66.4 (99/149) ผลการศึกษาปัจจัยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอดครั้งนี้ เปรียบเทียบกันในกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้คลอดที่มีแผลฝีเย็บอักเสบกับกลุ่มผู้คลอดที่มีแผลฝีเย็บปกติพบว่า ลักษณะพื้นฐานทั่วไปและลักษณะทางคลินิกมีจำนวน 6 ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ เชื้อชาติ การคลอดครั้งแรก การตัดฝีเย็บ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 3 และแผลฝีเย็บเปื่อยยุ่ย<sup>27</sup> ซึ่งเป็นลักษณะบ่งบอกถึงการหายของแผลที่ไม่ดี 5 ลักษณะได้แก่ 1. เลือดออก (Hemorrhage) 2. เปื่อยยุ่ย (Maceration) 3. มีช่องโพรงใต้ผิวหนัง (Tunneling/Undermining) 4. มีรอยแดง (Erythema) 5. มีเนื้อตาย (Necrosis) นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการหายของแผล Sussman Wound Healing Tool (SWHT) และถ้ามีก้อนเลือดซังในบริเวณบาดแผล (hematoma) จะรบกวนต่อการหายของบาดแผลอย่างเห็นได้ชัด คือ ทำให้เกิดการอักเสบของบาดแผล ก้อนเลือดกดใต้ผิวหนังทำให้เกิดสภาพการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนัง ซึ่งอาจเกิดการตายเนื้อ และส่งเสริมต่อการติดเชื้อ ซึ่งโดยปกติโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีจะนัดดูแผลฝีเย็บหลังคลอด 1 สัปดาห์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป และปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกของผู้คลอด จำแนกตามการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ

ข้อมูลทั่วไป	แผลฝีเย็บอักเสบ (n=39)		แผลฝีเย็บปกติ (n=149)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มอายุ					0.757
ช่วงอายุ < 20 ปี	32	82.05	118	79.19	
ช่วงอายุ 20 - 35 ปี	3	7.69	18	12.08	
ช่วงอายุ > 35 ปี ขึ้นไป	4	10.26	13	8.72	
mean±SD	26.54	±5.83ปี	27.17	±5.95ปี	
ต่ำสุด ; สูงสุด	17ปี;	39ปี	15ปี;	42ปี	
เชื้อชาติ					<0.05
ไทย	15	38.46	99	66.44	
ชาวต่างชาติ	24	61.54	50	33.56	
ลาว	3	7.69	10	6.71	
กัมพูชา	6	15.38	15	10.07	
พม่า	15	38.46	25	16.78	

