

บทความวิชาการ

การจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด PAIN MANAGEMENT FOR PERINEAL PAIN RELIEF DURING THE POSTPARTUM PERIOD

พัชรา สมชื่อ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)¹

อุมาสวรรค์ ชูหา พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)²

สุภาวดี นาคสุขุม พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)³

Patchara Somchoe M.N.S. (Maternal And Child Nursing)¹

Umasawan Choocha, M.N.S. (Advance Midwifery)²

Supawadee Naksukum M.N.S. (Family Nursing)³

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายในมารดาหลังคลอด ความเจ็บปวดมักเกิดขึ้นในช่วง 1 – 2 วันหลังคลอดและอาจคงอยู่นานถึง 3 เดือน ความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอาจเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้น การจัดการความเจ็บปวดที่ดีย่อมส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความสุขสบายพ้นจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ : แผลฝีเย็บ, การจัดการความเจ็บปวด, ความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ

ABSTRACTS

Perineal pain from labor causes soreness and discomfort in postpartum mothers. Perineal pain usually occurs in 1-2 days after delivery and may persist as long as three months. Pain influences postpartum mothers physically and psychologically. It can also create negative attitudes toward labor in addition to higher treatment costs. Good pain management results in postpartum mothers having comfort and freedom from soreness.

Keywords : Episiotomy wound, pain management, perineal pain

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต Thailand E-mail: Patchara.sc@gmail.com

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร Thailand E-mail: umasawan2016@gmail.com

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร Thailand E-mail: Supawadee2511@gmail.com

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Kasembundit University, Bangkok, Thailand E-mail: Patchara.sc@gmail.com

²Lecturer, Faculty of Nursing, Shinawatra University, Pathumthani, Thailand E-mail: umasawan2016@gmail.com



บทนำ

การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด เป็นการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นเองจากการฉีกขาดตามธรรมชาติของกระบวนการคลอดหรือจากการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) เพื่อช่วยคลอดหรือทั้งสองอย่างรวมกัน¹ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ฝีเย็บสั้น การคลอดครั้งแรก ขนาดของทารก ลักษณะการเบ่งคลอด ท่าของทารกในครรภ์ ท่าคลอด วิธีคลอดและการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด การใช้เข็มช่วยคลอดมีโอกาสเกิดการฉีกขาดของฝีเย็บได้ถึงระดับ 3 และ 4² การบาดเจ็บของฝีเย็บส่งผลกระทบต่อผู้คลอด ได้แก่ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย ซึ่งระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ ความทนต่อความเจ็บปวดและประสบการณ์การคลอด ความเจ็บปวดมักเกิดขึ้นในช่วง 1 - 2 วันหลังคลอด พบว่าร้อยละ 92 มีอาการเจ็บปวดฝีเย็บในวันแรกหลังคลอด ร้อยละ 8 มีอาการปวดฝีเย็บจนถึง 2 - 3 เดือนหลังคลอด^{3,14} ดังนั้น การจัดการความเจ็บปวดที่ดีจะช่วยให้มารดาหลังคลอดพ้นจากความทุกข์ทรมานและมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดได้

การบาดเจ็บของฝีเย็บในระยะคลอด

การฉีกขาดและการบาดเจ็บบริเวณเนื้อเยื่อส่วนล่างของช่องคลอด ฝีเย็บ เกิดจากกระบวนการคลอดทางช่องคลอด ที่เกิดขึ้นในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งระดับความรุนแรงของการฉีกขาดและการบาดเจ็บของฝีเย็บจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความยืดหยุ่น ของกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บนอกจากนี้ระดับการฉีกขาดยังขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ทำคลอดในการใช้เทคนิคป้องกันการฉีกขาดในระยะคลอด เช่น เทคนิคการ safe perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดและทักษะการประเมนฝีเย็บก่อนตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด ดังเช่น ถ้าฝีเย็บของผู้คลอดมีความยืดหยุ่นดี ขนาดของทารกในครรภ์ไม่โตมาก ก็ไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด เพียงแต่ผู้ทำคลอดต้องมึเทคนิคในการ safe perineum ที่ดี ทารกก็สามารถคลอดออกมาได้โดยไม่ต้องตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด^{4,5}

