

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัดคลอดเพื่อลดอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัด Effect of Elastic Abdominal Binder on Postpartum Caesarean section Pain

ขวัญสุดา เย็นศรี, พ.บ.*

Kwansuda Yensri, M.D.*

*กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20140

*Department of Obstetrics and Gynecology, Phanat Nikhom Hospital, Chonburi Province, Thailand, 20140

Corresponding author, Email address: ticky_k@hotmail.com

Received: 05 Oct 2022. Revised: 12 Oct 2022. Accepted: 14 Nov 2022

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : จากการศึกษาพบว่าผู้ผ่าตัดคลอดที่มีการเคลื่อนไหวได้ดีหลังผ่าตัด จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ แต่ปัญหาที่พบคือความเจ็บปวด ซึ่งในปัจจุบันมีการให้ยาแก้ปวดแต่ก็ไม่เพียงพอ จึงควรมีการดูแลรักษาเสริม มีการศึกษาพบว่าการใช้ผ้ารัดบริเวณสะโพกครอบคลุมเชิงกรานจะช่วยลดอาการเจ็บปวดได้
- วัตถุประสงค์** : ศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังผ่าตัดคลอดกับคะแนนความเจ็บปวดในภาพรวมของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัด และปริมาณการให้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (โดยเก็บข้อมูลที่ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด)
- วิธีการศึกษา** : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ แบบ Prospective study ประชากร คือ สตรีที่มาผ่าตัดคลอดบุตรในโรงพยาบาลพนสนิมคม โดยกลุ่มศึกษาคือผู้คลอดที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังผ่าตัด 56 ราย กลุ่มควบคุมคือผู้คลอดที่ไม่ได้ใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัด 56 ราย รวม 112 ราย
- ผลการศึกษา** : ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 112 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 17-42 ปี โดยข้อมูลทั่วไปไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มศึกษาดำกว่ากลุ่มควบคุม (วันที่หนึ่ง 4.6 ($\pm$ 1.9) ในกลุ่มศึกษา และ 4.9 ($\pm$ 2.5) ในกลุ่มควบคุม p-value=0.528 วันที่สอง 3.2 ($\pm$ 1.8) ในกลุ่มศึกษา 3.8 ($\pm$ 2.1) ในกลุ่มควบคุม p-value=0.086) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความเจ็บปวดวันที่สองลดลงกว่าวันที่หนึ่งแต่ไม่ต่างกันทางสถิติ (1.4 และ 1.0 p-value=0.415) ในด้านการให้ยาแก้ปวด tramadol และ NSAID พบว่าทั้งสองกลุ่มมีปริมาณการให้ยาแก้ปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.463 ในการให้ยา tramadol และ p-value=0.160 ในยา NSAID)
- สรุป** : คะแนนความเจ็บปวดและปริมาณการให้ยาแก้ปวด tramadol และ NSAID ไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องและกลุ่มไม่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัดคลอด
- คำสำคัญ** : ผ้ารัดหน้าท้อง คะแนนความเจ็บปวด ผ่าตัดคลอด

ABSTRACT

- Background** : Several studies have shown that early ambulation after cesarean section can reduce complications, but the problem was post operative pain. Although, postoperative analgesic drugs play the important role in pain relief but it seems like not enough in some case. So, the additional treatment should be taken. There are many studies found that using an elastic abdominal binder around the hip area to cover the pelvis can reduce pain.
- Objectives** : To study the correlation of average pain score and amount of analgesic drugs used in post caesarean section women among using and non-using elastic abdominal binder. (24-48 hour after surgery).
- Methods** : This study design is comparative prospective study. One hundred and twelve women who delivered by caesarean section, in Phanat Nikhom Hospital, were included in were the non-using group.
- Results** : The age of total 112 women are between 17 to 42 years. The demographic data show no different between two group. The average pain score of post caesarean section women, on the first day show that the study group $4.6 \pm (1.9)$ is lower than control group $4.9 (\pm 2.5)$ but there is no statistically significant different between two groups ($p\text{-value}=0.528$). On the second day, the scores were $3.2 (\pm 1.8)$ in study group and $3.8 (\pm 2.1)$ in control group ($p\text{-value}=0.086$). The scores on seconded day were lower than first day in both groups without statistically significant different. (1.4 and 1.0 , $p\text{-value}=0.415$). There are no significant different in both groups, for post operative tramadol used ($p\text{-value}=0.463$) and NSAID used ($p\text{-value}=0.160$).
- Conclusions** : The average pain scores and analgesic drugs used are not significant different between the study and control groups.
- Keywords** : Elastic abdominal binder, pain score, caesarean section.

หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean section) คือ การผ่าตัดเพื่อคลอดทารกผ่านรอยผ่าที่หน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูก⁽¹⁾ นับว่าเป็นการช่วยเหลือมารดาและทารกในครรภ์เมื่อเกิดภาวะวิกฤตโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในด้านมารดาและทารก⁽¹⁻³⁾ ในโรงพยาบาลพนัสนิคมมีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นโดยการดูแลหลังผ่าตัดคลอดมุ่งเน้นในเรื่องของการ

กระตุ้นเคลื่อนไหวให้ได้เร็ว⁽⁴⁾ ให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดคลอดได้น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ลดภาวะแทรกซ้อนได้ ดูแลบุตรได้เอง และได้รับความพึงพอใจจากการผ่าตัด โดยจากการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยขยับตัวได้รวดเร็วหลังการผ่าตัด จะช่วยในเรื่องของการบรรเทาความเจ็บปวด เสริมสร้างการหายดีของแผลผ่าตัด ลดความเสี่ยงของลิ่มเลือดอุดตัน (thromboembolism)

ทำให้การนอนโรงพยาบาลสั้นลง⁽⁵⁾ ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้นสิ่งสำคัญคือ การให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลพนสนิมคมจะมีวิธีการในการระงับความรู้สึกสองแบบคือ การให้ยาชาทางไขสันหลัง (spinal anesthesia) และการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อดมยาสลบ (General anesthesia) โดยมีการให้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดด้วยยาแก้ปวดกลุ่ม opioid และเสริมยาในกลุ่ม Non-Steroidal Anti-inflammatory (NSAID) และ Paracetamol ในบางกรณี แต่จากการใช้ยา opioid กลับพบอาการข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์คือ อาการเวียนศีรษะ อาการคลื่นไส้อาเจียนได้ จึงเป็นอุปสรรคต่อการกระตุ้นการลุกเดินของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงมีการใช้ยาในกลุ่ม NSAID แทนเพื่อที่จะลดอาการข้างเคียงของยาในกลุ่ม opioid ในวันหลังผ่าตัด ยาในกลุ่ม NSAID รูปแบบฉีดที่เลือกใช้คือ Diclofenac ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แต่เดิมมีการใช้อย่างแพร่หลายโดยเฉพาะการให้ร่วมกับยาทาน (diclofenac ชนิดเม็ด) และมีงานวิจัยว่าได้ผลดีเมื่อให้ร่วมกันในเคสที่ทำการผ่าตัดคลอด⁽⁶⁾ แต่มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ diclofenac injection พบว่ามีโอกาสเกิดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับเส้นประสาทไขอาติกได้⁽⁷⁾ จึงนิยมเปลี่ยนมาใช้ NSAID ในกลุ่มที่สามารถฉีดเข้าเส้นเลือดได้คือ Parecoxib แต่เนื่องจากเป็นยานอกบัญชียาหลักกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มจึงต้องชำระเงินเพิ่มเติม ดังนั้นจึงมีการศึกษาเรื่องการใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัดโดยประโยชน์คือการ กดบริเวณแผลผ่าตัด ลดความเจ็บปวดสามารถทำให้ผู้ป่วยเดินได้ดีขึ้น ลดความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว⁽⁸⁾ และมีการศึกษาการวิเคราะห์จากหลายงานวิจัยว่าการใช้ผ้ารัดหน้าท้องนั้นมีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดได้จริง⁽⁹⁾ โดยผ้ารัดหน้าท้องรัดตรงบริเวณแผลนั้นช่วยเพิ่มปริมาณเลือดมาเลี้ยงบริเวณแผลและลดกระบวนการอักเสบช่วยในแง่ของการหายของเนื้อเยื่อ⁽¹⁰⁾ และนอกเหนือจากนั้นยังช่วยป้องกันในเรื่องภาวะแทรกซ้อนของแผล เช่น ก้อนเลือดคั่งที่แผล (wound seroma and wound hematoma)⁽¹¹⁾ เป็นต้น