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป และปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกของผู้คลอด จำแนกตามการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	แผลฝีเย็บอักเสบ (n=39 )		แผลฝีเย็บปกติ (n=149)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การศึกษา					0.155
ระดับประถมศึกษาถึงต่ำกว่า	27	69.23	64	42.95	
ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.	6	15.38	61	40.94	
อนุปริญญาถึงสูงกว่า	3	7.69	24	16.11	
อายุครรภ์					0.279
< 34 สัปดาห์	2	5.13	3	2.01	
34 - 37 สัปดาห์	3	7.69	21	14.09	
> 37 สัปดาห์	34	87.18	125	83.89	
mean±SD	38 สัปดาห์ 3 วัน	±2 สัปดาห์ 5 วัน	38 สัปดาห์ 4 วัน	±1 สัปดาห์ 6 วัน	1.000
ต่ำสุด ; สูงสุด	26 สัปดาห์ 2 วัน;	42 สัปดาห์	28 สัปดาห์;	41 สัปดาห์ 4 วัน	
- คลอดครรภ์แรก	24	61.54	65	43.62	0.005
- เป็นโรคเบาหวาน	2	5.13	3	2.01	0.277
- มีภาวะอ้วน	9	23.08	29	19.46	0.571
- มีน้ำเดินก่อนคลอด					0.277
≤ 18 ชั่วโมง	37	94.87	146	97.99	
> 18 ชั่วโมง	2	5.13	3	2.01	
mean±SD	7 ชม. 49 นาที	± 6 ชม.	7 ชม. 51 นาที	±5 ชม. 26 นาที	
ต่ำสุด; สูงสุด	0 นาที;	23 ชม. 7 นาที	1 นาที;	72 ชม.	
ได้รับการตัดฝีเย็บ	38	97.44	105	70.47	<0.001
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด					
มี	27	69.23	61	40.94	0.002
แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 3	7	17.95	13	8.72	<0.001
แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 4	1	2.56	1	0.67	0.373
แผลฝีเย็บเปื่อยยุ่ย	4	10.26	4	2.68	0.059
แผลฝีเย็บปนเปื้อนอุจจาระ	1	2.56	8	5.37	0.688
Precipitate Labor	3	7.69	11	7.38	1.000
ระยะที่ 2 ของการคลอดเนิ่นนาน	2	5.13	3	2.01	0.277
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	5	12.82	7	4.70	0.132
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	0	0.00	1	0.67	1.000
ภาวะคลอดติดไหล่	1	2.56	4	2.68	1.000
ภาวะซีเทาเข้มข้น	2	5.13	9	6.04	1.000
ภาวะความดันโลหิตสูง	1	2.56	0	0.00	0.207
ผู้เย็บแผล					0.465
แพทย์	2	5.13	18	12.08	
พยาบาลห้องคลอด	33	84.62	119	79.87	
นักศึกษาแพทย์	4	10.26	12	8.05	
กลุ่มน้ำหนักแรกคลอด					1.000
น้ำหนัก < 4,000 กรัม	38	97.44	145	97.32	
น้ำหนัก ≥ 4,000 กรัม	1	2.56	4	2.68	
mean±SD	3,127.3 กรัม	±598.05 กรัม	3,066.2 กรัม	±451.4 กรัม	
ต่ำสุด; สูงสุด	1,100 กรัม;	4,385 กรัม	1,040 กรัม;	4,270 กรัม	

และเมื่อนำทุกปัจจัยจากตารางที่ 1 มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับผลการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ เพื่อให้ทราบขนาดความเสี่ยงรายปัจจัย โดยใช้ Univariable Odds ratio Regression ซึ่งพบว่า มี 6 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ พบว่าผู้คลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นที่จะเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้คลอดที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมได้แก่ ปัจจัยด้านเชื้อชาติ

(OR=3.27,95% CI=1.57-6.78) การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (OR = 2.99, 95% CI=1.41-6.35) ประวัติคลอดครรภ์แรก (OR = 2.07, 95% CI = 1.00 - 4.26) การตัดฝีเย็บ (OR=15.92, 95% CI =2.11-119.62) แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 3-4 (OR = 8.81,95% CI = 3.32-23.36) และแผลฝีเย็บเปื่อยยุ่ย (OR = 4.14, 95% CI = 0.99-17.38) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบโดย Univariable Odds ratio : uOR

ปัจจัยที่ศึกษา		uOR	95% CI of Odds ratio		p-value
1. เชื้อชาติ	ไทย				
	ต่างชาติ (ลาว, เขมร, พม่า)	3.27	1.57	6.78	0.001
2. การศึกษา	ระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า				
	ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2.99	1.41	6.35	0.004
3. ประวัติการคลอด	คลอดมากกว่า 1 ครั้ง				
	คลอดครั้งแรก	2.07	1.00	4.26	0.049
4. การตัดฝีเย็บ	ไม่ตัดฝีเย็บ				
	ตัดฝีเย็บ	15.92	2.11	119.62	0.007
5. ระดับแผลฝีเย็บฉีกขาด	น้อยกว่าระดับ 3				
	ระดับ 3 ถึง 4	8.81	3.32	23.36	<0.001
6. แผลฝีเย็บเปื่อยยุ่ย	ปกติ				
	แผลฝีเย็บเปื่อยยุ่ย	4.14	0.99	17.38	0.052

