

นิพนธ์ต้นฉบับ

การลดแผลเป็นตีนตะขาบของ แผลผ่าตัดทำหมันหลังคลอดในโรงพยาบาลแก่ง

สมนึก เตชะพะโลกุล พ.บ.*

Abstract : Scar Reduction in Postpartum Sterilization Wound at Klaeng Hospital
Somnuek Techapalokun M.D.*

* Klaeng Hospital, Rayong Province, Thailand

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2011;25-32

Objective : To determine the safety and patient satisfaction of making early stitch off with applying skin tape instead in order to reduce the suture - related scars of postpartum sterilization wounds.

Material and Method : A prospective study was conducted at Department of Obstetrics and Gynecology, Klaeng hospital. Sixty-six women who underwent postpartum sterilization were included. At 24 hours postoperatively, early stitch off was made and skin tape was applied in place of the suture material in order to reduce suture – related scar. Complications and patient satisfaction were collected.

Results : The rate of wound dehiscence was 1.5 percent and there was no wound infection in this study. Patient satisfaction level was high and very high.

Conclusion: Early stitch off with applying skin tape instead was the safe method to reduce the suture - related scars with high level of patient satisfaction.

Key Word : Postpartum sterilization wound, surgical scar, skin tape

* กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแก่ง จังหวัดระยอง

บทนำ

เมื่อปี พ.ศ. 2473 ที่โรงพยาบาลศิริราช ได้มีการนำวิธีผ่าตัดทำหมันหญิงหลังคลอด แบบ Schroder จากประเทศเยอรมนี เข้ามาทำในประเทศไทย¹ หลังจากนั้น การผ่าตัดทำหมันหญิงหลังคลอดได้รับการพัฒนาเรื่อยมาและกลายเป็นวิธีการทำหมันที่นิยมมากที่สุดเพราะทำได้ง่าย และแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ลักษณะของการทำหมันหญิงที่สมบูรณ์ในอุดมคติมีลักษณะ 10 ประการ² คือ 1) มีอันตรายน้อย 2) มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง 3) ใช้เครื่องมือที่ง่าย ราคาไม่แพง 4) แผลผ่าตัดมีแผลเป็นน้อย หรือไม่เห็นแผล 5) ผู้คลอดสามารถกลับบ้านได้เร็ว 6) วิธีผ่าตัดง่าย รวดเร็ว และสะดวก 7) ให้บริการในลักษณะผู้ป่วยนอก 8) ใช้จ่ายเฉพาะที่ในการผ่าตัด 9) ผู้รับบริการต้องไม่เจ็บปวดจากการผ่าตัดหรือถ้ามีต้องมีน้อยที่สุด และ 10) ต้องสามารถทำการแก้หมันได้ถ้าต้องการมีบุตรเพิ่ม จากลักษณะดังกล่าว เมื่อนำมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงการทำหมันหญิงหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่ง ผู้ศึกษาเห็นว่า การลดแผลเป็นดินตะขาบจากการผ่าตัดเป็นสิ่งที่น่าสนใจและสามารถเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการได้

แผลเป็นดินตะขาบเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ การทิ้งวัสดุเย็บไว้นาน และวัสดุเย็บรัดผิวหนังแน่นจนทำให้เกิดเป็นแผล³⁻⁷ ตามปกติแผลที่เย็บแล้วใน 24 - 48 ชั่วโมงแรก จะบวมค่อนข้างมาก ทำให้วัสดุเย็บยิ่งรัดผิวหนังมากขึ้นจนเกิดแผลที่รอยรัด และเกิดเป็นแผลเป็นดินตะขาบ

ก่อนหน้านี้นักศึกษาได้พยายามลดแผลเป็นด้วยการตัดใหม่เร็วขึ้นและใช้เทปกาวช่วยติดลดแรงดึงของแผล พบว่าแผลเป็นลดลงเป็นที่น่าพอใจ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเป็นระบบถึงผลลัพธ์ ภาวะ

แทรกซ้อนเช่นแผลแยก แผลติดเชื้อ ฯลฯ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