การศึกษานี้ ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มของผู้ป่วยที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัดคลอดควบคู่กับยาแก้ปวดว่าสามารถลดความเจ็บปวดได้มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาแก้ปวดอย่างเดียวหรือไม่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดและใช้เป็นแนวทางของแพทย์ในการสั่งการรักษาเสริม เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยหลังคลอดดียิ่งขึ้น รวมถึงศึกษาเพิ่มเติมว่าการใช้ผ้ารัดหน้าท้องสามารถทำให้ลดการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยลงได้หรือไม่

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวด (pain score) ในมารดาที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัดกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ผ้ารัดหน้าท้องและศึกษาปริมาณการใช้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดในกลุ่มมารดาที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบแบบ prospective study โดยการศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (เลขที่หนังสือรับรอง 001-2564) เลขที่โครงการวิจัย CBO Rec 05-2563

ประชากรที่ศึกษา คือ สตรีที่มาผ่าตัดคลอดที่อยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม โรงพยาบาลพนสนิมคม ตั้งแต่ เดือนกันยายน พ.ศ.2563 - กันยายน พ.ศ.2564 โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้ป่วยพิเศษสูติกรรมเท่านั้น เพื่อตัดปัจจัยภายนอก เช่น การเลี้ยงดูบุตรออก เพราะผู้ป่วยพิเศษสูติกรรมจะมีญาติที่ช่วยผู้ป่วยเลี้ยงดูบุตร แต่ผู้ป่วยตึกสามัญผู้ป่วยต้องเลี้ยงดูบุตรเองโดยไม่มีญาติเฝ้า ซึ่งอาจส่งผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่มากกว่า

1. กลุ่มศึกษา คือ สตรีที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดคลอดบุตรที่โรงพยาบาลพนสนิมคม ที่หลังคลอดใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัดในวันแรก และวันที่ 2 (post-op day 1-2)

2. กลุ่มควบคุม คือ สตรีที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดคลอดบุตรที่โรงพยาบาลพนสนิมคมที่หลังคลอดไม่ได้ใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัด ตลอดการรักษาตัวที่โรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดออก คือ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยหรือใช้ผ้ารัดหน้าท้องแต่ไม่ได้ครบตามกำหนด โดยเก็บข้อมูลทั่วไปของทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมซึ่งผู้ทำการวิจัยประเมิน คะแนนความเจ็บปวดในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยการเข้าไปสอบถามด้วยตัวเอง โดยเก็บข้อมูลคะแนนความเจ็บปวด ในวันที่ 1 และ วันที่ 2 ของการผ่าตัด เป็นการประเมินย้อนหลังหลังจากใส่ผ้ารัดหน้าท้องไปแล้ว 24-48 ชั่วโมงเป็นต้นไป วิธีการเก็บข้อมูล คือ ผู้วิจัย (มี 1 ท่าน) เข้าไปสอบถามคะแนนความเจ็บปวดภาพรวมทั้งสิ้น 2 ครั้ง ครั้งที่หนึ่งเข้าไปในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด (24 ชั่วโมงหลังใช้ผ้ารัดหน้าท้อง) เพื่อสอบถามคะแนนความเจ็บปวดย้อนหลังของวันที่ 1 หลังการผ่าตัด และครั้งที่สองเข้าไปในวันที่ 3 ของการผ่าตัด (48 ชั่วโมง หลังใช้ผ้ารัดหน้าท้อง) เพื่อสอบถามคะแนนความเจ็บปวดย้อนหลังของวันที่ 2 หลังการผ่าตัด โดยถือว่าผู้ป่วยได้ใช้ผ้ารัดหน้าท้องตามที่ได้รับคำแนะนำ (คำแนะนำคือรัดไว้ตลอดเวลาที่มีการกระตุ้นให้เดิน เคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมต่างๆ) ในส่วนของข้อมูลยาแก้ปวดได้จากเวชระเบียนที่พยาบาลบันทึกไว้ในกรจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย เป็นยาที่ผู้ป่วยร้องขอเพิ่มเติมเมื่อปวดแผล ไม่ใช่ยาแก้ปวดที่ได้เป็นปกติ