เมื่อวิเคราะห์ต่อเนื่องจากตารางที่ 2 โดยใช้ Multivariable Odds ratio Regression เพื่อควบคุมอิทธิพลและปรับความแตกต่างของปัจจัย โดยเลือกลักษณะที่เป็น Risk indicator ซึ่งได้พบทวนจากรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยสนใจ และมีผลการทดสอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมี

5 ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่กลุ่มอายุ(ปี) เชื้อชาติการศึกษา ประวัติการคลอด และการตัดฝีเย็บ พบว่าปัจจัยการตัดฝีเย็บ เป็นปัจจัยร่วมทำให้เสี่ยงเพิ่มขึ้นประมาณ 16.7 เท่า ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ที่จะทำให้ผู้คลอดมีโอกาสเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความเสี่ยงสัมพันธ์ (Multivariate Odds ratio : mOR), 95% Confidence Interval และค่า p-value ของปัจจัยที่ทำให้ผู้คลอดมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ

ปัจจัยที่ศึกษา		mOR	95% CI of Odds ratio		p-value
1. กลุ่มอายุ (ปี)	อายุ 20 - 35 ปี				
	น้อยกว่า 20 ปี	0.70	0.17	2.81	0.612
	มากกว่า 35 ปี	1.15	0.35	4.44	0.840
2. เชื้อชาติ	ไทย				
	ต่างชาติ (ลาว เขมร และพม่า)	2.27	0.74	6.93	0.150
3. การศึกษา	ระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า				
	ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1.87	0.62	5.60	0.266
4. การตัดฝีเย็บ	ไม่ตัดฝีเย็บ				
	ตัดฝีเย็บ	16.69	2.08	134.12	<0.001
5. ประวัติการคลอด	คลอดมากกว่า 1 ครั้ง				
	คลอดครั้งแรก	0.99	0.42	2.34	0.989

เมื่อวิเคราะห์ต่อด้วย Multivariate Odds Ratio Regression Analysis แบบ Reduced model เพื่อให้ได้ปัจจัยที่สามารถทำนายโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลลัพธ์การเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ โดยเลือกปัจจัยที่เป็น risk indicator ที่มีค่า  $p\text{-value} > 0.05$  ออกจากสมการที่ละตัวจนเหลือ

เฉพาะปัจจัยที่แสดงนัยสำคัญทางสถิติให้ค่า  $p\text{-value} < 0.05$  พบว่ามี 2 ปัจจัยได้แก่ การตัดฝีเย็บ เป็นปัจจัยร่วมทำให้เสี่ยงเพิ่มขึ้น 16.5 เท่า ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และชาวต่างชาติ (ลาว เขมร และพม่า) เป็นปัจจัยร่วมทำให้เสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.4 เท่า ( $p\text{-value} = 0.001$ ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Multivariate Odds Ratio: mOR) ของปัจจัยที่ทำให้ผู้คลอดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ (Reduced model)

ปัจจัยที่ศึกษา	mOR	95% CI of Odds ratio		p-value
1. การตัดฝีเย็บ	ไม่ตัด			
	ตัดฝีเย็บ	16.54	2.17 125.78	<0.001
2. สัญชาติ	ไทย			
	ต่างชาติ (ลาว, เขมร, พม่า)	3.38	1.58 7.22	0.001