การบาดเจ็บของฝีเย็บพบได้ร้อยละ 85 ของการคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด ซึ่งพบในมารดาครรภ์แรกมากกว่ามารดาครรภ์หลัง และมีมารดาครรภ์หลังส่วนน้อยที่ไม่ได้รับการบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด⁶ ซึ่งการบาดเจ็บของฝีเย็บ เกิดจากการที่ฝีเย็บได้รับอันตรายหรือเกิดการฉีกขาดในบริเวณเนื้อเยื่อหรือกล้ามเนื้อด้านหน้าของฝีเย็บ (Anterior perineal trauma) บริเวณ แคมส่วนบน (Anterior labia) ผนังช่องคลอด (Vaginal wall) ท่อปัสสาวะ (Urethra) และปมกระสุน (Clitoris) และการบาดเจ็บด้านหลังฝีเย็บได้แก่ กล้ามเนื้อฝีเย็บ ผนังช่องคลอดทางด้านหลัง กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักทั้งด้านนอกและด้านใน (External and internal anus sphincter) จนถึงผิวหนังด้านหน้าของทวารหนัก⁵ จากการศึกษาของสุริย์พร และคณะ⁷ เปรียบเทียบผลของการคลอดวิธีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดครรภ์แรกพบว่า ความแตกต่างของคะแนนระดับการฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างผู้คลอดในกลุ่มที่คลอดวิธีธรรมชาติ และกลุ่มที่การคลอดปกติ พบว่าผู้คลอดในกลุ่มที่คลอดวิธีธรรมชาติ มีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มที่คลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การแบ่งระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ

การฉีกขาดและการบาดเจ็บของฝีเย็บเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติจากกระบวนการคลอด หรือ การตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด (Episiotomy) ซึ่งการฉีกขาดของฝีเย็บแบ่งตามระดับความรุนแรงของความรู้สึกเนื้อเยื่อหรือกล้ามเนื้อที่ฉีกขาดแบ่งได้ 4 ระดับ 1,5,8,9 คือ 1. การฉีกขาดระดับ 1 (First degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังผนังช่องคลอด (Vaginal wall) และฉีกขาดถึงชั้นผิวหนังฝีเย็บ (Perineal skin) เท่านั้น เช่น เกิดรอยถลอก หรือ ฉีกขาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตร และไม่มีเลือดออก ส่วนที่ได้รับความเสียหายจะเป็น Fourchette และผิวหนัง 2. การฉีกขาดระดับ 2 (Second degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังผนังช่องคลอดและกล้ามเนื้อของฝีเย็บ แต่ยังไม่ถึงหูรูดทวารหนัก (Anal sphincter) พบได้ทั้งการฉีกขาดเองและการตัดฝีเย็บ 3. การฉีกขาดระดับ 3 (Third degree tear) เป็นการ

ฉีกขาดของผิวหนังผนังช่องคลอดจนถึงกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก แบ่งเป็น 3 ระดับ

3.1 ระดับ 3a หมายถึง การฉีกขาดน้อยกว่าร้อยละ 50 ของความหนาของกล้ามเนื้อหูรูดด้านนอก (External anal sphincter)

3.2 ระดับ 3b หมายถึง การฉีกขาดถึงหูรูด และทวารหนักด้านนอก มากกว่าร้อยละ 50 (External and sphincter)

3.3 ระดับ 3c หมายถึง การฉีกขาดถึงหูรูด และทวารหนักมากทั้งด้านในและด้านนอก (External and Internal anal sphincter) 4. การฉีกขาดระดับ 4 (Fourth degree tear) เป็นการฉีกขาดของฝีเย็บถึงหูรูดและทวารหนักด้านในจนถึงเยื่อทวารหนัก (Anal epithelium)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฉีกขาดและการบาดเจ็บของแผลฝีเย็บ ดังนี้คือ

1. ฝีเย็บสั้น (Short perineal) ฝีเย็บเริ่มวัดจาก Fourchette ถึงทวารหนักปกติจะยาวประมาณ 4.6 ± 0.9 เซนติเมตร และลึกจากผิวหนังลงไปประมาณ 4 เซนติเมตร ฝีเย็บสั้นส่วนมากจะพบในคนเอเชียซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บระดับรุนแรงได้ร้อยละ 3.31 ดังนั้น การตัดฝีเย็บแบบตรง (Midline episiotomy) ในผู้คลอดที่มีฝีเย็บสั้นจึงมีโอกาที่ฝีเย็บจะฉีกขาดถึงระดับ 3 และ 4 ได้¹