ผ้ารัดหน้าท้องที่ใช้ในการวิจัยจะมีข้อเดียวผลิตจากผ้าเทโร รอบสะโพกแบ่งเป็น ขนาด S-XL โดยรอบสะโพกตั้งแต่ 33-57 นิ้ว ผู้ป่วยจะมีการลองขนาดที่เหมาะสม และเป็นของใหม่ไม่มีการใช้ซ้ำ

การเก็บข้อมูลความเจ็บปวดใช้ Visual Analogue Scale (VAS) เป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ไม่มีตัวเลขให้เห็น ข้ายสุดจะเขียนว่าไม่ปวด และขวาสุดจะเขียนว่าปวดมากจนทนไม่ได้ ผู้ป่วยจะทำการกากบาทไปบนเส้นและให้ผู้ประเมินวัดเป็นคะแนนความเจ็บปวดโดยแบ่งความเจ็บปวดเป็น 10 ช่อง ช่องละ 10 มิลลิเมตร และดูว่า

ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดอยู่ในช่วงใด โดยที่ VAS จะละเอียดกว่าแปลเป็นตัวเลข 2 ตำแหน่ง โดยที่ Numerical Rating Scales (NRSs) เป็นตัวเลขโดด ตำแหน่งเดียว การตีความหมายของตัวเลขจะเหมือนกับ NRSs⁽¹²⁾

การคำนวณขนาดประชากรที่ใช้ในงานศึกษานี้ได้มาจากการทำ pilot study โดยแทนค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดของทั้งสองกลุ่ม และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้งสองกลุ่ม ใช้ค่า alpha value set ที่ 0.05 และค่า power set ที่ 90% ได้จำนวนกลุ่มศึกษา 56 ราย และกลุ่มควบคุม 56 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS for window version 22 (SPSS. Co., Ltd., Bangkok Thailand) คำนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลของการวิจัยของสองกลุ่มการทดลองเปรียบเทียบโดยใช้ independent T-test และ chi square test

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลมารดาหลังผ่าตัดคลอดในหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลพนสนิมคมจำนวนทั้งสิ้น 112 ราย โดยแบ่งกลุ่มออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มศึกษาคือ มารดาหลังคลอดบุตรที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังผ่าตัดวันที่ 1-2 จำนวน 56 ราย และกลุ่มควบคุมคือเป็นมารดาหลังคลอดบุตรที่ไม่ได้ใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังผ่าตัดวันที่ 1-2 จำนวน 56 ราย โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