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีซึ่งพบว่าคุณลักษณะทั่วไปของผู้คลอดส่วนใหญ่เป็นผู้คลอดกลุ่มวัยรุ่น มีการศึกษาค่อนข้างน้อย ตั้งแต่ไม่ได้ศึกษาจนถึงระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจทำให้ขาดประสิทธิภาพการดูแลตนเองภายหลังคลอดซึ่งคล้ายกับการศึกษาของสายใจ กิตติพงษ์พัฒน์<sup>28</sup> ที่ศึกษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชรพบว่าส่วนใหญ่ผู้คลอดมีอายุค่อนข้างน้อย มีการศึกษาค่อนข้างต่ำต้องอาศัยคนในครอบครัวหรือผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนเป็นผู้ดูแลให้คำแนะนำ ช่วยเหลือหากมีความรู้และความเข้าใจถูกต้อง ย่อมส่งผลดีต่อการดูแลภายหลังคลอด และจากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านกลุ่มอายุของผู้คลอดในการศึกษานี้ไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย โควาวีสารวิ<sup>29</sup> ที่ศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบของกลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มผู้ใหญ่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ในการศึกษาพบว่าผู้คลอดทั้งชาวไทย และผู้คลอดชาวต่างชาติ (ลาว เขมร และพม่า) ผลการวิเคราะห์พบว่าในกลุ่มผู้คลอดที่เป็นชาวต่างชาติ (ลาว เขมร และพม่า) เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้คลอดเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ และส่วนใหญ่เป็นผู้คลอดชาวพม่า อาจมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านการสื่อสารภาษาไทยระหว่างพยาบาลกับผู้คลอดชาวพม่าทำให้ไม่สามารถเข้าใจ และไม่ให้ความร่วมมือในการรับบริการคลอดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมในการดูแลผู้คลอดชาวพม่าของพยาบาลผดุงครรภ์<sup>30</sup> พบว่าผู้คลอดชาวพม่ามักประสบปัญหาในการรับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งด้านการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการ และผู้ให้บริการทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และขณะคลอดได้ เช่น ภาวะพร่องโภชนาการ การทำงานหนักขณะตั้งครรภ์ และภาวะเครียด นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลจะเน้นให้ข้อมูลด้านการรักษาตามคำสั่งของแพทย์ และไม่แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เนื่องจากพยาบาลไม่มั่นใจในการสื่อสาร กลัวการออกเสียงภาษาพม่าไม่ถูกต้องจึงหลีกเลี่ยงภาษาพม่าพูดภาษาไทยแทน หรือพูดคำศัพท์ที่ใช้ถามอาการบ่อยๆ เท่านั้น ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง<sup>31</sup> ซึ่งโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ มีชาวต่างชาติมาขึ้นทะเบียนรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 2.07 และแผนกผู้ป่วยในร้อยละ 9.99 ซึ่งในปี 2560 มีจำนวนผู้รับบริการตามสิทธิ์ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างชาติทั้งหมดจำนวน 60,000 คน และจำนวนผู้รับบริการคลอดชาวต่างชาติมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี<sup>32</sup> ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีโอกาสดูแลให้บริการทำคลอดแก่ผู้คลอดที่เป็นชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น และจะต้องสื่อสารกับผู้คลอดเพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจ และให้ความร่วมมือในขณะคลอด ซึ่งปัจจุบันพยาบาลยังไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาพม่าให้ผู้คลอดเข้าใจได้ หรือมีเอกสารที่เป็นแนวทางปฏิบัติขณะคลอดแต่ใช้วิธีพูดกับญาติที่พูดภาษาไทยได้ในบางคน และเมื่อเข้าไปในห้องคลอดแล้วญาติไม่สามารถสื่อสารกับผู้คลอดได้ทำให้ผู้คลอดไม่ให้ความร่วมมือ และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดตามมา เช่นขณะตัดฝีเย็บหรือขณะเย็บแผล ผู้คลอดมักจะมีอารมณ์มาสัมผัสทำให้บริเวณแผลฝีเย็บปนเปื้อนเชื้อโรค ซึ่งจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดแผลฝีเย็บอักเสบได้