2. การคลอดครั้งแรก (Nulliparity) ผู้คลอดครั้งแรกหรือไม่เคยผ่านการคลอด ฝีเย็บและพื้น เเชิงการจะแข็งตึงและยืดขยายได้น้อย ในการคลอดครั้งแรกผู้คลอดจะได้รับการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง จากการศึกษาของ เสียรชัช ชัมวิจิตรและคณะ¹¹ ในโรงพยาบาลกระบี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 920 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์แรกหรือเคยคลอดทารกมีชีวิตเพียง 1 ครั้ง พบว่า การตัดฝีเย็บทำให้เกิดการฉีกขาดระดับ 3 มากกว่ามารดาที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. ลักษณะการเบ่งคลอด (Bearing down pushing) การเบ่งคลอดที่ไม่รุนแรงจะลดความตึงตัวของช่องทางคลอด เพราะกล้ามเนื้อฝีเย็บค่อยๆ ยืดขยาย การยืดขยาย

แบบคงที่และช้าๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อฝีเย็บมีความยืดหยุ่นมากขึ้น การเบ่งคลอดแรงๆ จะทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงแรงและรวดเร็ว ทำให้เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บได้มากขึ้น ในการคลอดผู้ทำคลอดจะใช้วิธี Modified Ritgen's maneuver โดยใช้มือข้างที่ถนัดประคองและดัน (guard) บริเวณฝีเย็บพร้อมทั้งใช้มืออีกข้างหนึ่งกดเบาๆ บริเวณใต้ท้ายทอยของทารก ให้ก้มและโดยศีรษะทารกให้เงยขึ้นขณะที่ส่วนที่กว้างที่สุดของศีรษะทารกกำลังคลอดออกมา ทำให้ศีรษะทารก คลอดออกมาช้าๆ เป็นแนวทางในการป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอดของสูติแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์¹²

4. ทารกในครรภ์ตัวโต (Macrosomia) ทารกตัวโต หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัมขึ้นไป ซึ่งจะทำให้สัดส่วนของศีรษะทารกและช่องทางคลอดไม่สมดุลกัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บชนิดรุนแรงในมารดาครรภ์แรก

5. ท่าของทารกในครรภ์ (Malpresentation) ทารกในครรภ์ที่เป็นท่าก้น (Breech presentation) ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง (Occiput posterior position) ท่าหน้า (Face presentation) ท่าหน้าผาก (Brow presentation) เป็นท่าที่เสี่ยงต่อการคลอดยากและคลอดยาวนาน จึงทำให้ฝีเย็บเกิดการบาดเจ็บจากการคลอดยาวนาน

6. ท่าคลอด (Position) ท่าคลอดที่ส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำและทำให้คลอดง่าย ลดการบาดเจ็บของฝีเย็บคือ ท่าคลอดศีรษะสูงและลำตัวตั้งขึ้น เช่น ท่านั่ง (Sitting position) ท่ากึ่งนั่ง (Semi - sitting position) ท่านั่งคุกเข่า (Kneeling position) ท่านั่งยอง (Squatting position) ท่ายืน (Standing position) ท่าคลอดศีรษะสูงช่วยทำให้คลอดง่าย ลดการตัดฝีเย็บและลดการบาดเจ็บของช่องทางคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ อำพาพร ผิวอ่อนและคณะ¹³ ศึกษาเกี่ยวกับ การจัดการฝีเย็บต่อการบาดเจ็บและความเจ็บปวด ของช่องทางคลอดในผู้คลอดครั้งแรก จำนวน 52 ราย โดยเมื่อปากมดลูกเปิดหมดผู้ทำคลอดจัดทำผู้คลอดในท่ากึ่งนั่งชันเข่า ร่วมกับการจัดการฝีเย็บในระยะคลอดพบว่า ผู้คลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองมีการบาดเจ็บของช่องทางคลอดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทาง



สถิติ ($p < 0.001$)

7. วิธีการคลอดและการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Method of labor) ผู้คลอดที่คลอดยากและคลอดยาวนาน ที่เกิดปัญหาจากการคลอด เช่น แม่ไม่มีแรงเบ่ง ซึ่งจำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด จำพวกการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum) การใช้คีม (Forceps) จำเป็นต้องตัดฝีเย็บให้กว้าง ซึ่งเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและฉีกขาดของฝีเย็บเพิ่มขึ้น²