	ใช้ฝักรัดหน้าท้อง (n=56) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช้ฝักรัดหน้าท้อง (n=56) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ (ปี), Mean ($\pm$ SD)	30.4($\pm$ 5.1)	30($\pm$ 5.3)	0.638
ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด			
ผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency)	16(28.6%)	26(46.4%)	0.051
ผ่าตัดแบบเลือก (elective)	40(71.4%)	30(53.6%)	
ชนิดของการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด			
spinal anesthesia	52(92.9%)	54(96.4%)	0.401
General anesthesia	4(7.1%)	2(3.6%)	
การลงแผล			
Pfannenstiel incision.	54(96.4%)	54(96.4%)	1
low midline incision	2(3.6%)	2(3.6%)	
จำนวนครั้งของการผ่าตัด			
1	37(66.1%)	36(64.3%)	0.980
2	18(32.1%)	19(33.9%)	
3	1(1.8%)	1(1.8%)	
ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัด (นาที), Mean ($\pm$ SD)	29.7($\pm$ 8.4)	31($\pm$ 9.6)	0.451
การทำหมันร่วมกับการผ่าตัด			
ไม่ทำหมัน	36(64.3%)	30(53.6%)	0.249
ทำหมัน	20(35.7%)	26(46.4%)	
น้ำหนักมารดาวันผ่าตัด (กิโลกรัม), Mean ($\pm$ SD)	73.8($\pm$ 7.9)	75($\pm$ 12.4)	0.555
ปริมาณการเสียเลือด (มิลลิลิตร), Mean ($\pm$ SD)	527.7($\pm$ 185.6)	531.3($\pm$ 201.0)	0.922
ปริมาณการใช้ยา tramadol ใน 24 ชั่วโมง (มิลลิกรัม), Mean ($\pm$ SD)	70($\pm$ 28.9) (n=25)	66.7($\pm$ 24.0) (n=27)	0.652
ปริมาณการใช้ยา NSAID ใน 24 ชั่วโมง (มิลลิกรัม), Mean ($\pm$ SD)	66.7($\pm$ 19.5) (n=15)	53.3($\pm$ 19.5) (n=15)	0.072

พบว่าลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุของผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในช่วง 17-42 ปี (แต่อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่จะได้รับการระงับปวดด้วยวิธีการให้ยาทางไขสันหลัง และได้รับการลงแผลแบบ Pfannenstiel เป็นส่วนใหญ่ ทั้งสองกลุ่ม ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดถ้าเป็นกลุ่มใช้ฝักรัดหน้าท้องส่วนใหญ่มักจะเป็นการผ่าตัดแบบรู้งวงหน้า (elective c/s) มากกว่าแบบฉุกเฉิน (emergency c/s) แต่ในกลุ่มที่ไม่ใช้ฝักรัดหน้าท้องจะเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉินมากกว่า แต่ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนครั้งในการผ่าตัดโดยมากจะ

เป็นการผ่าตัดครั้งแรกทั้งสองกลุ่ม และเป็นการผ่าตัดอย่างเดียวไม่ทำหมันมากกว่าการผ่าตัดคลอดพร้อมทำหมัน สำหรับยาที่ใช้หลังการผ่าตัดจะมียาในกลุ่ม opioid คือ tramadol และการใช้ยาในกลุ่ม NSAID คือ การใช้ Parecoxib ซึ่งเป็นการให้ตามคำสั่งแพทย์ที่สั่งจ่ายเมื่อผู้ป่วยร้องขอ tramadol 50 mg ให้ทางเส้นเลือดทุก 6 ชั่วโมง และ Parecoxib 40 mg ให้ทางเส้นเลือดทุก 12 ชั่วโมง พบว่าการได้รับยา ทั้ง tramadol และ NSAID ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดคือ ก่อนที่ผู้ป่วยจะทำการใช้ฝักรัดหน้าท้อง ทั้งสองกลุ่มไม่ได้มีปริมาณการใช้ยาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาคะแนนความเจ็บปวด

คะแนนความเจ็บปวด	ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (n=56) Mean(± SD)	ไม่ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (n=56) Mean(± SD)	p-value
วันที่ 1	4.6(± 1.9)	4.9(± 2.5)	0.528
วันที่ 2	3.2(± 1.8)	3.8(± 2.1)	0.086
ความแตกต่างของวันที่ 1 และ 2	1.4(0.9, 1.9)	1.0(0.3, 1.8)	0.415