ดังนั้นบุคลากรจึงต้องพัฒนาทักษะการสื่อสาร การใช้ภาษากับผู้คลอดทั้งชาวลา ลาว เขมร และพม่าโดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวต่างชาติให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย ซึ่งการศึกษานี้เมื่อทำการเปรียบเทียบโดยสถิติ Univariate analysis พบว่าปัจจัยการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ปัจจัยชาวต่างชาติ การคลอดครั้งแรก การตัดฝีเย็บ แผลฝีเย็บ ฉีกขาดระดับ 3-4 และแผลฝีเย็บเปื่อยยุ่ยซึ่งเป็นลักษณะบ่งบอกการหายของแผลที่ไม่ดีอาจมีสาเหตุมาจากเนื้อเยื่อของช่องคลอดกระแทกกระเทือน ฉีกขาดและบอบช้ำจากการคลอด จากการตัดฝีเย็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขาดเทคนิคปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง<sup>14</sup> เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ในการศึกษานี้ เช่น แผลฝีเย็บปนเปื้อน อูจจาจะเนื่องจากแผลฝีเย็บ ซึ่งอยู่ใกล้บริเวณทวารหนัก ทำให้เสี่ยงต่อการปนเปื้อนอูจจาจะได้จึงมีผลต่อการอักเสบของแผลฝีเย็บ<sup>33</sup> ซึ่งในการศึกษานี้ไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอาจเนื่องมาจากผู้คลอดส่วนใหญ่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และไม่เป็นที่ที่ปัจจัยเสริมทำให้แผลฝีเย็บอักเสบได้ง่ายรวมทั้งได้รับการทำความสะอาดแผลฝีเย็บทันทีเมื่อปนเปื้อน อูจจาจะทำให้ไม่เกิดผลต่อการเกิดการอักเสบส่วน Precipitated labor เป็นภาวะเสี่ยงทางคลินิกที่ทำให้ช่องทางการคลอดปรับตัวหรือขยายตัวไม่ทัน มีโอกาสเกิดแผลฉีกขาดบริเวณปากมดลูก ช่องคลอด หรือ perineum ได้ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดการตกเลือดหลังคลอดตามมา<sup>34</sup> ในการศึกษาไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอาจเนื่องมาจากการเกิดแผลฉีกขาดไม่ลึกรุนแรง อยู่ในระดับที่ 1-2 ทำให้มีโอกาสร้อยต่อการเกิดการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบน้อยเมื่อเทียบกับแผลฝีเย็บที่ฉีกขาดระดับ 3-4<sup>18</sup> นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับการดูแลรักษาความสะอาดของแผลและภาวะสุขภาพของผู้คลอดอีกด้วย ส่วนปัจจัยด้านผู้เย็บแผลพบว่าไม่พบปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจักรชัย ดิตตะบุตร และสุริยา คุณาชน<sup>35</sup> เนื่องจากการทำหัตถการโดยนักศึกษาแพทย์จะทำภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์แพทย์จึงเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดในขั้นตอน จนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาน้อยเมื่อเทียบกับพยาบาลห้องคลอด นอกจากนี้พบว่ายังมีหลายปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการอักเสบของแผลฝีเย็บ เช่นเดียวกับกับงานวิจัยของ Dimitrov, Tsenov and Ganeva<sup>36</sup> ซึ่งพบว่ากระบวนการหายของแผลฝีเย็บไม่เกี่ยวข้องกับอายุของผู้คลอด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะเวลาการคลอด และน้ำหนักทารก เมื่อใช้สถิติ Multivariable analysis ในการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบมีอิทธิพลในระดับสูงมี 2 ปัจจัย ได้แก่การตัดฝีเย็บ และชาวต่างชาติ ทำให้เสี่ยงเพิ่มขึ้น 16.5 เท่า และ 3.4 เท่าตามลำดับ ซึ่งจากการสำรวจอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บพบว่าทั่วโลกมีประมาณร้อยละ 30-63 ในผู้คลอดครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 93<sup>37</sup> ส่วนประเทศไทยศึกษาโดยเนาวรัตน์ แฉงกสิการณ ในปีพ.ศ. 2551<sup>38</sup> พบอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 90 ซึ่งในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้มีการตัดฝีเย็บทั้งในมารดาครรภ์แรกหรือครรภ์หลังที่เคยตัด และซ่อมแซมฝีเย็บร้อยละ 85-97<sup>23</sup> เนื่องจากพยาบาลมีความเชื่อว่าการไม่ตัดฝีเย็บช่วยคลอด จะทำให้เกิดการฉีกขาดรุนแรง และเย็บซ่อมแซมได้ยากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาการตัดฝีเย็บเทียบได้กับ