ผลกระทบจากความเจ็บปวดฝีเย็บต่อผู้คลอด

ความเจ็บปวด ความเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บเกิดจากการชอกช้ำ บาดเจ็บ อักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณแผลฝีเย็บจากการฉีกขาดตามธรรมชาติหรือการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด ความเจ็บปวดเกิดได้ทั้งเวลาสั้นๆหลังคลอด 1 - 2 วัน หรือนานเป็นเดือน³ ทำให้มารดาหลังคลอด ลูก นั่งลำบาก ไม่สุขสบายขณะนั่งให้นมบุตร ปัสสาวะ อุจจาระลำบาก เพราะกลัวแผลฝีเย็บแฉก โดยเฉพาะแผลฝีเย็บที่ฉีกขาดระดับ 3 หรือ 4 ทำให้มารดาหลังคลอดเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่สุด ส่วนมารดาที่แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 1 หรือ 2 จะเจ็บปวดน้อยกว่า ทั้งนี้ระดับความเจ็บปวดยังขึ้นอยู่กับความทนต่อความเจ็บปวดของมารดาในแต่ละรายด้วย กรณีที่ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บมารดาหลังคลอดจะรู้สึกเจ็บปวดได้เช่นกัน เนื่องจากการกระทบกระเทือนจากการคลอด ในมารดาที่ใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น คีม (Forceps) หัวดูด (Vacuum) จำเป็นจะต้องตัดฝีเย็บให้กว้างเพื่อช่วยคลอด ยิ่งทำให้กล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บเกิดแผลกว้างและลึก เกิดการบอบช้ำ บวม เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากกว่าการคลอดในรายปกติ จากการศึกษาของ Shoelai, Dawati, & Zayeri¹⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดในมารดาครรภ์แรก ผู้คลอดติดตามในช่วงระยะเวลา 3 เดือนหลังคลอด พบว่าผู้คลอดมีอาการเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บใน 1 วันแรกหลังคลอด ร้อยละ 96.4 ใน 10 วันหลังคลอดพบร้อยละ 63 ใน 40 วันหลังคลอด พบร้อยละ 25 และ 3 เดือนหลังคลอดพบมากถึงร้อยละ 12

การขับถ่ายลำบาก มารดาหลังคลอด 1 - 2 วันแรก จะขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระลำบาก เนื่องจากอาการเจ็บปวด

ฝีเย็บ ทำให้มารดาหลังคลอดไม่กล้าขับถ่าย ก่อให้เกิดอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท้องผูก อุจจาระลำบาก ส่งผลในระยะยาวทำให้กล้ามเนื้อช่องคลอดหย่อนยาน การควบคุมการขับถ่ายบกพร่อง ร้อยละ 36.6 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urine incontinence) เกิดปัสสาวะเล็ด (Stress urinary incontinence) ร้อยละ 53.8 กลั้นอุจจาระไม่ได้ (Fecal incontinence) ร้อยละ 9.9 และช่องคลอดหย่อนยาน (vaginal prolapse) ร้อยละ 2.215

ปัญหาเพศสัมพันธ์ การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอดจะทำให้มารดา เกิดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากคลอดใน 10 วัน 40 วัน และ 3 เดือน ร้อยละ 100 66 31.2 ตามลำดับ¹⁴ และจากการศึกษา ติดตามในช่วง 2 ปีหลังคลอด พบว่า การตัดฝีเย็บขณะคลอด ทำให้ช่องคลอดแห้งและเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์¹⁶

สัมพันธ์ภาพมารดาและทารกลดลง หลังคลอด 1-2 วันแรก มารดายังคงมีความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ การเคลื่อนไหวลำบาก ไม่ว่าจะเป็นการนั่ง การเดิน การยืน การนอน การช่วยเหลือตนเองลดลงทำให้มารดาหลังคลอดไม่สุขสบาย รวมถึงความสามารถในการดูแลทารก การให้นมแม่ลดลง และล่าช้า สัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกลดลง ทำให้มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลและเครียดมากยิ่งขึ้น อาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการดูแลบุตรตามมา

สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แผลฝีเย็บที่ฉีกขาดระดับ 3 หรือ 4 จะสิ้นเปลืองวัสดุในการเย็บมากและมารดาหลังคลอดจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เนื่องจากต้องรักษาต่อเนื่องจนหาย เพิ่มระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการนอนในโรงพยาบาลและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองและบุตร

ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด ผลกระทบจากความเจ็บปวดฝีเย็บต่อผู้คลอด ไม่ว่าจะจะเป็นความเจ็บปวด การขับถ่ายลำบาก ปัญหาเพศสัมพันธ์ สัมพันธภาพมารดาและทารก ลดลง ตลอดจนสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจากการที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอดทั้งสิ้น

การบาดเจ็บของฝีเย็บก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่

สุขสบายหลังคลอด การฉีกขาดระดับ 3 หรือ 4 ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจะมากกว่าระดับ 1 หรือ 2 ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการฉีกขาดแผลฝีเย็บที่รุนแรง จะช่วยลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแผลฝีเย็บลงได้

การจัดการความเจ็บปวดฝีเย็บ

การจัดการความเจ็บปวดฝีเย็บหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มความสุขสบายให้มารดาหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมารดาหลังคลอดมากที่สุด วิธีการเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บมีหลายวิธี ดังนี้

1. การลดแรงกดที่ฝีเย็บ ท่านั่ง ควรนั่งลงแก้มก้นด้านใดด้านหนึ่ง หรือนั่งพับเพียบ ไม่ควรนั่งทับแผลฝีเย็บโดยตรง มารดาหลังคลอดควรหาห่วงยางเล็กๆหรือหมอนโดนัทรองนั่ง เพื่อไม่ให้แผลฝีเย็บถูกกดทับ ทำให้การไหลเวียนของเลือดปกติ ส่งเสริมการหายของแผล และหลีกเลี่ยงการนั่งท่าที่ทำให้ขาหนีบแยกออกจากกัน เช่น ท่านั่งขัดสมาธิ เพราะทำให้แผลถูกดึงรั้ง เกิดการเจ็บปวดแม้จะไม่ทำให้แผลแยกก็ตาม ท่านอนตะแคงไปในด้านฝั่งตรงข้ามกับแผลฝีเย็บ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดแรงกดทับบริเวณแผลฝีเย็บได้

2. การใช้ความเย็น ประคบเย็นมักทำในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยเฉพาะหลังเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ การประคบเย็น จะช่วยลดอาการบวม ลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บลงได้¹ เพราะความเย็นจะทำให้เส้นเลือดบริเวณที่ประคบเกิดการหดตัว และยังช่วยลดการนำกระแสประสาท ลดการถูกกระตุ้นของปลายประสาทจึงทำให้ความเจ็บปวดลดลง มีรายงานหลายฉบับที่ใช้ความเย็นเพื่อลดบวมและลดปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด เช่น การศึกษาของ นริชชญา หาดแก้ว และ ปราณี อธิโสภณ¹⁷ ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นประคบแผลฝีเย็บที่ตัดแบบเฉียงและฉีกขาดระดับสองในมารดาหลังคลอดทันที โดย นำแผ่นเจลไปแช่ตู้เย็น อุณหภูมิที่ใช้ประคบแผลฝีเย็บคือ 10 - 12 องศาเซลเซียส ประคบนาน 15 นาที ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยก่อนประคบทำความสะอาดแผลฝีเย็บและปิดด้วยก๊อชปราศจากเชื้อ ก่อนวางแผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นทับ พบว่าค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังการประคบทันที

หลังการประคบ 30 นาที หลังการประคบ 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง หลังคลอด พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นประคบและกลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์ไม่เย็นประคบ พบว่ากลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นประคบมีค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า กลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์ไม่เย็นประคบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชย์ นิมไซยพันธ์และคณะ¹⁸ ใช้ถุงน้ำเย็นผลิตเองโดยใช้ ซองบรรจุชุด IV Set ที่ใช้แล้วตัดขนาด 2 x 4 นิ้ว บรรจุน้ำ 80 มิลลิลิตรปิดผนึกแล้วนำไปแช่เย็นที่อุณหภูมิ 3 - 5 องศาเซลเซียส ห่อถุงน้ำเย็นด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อแล้วใส่ในผ้าอนามัย ก่อนนำไปประคบแผลฝีเย็บผู้คลอดทันทีหลังเย็บแผลเสร็จเพื่อบรรเทาอาการปวดและบวม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นแผลฝีเย็บมีอัตราการลดบวม ลดปวดและมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประคบเย็น จากการศึกษาของ สุภาพร พรารมย์ และคณะ¹⁹ ศึกษาเปรียบเทียบในมารดาหลังคลอด 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดโดยใช้ผ้าอนามัยขนาด 6 x 12 เซนติเมตร ชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อ 20 ซีซี แล้วนำไปแช่ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 10 องศาเซลเซียสอย่างน้อย 20 นาที อุณหภูมิที่ผ้าอนามัยก่อนประคบ 10 - 14 องศาเซลเซียส กลุ่มที่ 2 ได้รับการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น 20 ซีซี อุณหภูมิที่ผ้าอนามัยก่อนประคบ 10 - 14 องศาเซลเซียส เช่นกัน ประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดทันที 30 นาทีหลังประคบครั้งที่ 1 และ 60 นาทีหลังประคบครั้งที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ไม่ได้รับการประคบเย็น พบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการประคบเย็น และการศึกษาของ รังสิณี พูลเพิ่ม²⁰ ใช้ผ้าอนามัย (Female Pad) ตัดครึ่งชุบ sterile water ใส่ในห่อพลาสติก sterile แล้วนำไปแช่ในช่องแข็งของตู้เย็น เมื่อรกรคลอดแล้วให้ นำออกมาจากตู้เย็นวางไว้ที่อุณหภูมิห้อง เพื่อให้อุณหภูมิเพิ่มขึ้นเป็น 10 - 15 องศาเซลเซียส เมื่อเย็บแผลเสร็จเรียบร้อยแล้วรองแผลด้วยแผ่นผ้า sterile gauze แล้ววางผ้าอนามัยเย็นตามแนวของแผลฝีเย็บด้านนอกและ