ด้านผลการศึกษา (ตารางที่ 2) พบว่า คะแนนความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยของกลุ่มที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องมีคะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง ทั้งในวันที่หนึ่งและวันที่สอง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดระหว่างวันที่หนึ่งและวันที่สอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความเจ็บปวดที่ลดลงในวันที่สอง โดยกลุ่มที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องจะมีคะแนนความเจ็บปวดที่ลดต่ำลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ในด้านผลการศึกษาเรื่องปริมาณการให้ยาแก้ปวดหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (วัดปริมาณยาแก้ปวด 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด) พบว่า กลุ่มที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง มีการให้ยาแก้ปวด tramadol ในปริมาณมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มใช้ผ้ารัดหน้าท้องมีการใช้ยา NSAID น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องแต่ก็ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาปริมาณการให้ยาแก้ปวด

ชนิดของยาแก้ปวดที่ใช้ หลัง 24 ชั่วโมงของการผ่าตัด (มิลลิกรัม)	ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (n=56) Mean(± SD)	ไม่ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (n=56) Mean(± SD)	p-value
Tramadol	103.7 (± 66.4) (n=27)	92.6 (± 40.9) (n=27)	0.463
NSAID	78.5 (± 39.1) (n=40)	91.2 (± 42.2) (n=43)	0.160

วิจารณ์

การใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัดคลอดเพื่อลดความเจ็บปวดนั้นได้มีการปฏิบัติกันอยู่บ้างแต่ยังไม่แพร่หลายในโรงพยาบาลพหุศูนยกรรม แต่เมื่อได้รับคำแนะนำทำให้ผู้ป่วยบางกลุ่มมีความมั่นใจที่เลือกใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังการผ่าตัดคลอด ในขณะที่อีกกลุ่มเลือกที่จะไม่ใช้ผ้ารัดหน้าท้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยสองกลุ่มนี้มาเปรียบเทียบกันโดยใช้การให้คะแนนความเจ็บปวดแบบ VAS เป็นตัววัด พบว่า เมื่อวัดคะแนนความเจ็บปวดโดยรวม เปรียบเทียบกันในวันที่หนึ่งและวันที่สองของการผ่าตัดพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากวิจัยก่อนหน้านี้ทั้งงานวิจัยแบบ meta- analysis RCT

6 งานวิจัย⁽⁹⁾ หรือตัวอย่างงานวิจัยของ Jamie L. และคณะ⁽¹³⁾ แต่งานวิจัยดังกล่าวมีการเก็บข้อมูลคะแนนความเจ็บปวดแตกต่างจากงานวิจัยนี้ โดยมีการเก็บจำแนกคะแนนความเจ็บปวดเป็นมากที่สุด น้อยที่สุด ปวดปัจจุบันและปวดเฉลี่ย แตกต่างจากงานวิจัยนี้ที่เก็บ เพียงคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยเท่านั้น อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้กลับมีผลลัพธ์ตรงกันกับงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยโดยมีการเก็บคะแนนความเจ็บปวดทั้งก่อนเคลื่อนไหวก่อนและให้มีการเคลื่อนไหว (เดินเป็นเวลา 6 นาที) ผลลัพธ์คือคะแนนความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่รัดหน้าท้องกับไม่รัดหน้าท้อง⁽¹⁴⁾

สำหรับเครื่องมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้ และงานวิจัยก่อนหน้านี้ใช้เครื่องมือที่ต่างกัน โดยงานวิจัยก่อนหน้านี้⁽¹¹⁾ ใช้การเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม the Brief Pain Inventory-Short Form แต่งานวิจัยนี้ได้ใช้เครื่องมือเป็นการเข้าไปประเมินโดยผู้วิจัย ข้อดีที่พบว่าผู้ร่วมวิจัยยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการให้คะแนนความเจ็บปวดไม่สามารถใช้เครื่องมือได้โดยพบว่าขีดบนเส้นตรงของ VAS ไม่ตรงกับคะแนนความเจ็บปวดจริงที่รู้สึก

ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มนั้นพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้วิจัยทำการศึกษาและกำหนดการเก็บข้อมูลทั่วไป ตามการศึกษาของ Northern Peninsular of Malaysia ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอด⁽¹⁵⁾ การศึกษาเรื่องความแตกต่างของการลงแผลไม่ได้มีผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด⁽¹⁶⁾ emergency caesarean section กับ Elective caesarean section ไม่มีผลต่อความเจ็บปวดและการให้นมบุตรหลังผ่าตัด⁽¹⁷⁾ เป็นต้น

ในงานวิจัยนี้จากการวิเคราะห์สาเหตุ มีความเป็นไปได้ว่าในกลุ่มที่เลือกใช้ฝักรัดหน้าท้องนั้นส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม elective caesarean section เนื่องจากกลุ่มนี้มีการเตรียมตัวมาจึงมีข้อมูลเรื่องใช้ฝักรัดหน้าท้องหลังผ่าตัด หรืออาจเคยใช้มาก่อนในการผ่าตัดก่อนหน้านี้

สำหรับในแง่ของการใช้ยา tramadol และ NSAID ผู้วิจัยได้มีการเก็บข้อมูลแยกเป็นสองส่วน คือ ปริมาณการใช้ยา Tramadol และ NSAID ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ซึ่งปริมาณการใช้ยาในส่วนนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฝักรัดหน้าท้องเพราะยังไม่มี การให้ใช้ฝักรัดหน้าท้อง พบว่า ปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้⁽¹³⁾ ในแง่ของปริมาณการใช้ยา Tramadol และ NSAID หลัง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดไปแล้วคือ เมื่อกลุ่มศึกษาเริ่มได้รับการใช้ฝักรัดหน้าท้อง พบว่าปริมาณการใช้ยาทั้งสองก็ไม่ได้มีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ในด้านจำนวนชั่วโมงในการใช้ฝักรัดหน้าท้อง ผู้วิจัยไม่ได้นับจำนวนชั่วโมงในการใช้ฝักรัดหน้าท้อง โดยแนะนำให้รัดไว้ตลอดเวลาที่ลูกเดินหรือทำกิจกรรม แต่ในทางปฏิบัติผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่ได้ใส่ไว้ตลอดเวลาตามคำแนะนำ ถือเป็นจุดบกพร่องของงานวิจัยที่ไม่ทราบข้อมูลจำนวนชั่วโมงในการใช้ฝักรัดหน้าท้องที่แท้จริงของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มว่าแตกต่างกันหรือไม่ โดยผู้ทำการวิจัยได้แต่เข้าไปเก็บข้อมูลหลังจากที่ได้ให้ผู้ป่วยใช้ฝักรัดหน้าท้องผ่านไป 24-48 ชั่วโมงแล้วเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละท่านอาจไม่ได้รัดไว้ตลอดเวลาที่ทำกิจกรรมตามคำแนะนำอาจมีผลต่อผลการรักษาที่ทำให้คะแนนความเจ็บปวดไม่ได้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับสองกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย

ในด้านสถิติการวิจัยนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบ Prospective Study คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยดูผลลัพธ์ (คือความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด) ไม่ใช่การทำการทดลองแบบสุ่มหรือ RCT ตามแบบงานวิจัยอ้างอิง^(9,13) เนื่องจากผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูลโดยอิงจากการทำงานจริงในหอผู้ป่วย ว่าถ้าหากเราแนะนำตามมาตรฐานเรื่องการใช้ฝักรัดหน้าท้อง กลุ่มที่ต้องการใช้ฝักรัดท้องจริงๆ กับกลุ่มที่ไม่เลือกใช้นั้น จะมีคะแนนความเจ็บปวดและปริมาณการเข้ายาแก้ปวดแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