การฉีกขาดของฝีเย็บในระดับ 2 ทำให้ฉีกขาดเพิ่มขณะคลอดถึงระดับ 3 จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นเช่นภาวะก้อนเลือดคั่งและแผลฝีเย็บติดเชื้อ<sup>39</sup> นอกจากนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอดที่ได้รับการตัดและไม่ตัดฝีเย็บพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บมีอัตราการเกิดแผลฉีกขาดระดับที่ 3 สูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับการตัดฝีเย็บ<sup>40,41</sup> ซึ่งผลจากการตัดฝีเย็บมีโอกาสทำให้เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บรุนแรงถึงระดับที่ 3-4 และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ<sup>17</sup> ดังนั้นการตัดฝีเย็บจึงควรปฏิบัติเฉพาะในรายที่ต้องมีการทำหัตถการช่วยคลอดหรือกรณีที่มีผู้คลอดและทารกอยู่ในภาวะคับขัน (maternal and fetal distress) โดยไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอดทุกราย<sup>42,43</sup> แต่ควรกระทำเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เช่น การคลอดที่ต้องทำหัตถการ การคลอดท่าก้น การคลอดติดไหล่ persistent occiput posterior รวมทั้งทารกมีความเครียดครรภ์เกินกำหนด ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น<sup>44</sup> การศึกษานี้มีข้อดีคือใช้การวิเคราะห์โดยวิธี Multiple logistic regression ทำให้ได้ปัจจัยเสี่ยงที่ใกล้เคียงความเป็นจริงไม่ใช่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วมกันหรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันเท่านั้น ส่วนข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาย้อนหลังซึ่งอาจขาดความครบถ้วนในการกรอกรายละเอียดของข้อมูลในบางจุดแต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็ยิ่งช่วยให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้คลอดเพื่อวางแผนแก้ไข และป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลการตั้งครรภ์และหลังคลอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น เนื่องจากมีปัจจัยด้านชาวต่างชาติ (ลาว เขมร พม่า) ในขณะที่การศึกษานี้ไม่มีข้อเสนอนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาประเด็นชาวต่างชาติอย่างจริงจังจึงจ้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลฝีเย็บอีกเสบหรือไม่ โดยมีการควบคุมปัจจัยด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น กลุ่มตัวอย่าง หรือแบบสอบถามที่สามารถรวบรวมข้อเท็จจริงที่สมบูรณ์ถูกต้อง เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลรักษาพยาบาลผู้คลอดชาวต่างชาติต่อไป

## สรุป

จากการศึกษานี้พบว่า การตัดฝีเย็บ และปัจจัยชาวต่างชาติ (ลาว เขมร และพม่า) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปลดการใช้ยาปฏิชีวนะในมารดาหลังคลอดของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลขณะคลอดโดยมีการพิจารณาการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น หรือมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เพื่อป้องกันภาวะแผลฝีเย็บอักเสบ รวมทั้งการพัฒนาาระบบการสื่อสารกับชาวต่างชาติในสาขาสูติกรรม เช่น จัดทำรูปภาพแบบการ์ตูนมาใช้ในการเตรียมคลอดแก่ผู้คลอดในห้องคลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในระยะคลอดที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นในการป้องกันการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่สนับสนุนการดำเนินการ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานสูติกรรมที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณ ศ.ดร.นพ.ชยันต์ ธีระ ปทุมานนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์รังสิต และดร.นิลทิศา โภคนิตย์ นักวิชาการสถิติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาในการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ จนทำให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## References