ใช้ผ้าอนามัยอีก 2 ผืน วางทับผ้าอนามัยเย็นเพื่อกันหลุด ประมาณ 15 นาที และประคบทุก 15 นาทีต่อเนื่องจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดประเมินความเจ็บปวด พบว่า ลดอาการบวมของแผลฝีเย็บ ลดอาการปวด และลดการใช้ยาแก้ปวด

สรุปได้ว่า การประคบเย็นทันทีหลังเย็บแผลเสร็จ ความเย็นที่อุณหภูมิ 10 - 14 องศาเซลเซียส โดยประคบนาน 15 นาที และประคบทุก 15 นาทีต่อเนื่องจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่เป็นอันตรายต่อมารดาหลังคลอด ทำให้แผลฝีเย็บลดบวม ลดปวดและลดการใช้ยาแก้ปวดหลังคลอดได้

3. การใช้ความร้อน ความร้อนจะทำให้แผลฝีเย็บแห้ง ลดบวม ลดปวดและส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น นิยมอบแผลฝีเย็บหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว โดยใช้โคมไฟแสงอินฟราเรด ส่องที่แผลฝีเย็บโดยตรง ระยะห่าง 1 ฟุตครึ่ง อบอุ่น 15 นาที²¹ การนั่งแช่น้ำอุ่น (Hot sitz bath) ควรทำหลังคลอด 3 วันเป็นต้นไป โดยนั่งแช่น้ำอุ่น วันละ 2 ครั้งๆ ละ 10 - 20 นาที เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดี ในน้ำอาจผสมน้ำมันหอมระเหยเพื่อให้ผ่อนคลาย เช่น ลาเวนเดอร์ (Lavender) หรือ คาโมมาย (Chamomile)

4. การบริหารฝีเย็บ เช่น การทำ Kegel exercise โดยการขมิบช่องคลอด ควรทำวันละ 100 - 300 ครั้ง จะช่วยส่งเสริมการหายของแผล และช่วยให้กล้ามเนื้อรอบช่องคลอดและฝีเย็บหดตัวดี และแข็งแรง

5. การรับประทานยาแก้ปวด paracetamol²² จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าช่วยลดอาการปวดแผลฝีเย็บได้ และผลข้างเคียงน้อยกว่า non-steroidal anti-inflammatory drug.

6. การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม non steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) เหน็บทางทวารหนัก²³ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ระงับปวดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดได้

7. การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง²⁴ มีความเชื่อว่าสามารถทำให้กระบวนการอักเสบของแผลดีขึ้น ลดการบวม ลดการคั่งของเลือดที่แผลฝีเย็บ จึงทำให้บรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บหลังคลอดทันทีได้ แต่หลักฐานที่มียังจำกัดอยู่คงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

สรุป การจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยมารดาหลังคลอดให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด พยาบาลไม่ว่าจะอยู่ในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดหรือหลังคลอด ล้วนมีความสำคัญที่จะเตรียมหรือดูแล บรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บให้กับมารดาทั้งสิ้น ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับการบาดเจ็บของฝีเย็บ และการจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

การจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด พยาบาลควรนำความรู้และผลการวิจัยมาสร้างแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับหน่วยงาน เพื่อใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด ทั้งนี้เพื่อลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด และเตรียมความพร้อมของมารดาหลังคลอดในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Rouse, D. & Spong C.. William Obstetrics. 24th ed. New York : McGraw-Hill, 2014: 1101-1148.
2. ปวีตร สุจริตพงศ์. สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด. ใน ประภัสร์ วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัตมีเจริญและตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี. เอ.ลีฟวิง จำกัด, 2560: 384 - 396.
3. Andrews V., Thekar R., Sultan AH., Jones PW. Evaluation: postpartum perineal pain and dyspareunia. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2008; 137:152-156.
4. Ommolbanin Z., Hajar P. & Mahbobeh F. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration. Retrieved November 25, 2018, from <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.61003>



5. Vicky C. & Cathy C..The Midwife's Labour and Birth Handbook. 3rd ed.. Singapore: Ho Printing. 2013; 64 – 82.
6. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. The management of third and fourth-degree perineal tears. Guideline no. 29. London: RCOG. 2015; 2 – 19.
7. สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์และ ปราณี พงศ์ไพบูลย์. ผลของการคลอดวิธีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรก. Songkla Med J 2555; 30(4):179-187.
8. Vicky C. & Cathy C..The Midwife's Labour and Birth Handbook. 3rd ed.. Singapore: Ho Printing. 2013; 66 – 88.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Limitations of Perineal Lacerations as an Obstetric Quality Measure 2015. Committee Opinion No. 647, Obstet Gynecot.; 126 (5): 108-111.
10. Dahlen HG, Homer C, Cooke M, Upton AM, Nunn R & Brodrick B.. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor Birth. Birth 2007; 34(4):282-90.
11. เจียรชัย ชันวิจิตร. ภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอดที่ได้รับการตัดหรือไม่ตัดฝีเย็บโรงพยาบาลกระบี่. วารสารกรมการแพทย์ 2559; 41(5):108-112.
12. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Rouse, D. & Spong C.. William Obstetrics. 23th ed., New York : McGraw-Hill. 2010; 189 – 214.
13. อำพาพร ผิวอ่อน, ฉวี เบาทรวง และนันทร แสนศิริพันธ์. ผลของการจัดการฝีเย็บต่อการบาดเจ็บและความเจ็บปวด ของช่องทางคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. Nursing Journal 2558; 42(2):93 - 103.
14. Shojaei KK, Dawati A & Zayeri F. Frequency and side effect of episiotomy inPrimiparous women: a three-month longitudinal survey. J Qom Univer Med Scien 2009; 3: 47-50.
15. Williams A, Herron-Marx S & Hicks C.. The prevalence of enduring postnatal perinea morbidity and its relationship to perineal trauma. Midwifery. 23thed, 2007: 392-403.
16. Ejegard H, Ryding EL & Sjogren B. (2008). Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow up. Gynecol Obstet Invest 2008; 66: 1 - 7.
17. นริชชญา หาดแก้ว และ ปราณี ชีโรโสภณ. ผลของการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ต่อความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด. Journal of Phrapokkiao Nursing College 2558; 26 Suppl.1 September: 1 - 13
18. จิรัชัย นิ้มไชนันท์, ชุติพร การะภักดี และพวงนีย์ สังข์เงิน. ผลการประคบแผลฝีเย็บผู้คลอดด้วยถุงน้ำเย็นผลิตเองเพื่อบรรเทาอาการปวดและบวม. สรรค์ประชากรเวชสาร 2555; 9(3): 127 - 141.
19. สุภาพร ประรามย์ และคณะ.ผลของการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็นและผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558; 25(1): 133 – 143.
20. รังสินี พูลเพิ่ม. ผ้าอนามัยเย็น : วิธีลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(3): 32 - 37.
21. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ. การดูแลสตรีระยะหลังคลอด (Puerperium care). เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2518. จาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=473:postpartum-care&catid=38&Itemid=480



22. Chou D, Abalos E, Gyte GM & Gulmezoglu AM. Paracetamol / acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. Retrieved November 25, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238369>
23. Hedayati H, Parsons J & Crowther CA.. Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth 2003. Retrieved November 25, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917995>
24. Hay-Smith EJ.. Therapeutic ultrasound for postpartum perineal pain and dyspareunia 2000. Retrieved November 25, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796210>