สรุป

การใช้ฝักรัดหน้าท้องหลังการผ่าตัดคลอด ไม่ได้มีผลต่อการลดความเจ็บปวดและลดการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยหลังคลอดในการศึกษาคั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. ความรู้เรื่องการผ่าท้องทำคลอดสำหรับประชาชนทั่วไป [บทความสำหรับประชาชน]. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2560]. ค้นได้จาก:URL:http://www.rtcog.or.th/.
2. ชีระ ทองสง. Cesarean section rate: How to control. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2560]. ค้นได้จาก:URL: http://www.medicine.cmu.ac.th/.
3. ชีระ สันเดชาภิรักษ์, สิริอร ศักดาบุญเดช, เกตนัสรี กอบกิจไพศาลสุข. การผ่าคลอด: การคลอดที่เราควรเลือกจริงหรือ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2560]. ค้นได้จาก:URL:http://doc.qa.tu.ac.th/.
4. Fuchs F, Benhamou D. [Post-partum management after cesarean delivery. Guidelines for clinical practice]. [Article in French] J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(10):1111-7. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.020.
5. Singh S, Nutan K, SP Jaiswar. Effectiveness of early ambulation on post-operative recovery among cesarean mothers. Int J Curr Res 2020;12(6):11938-45. DOI: https://doi.org/10.24941/ijcr.38983.06.2020
6. วิวัฒน์ ภัทริชवाल. ประสิทธิภาพของยา diclofenac ในการบำบัดอาการปวดภายหลังการผ่าตัดคลอดบุตรในโรงพยาบาลปทุมธานี. วชิรเวชสาร 2549; 50(3):173-8.
7. การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ Diclofenan injection. จดหมายข่าว HPVC Safty News. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2562]. ค้นได้จาก:URL:https://hvpcth.fda.moph.go.th/newsletter-54-2561/.
8. Karaca I, Ozturk M, Alay I, Ince O, Karaca SY, Erdogan VS, et al. Influence of Abdominal Binder Usage after Cesarean Delivery on Postoperative Mobilization, Pain and Distress: A Randomized Controlled Trial. Eurasian J Med 2019;51(3):214-8. doi: 10.5152/eurasianjmed.2019.18457.
9. Abd-ElGawad M, Said Ali A, Abdelmonem M, Elshamy NH, Abdeltawab AK, Abd El-Shafea M, et al. The effectiveness of the abdominal binder in relieving pain after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Gynaecol Obstet 2021;154(1):7-16. doi: 10.1002/ijgo.13607.
10. LeBlanc KA. Laparoscopic incisional and ventral hernia repair: complications-how to avoid and handle. Hernia 2004;8(4): 323-31. doi: 10.1007/s10029-004-0250-5.
11. Mustafa G, Alam S, Al Mamun A, Ahmad N, Alam K, Khan M. Percutaneous liver biopsy: technique and safety. Hepatogastroenterology 2011;58(106):529-31.
12. สหทัยา ไพบูลย์วรชาติ. Pain assessment and Measurement. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 มิถุนายน 2562]. ค้นได้จาก:URL:http://www.hospital.tu.ac.th/doc/workshop/CPG%20Acute%20Pain.pdf.
13. Gustafson JL, Dong F, Duong J, Kuhlmann ZC. Elastic Abdominal Binders Reduce Cesarean Pain Postoperatively: A Randomized Controlled Pilot Trial. Kans J Med 2018;11(2):1-19.

14. Chankhunaphas W, Charoenkwan K. Effect of elastic abdominal binder on pain and functional recovery after caesarean delivery: a randomised controlled trial. *J Obstet Gynaecol* 2020;40(4):473-8. doi: 10.1080/01443615.2019.1631768.
15. Jasim HH, Sulaiman SABS, Khan AH, S Rajah UA. Factors Affecting Post Caesarean Pain Intensity among Women in the Northern Peninsular of Malaysia. *J Clin Diagn Res* 2017;11(9): IC07-IC11. doi: 10.7860/JCDR/2017/25364.10630.
16. Habib AS, Wahl K, Gu J, Gan TJ. Adenosine Study Group. Comparison of postoperative pain outcomes after vertical or Pfannenstiel incision for major gynecologic surgery. *Curr Med Res Opin* 2009;25(6):1529-34. doi: 10.1185/03007990902959168.
17. Karlström A, Engström-Olofsson R, Norbergh KG, Sjöling M, Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36(5):430-40. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x.