1. Chotnopparatpattara P. Obstetrics complications. In: Charoenvidhya D, editors. Obstetrics Department of Obstetrics and Gynaecology. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: O.S. Printing House; 2005. p. 434-41.
2. Hatkaew N, Theerasopon P. The Effect of Cold Polymer Gel Pack Compression on Postpartum Perineal Pain. Journal of Phrapokklo Nursing College 2015; 26:1-5.
3. Charoenpanich P. Parturition physiology and problems. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: 21 Century; 1997.
4. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:255-60.
5. Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:875-81.
6. Khamching C. Obstetric Perineal Laceration. 2015 [updated 2015 Mar 19; cited 2017 Mar 30]; Available from: [http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1103:obstetricperineal-laceration&catid=45&Itemid=561](http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=1103:obstetricperineal-laceration&catid=45&Itemid=561).
7. Fitzpatrick M, O'Herlihy C. Postpartum care of the perineum. The Obstetrician & Gynaecologist 2007; 9:164-70.
8. Braga Giordana Campos CSTP, Luz Patricia Ferreira Neves da, Scavuzzi Adriana, Noronha Neto Carlos, Amorim Melania Maria Ramos,. Risk factors for episiotomy: a case-control study. 2014 [2017 Apr 10]; 465-72]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302014000500465&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000500465&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.05.015>.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guideline Summary NGC-5706: Episiotomy. 2013 [2017 Apr 10]; Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=10926>.
10. Sitthichaiyakul P. Acute and Chronic Inflammation. 2009 [2017 Mar 31]; Available from: <http://www.meded.nu.ac.th/backoffice/attachments/ACUTE%20AND%20CHRONIC%20INFLAMMATION.pdf>.
11. Hormnaim N. The Nursing Roles to Promote Wound Healing by Using Nutrition Principles. Journal of The Police Nurse 2014; 6:234-49.
12. Jenwiteesuk K. Basic Wound Healing and Wound Bed Preparation. การประชุมวิชาการ Srinagarind Medical Journal 2013; 29:10-7.
13. Oprasertsawat P, Phuapradit N, Taneepanichskul S, editors. Ramathibodi Obstetrics 2. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Holistic publishing; 1997.
14. Somprasit K. Nursing for postpartum mothers with complications 1<sup>st</sup> ed. Songkhla: Tem publishing; 1997

15. Johnson A, Thakar R, Sultan AH. Obstetric perineal wound infection: is there underreporting? *BJN* (Mark Allen Publishing) 2012; 21:s28, s30, s2-5.
16. Macleod M, Strachan B, Bahl R, Howarth L, Goyder K, Van de Venne M, et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG* 2008; 115:1688-94.
17. Duggal N, Mercado C, Daniels K, Bujor A, Caughey AB, El-Sayed YY. Antibiotic prophylaxis for prevention of postpartum perineal wound complications: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1268-73.
18. Wang Y, Puangsricharn A. Immediate Maternal and Neonatal Outcomes of Forceps and Vacuum-assisted Deliveries at Rajavithi Hospital. *Thai J Obstet Gynaecol* 2009; 17:80-4.
19. Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, O'Sullivan M J. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1083-5.
20. Klankhajhon S. Nursing care for shoulder dystocia. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2013; 7:1-11
21. Buphasiri P. Shoulder Dystocia. *Srinagarind Med J.* 2011; 26(1):64-70.
22. Sangin S. Nursing Care for Mother with Fetal Occiput Posterior Position. *BUU Nursing J* 2017; 25:1-11.
23. Noppharat Ratchathani Hospital. Data of the labor and delivery rooms Noppharat Ratchathani Hospital. [Database] Available from: Noppharat Ratchathani Hospital Information System: 2016.
24. Noppharat Ratchathani Hospital. Data of the labor and delivery rooms Noppharat Ratchathani Hospital. [Database] Available from: Noppharat Ratchathani Hospital Information System: 2014-2016.
25. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5<sup>th</sup>ed. Duxbery: Thomson learning; 2000.p.384-385.
26. CDC/NHSN Surveillance Definition of Healthcare-Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting 2013 [2017 March 10]; Available from: <http://www.socinorte.com/wp-content/uploads/2013/03/Criterios-de-IN-2013.pdf>
27. Sussman C, Cuddigan J, Ayello E, Lyder C, Langemo DK. Measuring Pressure Ulcer Healing is Critical to Quality of Life. Paper presented at: Partnership for Health in the New Millenium: Launching Healthy People 2010, Washington, DC, 2000.
28. Kittipongpattana S, Ploipai S, Leesmidt V. Predictive Factors of the Episiotomy Wound Inflammation of the Deliveries Khlongkhlong Hospital Kamphaengphet Province, 2007. *Journal of Nursing Science Naresuan University* 2008; 2:79-89.
29. Kovavisarach E, Chairaj S, Tosang K, Asavapiriyonont S, Chotigeat U. Outcome of Teenage pregnancy in Rajavithi hospital. *J Med Assoc Thai* 2010; 93:1-8.
30. Oatme S, Kruachottikul S. Guidelines for Midwives in Cross-Cultural Communication with Myanmar Pregnant Women. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2017; 9:150-161.
31. Wongduan N, Sasiwongsaroj K, Doungphummes, Bhikulbhanuvat S. Intercultural Communication Competence for Health Care Services in Migrant Workers. In: Wimolsiri R, editor. *Khon Kaen University Graduate Research Conference* 2014. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. P. 2372-80.
32. Noppharat Ratchathani Hospital. Medical Statistics report of Noppharat Ratchathani Hospital.[ Database] Available from: Noppharat Ratchathani Hospital Information System: 2017.
33. Osotsathian S. Postpartum: Nursing diagnosis and nursing care plan. Bangkok: The Office of the University Press Sukhothai Thammathirat Open University; 1998
34. Schuurmans N, Mackinnon C, Lane C, Etches D. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000; 88: 273.
35. Tittabut J, Kunachon S. Episiotomy case study case service wound dehiscence. [cited July 1, 2018]; Available from: <https://dokumen.tips/documents/clinical-research-568af8ff2ef99.html>.
36. Dimitrov, A., Tsenov, D., and Ganeva, G. Causes for healing complications in episiotomy. *Akush Ginekol (Sofia)* 2000; 40:17-20.
37. Lowenstein L, Drugan A. Episiotomy: Beliefs, practice and the impact of educational intervention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 123:179-182.
38. Kweankasikan N, Baosoung C, Parisunyakul S. Effect of Perineal Massage on Perineal Trauma in Normal Childbirth. *Nursing Journal* 2010; 1:96-107.
39. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, & Lohr K N. Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *JAMA* 2005; 293:2141-148.
40. Chanwijit T, Chawongluang T. Complication of parturients delivered with or without episiotomy in Krabi Hospital. *Journal of the Department of Medical Services* 2016; 41:108-112
41. Supadech C, Buranawit K, Komolpis S, Panichkul S. Third and Fourth degree perineal laceration of episiotomy versus non-episiotomy in spontaneous vaginal deliveries at Pharamongkutklao Hospital. *Thai J Obstet Gynecol* 2008; 16:199-205.
42. World Health Organization [WHO]. *Care in normal birth: A practical guide.* Geneva: World Health Organization, 1996.
43. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician –Gynecologists.* *Obstet Gynecol* 2006; 107:957-62.
44. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2009, CD000081.doi:10.1002/14651858.CD000081. pub2.