นอกจากนั้นผู้ศึกษาได้พิจารณาถึงต้นทุนของการลดแผลเป็นดินตะขาบด้วยวิธีการอื่นแล้ว เห็นว่า โดยวิธีการนี้ประหยัดกว่าวิธีอื่น ทั้งค่าวัสดุ (ราคาเทป 15.50 บาทต่อคน) และค่าเดินทางที่สามารถลดการเดินทางมาตัดใหม่ที่โรงพยาบาลของผู้รับบริการ เพราะสามารถแกะเทปด้วยตนเองได้เมื่อครบกำหนด โดยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงต้องการทำการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์ ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้รับบริการเพื่อเป็นข้อมูลใช้พิจารณาใช้การดูแลนี้แทนวิธีเดิมในการดูแลแผลผ่าตัดทำหมันหญิงหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่ง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้รับบริการทำหมันหญิงที่ใช้วิธีการตัดใหม่เร็ว ร่วมกับการใช้เทปยึดผิวหนังในแผลผ่าตัดทำหมันหลังคลอด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้รับบริการทำหมันหญิงที่ใช้วิธีการตัดใหม่เร็ว ร่วมกับการใช้เทปยึดผิวหนังในแผลผ่าตัดทำหมันหลังคลอด และใช้เป็นหลักฐานเพื่อเปลี่ยนวิธีการดูแลแผลหมันหญิงหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่ง

วัสดุและวิธีการ

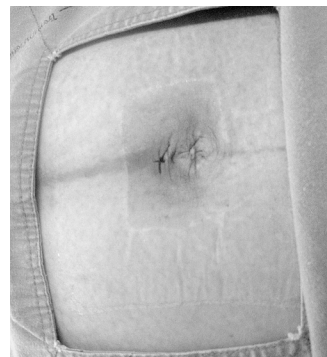
เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลแบบไปข้างหน้าของหญิงหลังคลอดที่เข้ารับการผ่าตัดทำหมัน ระหว่างวันที่

1 เมษายน พ.ศ. 2554 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2554 ทุกรายทำการผ่าตัดโดยแพทย์คนเดียว คือ ผู้ศึกษา เย็บชั้นผิวหนังด้วย Silk เบอร์ 3-0 แบบ vertical mattress ปิดแผลด้วยผ้าก๊อช และพลาสติก (ภาพที่ 1) หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง (ภาพที่ 2) เปิดแผลเพื่อติดเทปและตัดไหมโดยใช้เทปขนาด 0.64 x 4.0 เซนติเมตร บริเวณข้างวัสดุเย็บทั้ง 2 ข้าง (ส่วนใหญ่เย็บ 1 เข็ม) (ภาพที่ 3) แล้วจึงตัดไหมออก จากนั้นติดเทปบริเวณที่เพิ่งตัดไหมออก (ภาพที่ 4)

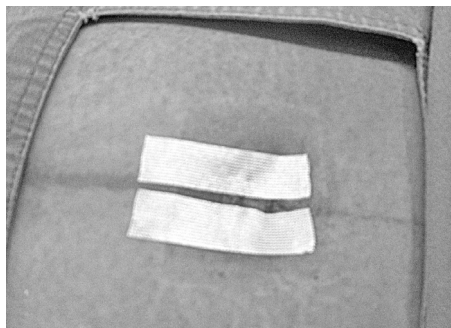
เป็นการปิดแผลทั้งหมดโดยไม่ต้องใช้ผ้าก๊อชปิดแผล แล้วปิดพลาสติก ขนาด 5 x 8 เซนติเมตร ทับแผ่นเทป (ภาพที่ 5) ซึ่งแผ่นพลาสติกจะช่วยยึดแผลร่วมกับเทปด้วย หลังผ่าตัด 7 วัน นัดมารดามาเปิดแผลและแกะเทปออก ตรวจลักษณะแผลว่ามีการอักเสบหรือแผลแยกหรือไม่ สอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของมารดาเกี่ยวกับความสวยงามของแผล บันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา



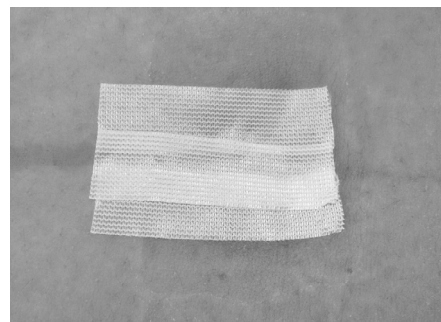
ภาพที่ 1 การปิดแผลในวันแรก



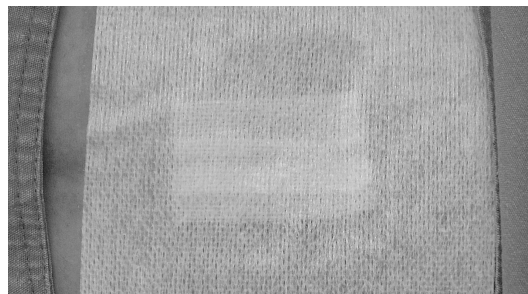
ภาพที่ 2 เปิดแผลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง



ภาพที่ 3 ติดเทปขนาด 0.64 x 4.0 cm ข้างวัสดุเย็บ



ภาพที่ 4 ตัดไหมออก ติดเทปชั้นที่ 3



ภาพที่ 5 ปิดพลาสติกขนาด 5 x 8 cm ทับแผ่นเทป

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของหญิงที่เข้ารับการผ่าตัด ทำหมันหญิงหลังคลอด ในช่วงเวลาที่ศึกษามี ผู้เข้ารับการบริการทั้งหมด 66 ราย อายุตั้งแต่ 19 - 43 ปี เฉลี่ย 29 ปี น้ำหนักตั้งแต่ 46 - 110 กิโลกรัม เฉลี่ย 69 กิโลกรัม สัญชาติไทย 61 ราย ไม่ใช่สัญชาติไทย 5 ราย ระยะเวลาทำการผ่าตัด ตั้งแต่ 7 นาทีถึง 34 นาที เฉลี่ย 14 นาที ความยาวของแผลผ่าตัดตั้งแต่ 1.0 เซนติเมตร ถึง 2.5 เซนติเมตร เฉลี่ย 1.5 เซนติเมตร ใช้การระงับความรู้สึกแบบ Intravenous anesthesia

น้ำหนักของผู้เข้ารับบริการทำหมัน สูงสุด 110 กิโลกรัม ซึ่งคนอ้วนมีผลให้แผลผ่าตัด ยาวมากขึ้น ใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น แต่สามารถเย็บแผล 1 เข็มได้ มีเพียง 2 รายที่เย็บแผล 2 เข็ม เพราะอ้วนมาก (น้ำหนัก 98 และ 110 กิโลกรัม)

ผลลัพธ์ของการดูแลแผลผ่าตัด เมื่อผู้รับ บริการมาเปิดแผลในวันที่ 7 หลังผ่าตัดแผลหายดี รอยแผลผ่าตัดเรียบร้อยเป็นที่น่าพอใจ (ภาพที่ 6)

พบแผลแยก 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 ไม่พบแผลติดเชื้อ รายที่แผลแยกแผลยาว 1.3 เซนติเมตร ขอบผิวหนังแยกห่างกัน 0.2 เซนติเมตร แต่ไม่มีติดเชื้อ



ภาพที่ 6 แผลหลังผ่าตัด 7 วัน เมื่อดอกเทปออก

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจเกี่ยวกับแผลผ่าตัดทำหมัน

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	19/66	28.79
มาก	34/66	51.52
ปานกลาง	13/66	19.69
น้อย	-	-
น้อยที่สุด	-	-

หญิงหลังคลอดที่เข้ารับการทำหมันที่ ตอบว่า มีความพึงพอใจแผลทำหมันในระดับมากที่สุด มีร้อยละ 28.79 ของทั้งหมด ระดับพอใจ มากร้อยละ 51.52 ระดับปานกลางร้อยละ 19.69 แสดงว่า 3 คนใน 4 คน มีความพึงพอใจระดับ มากและมากที่สุด ที่เหลือ 1 คน มีความพึงพอใจ ปานกลาง ไม่มีผู้ที่มีความพึงพอใจน้อย หรือน้อย ที่สุด

วิจารณ์

ปกติการใช้เทปอย่างเดียว³ โดยไม่เย็บ แผล แนะนำใช้ในแผลที่เล็กและตื้น ไม่ควรใช้กับ แผลใหญ่และลึก ดังเช่นแผลทำหมันหลังคลอด เพราะแผลใหญ่มีแรงดึงที่ขอบแผลมากกว่า ทำให้ แผลแยกและเกิดผิวหนังเกยกันได้แผ่นเทป ทำให้ เกิดแผลเป็นได้มาก ไม่สวยงาม การศึกษานี้ แม้เป็นแผลที่เล็ก แต่อยู่ในแนวขนของผิวหนัง

(Langer's cleavage lines)^{6, 8} ซึ่งมีแรงดึงที่ขอบแผลน้อยกว่าแผล vertical midline incision ทำให้โอกาสเกิดแผลแยกน้อยลง และเย็บแผลด้วย silk 3-0 แบบ vertical mattress เป็นการช่วยจัดขอบแผลไม่ให้เกยกันและรอไว้ 24 ชั่วโมง ให้แผลแห้ง จึงใช้เทปยึดผิวหนังแทนวัสดุเย็บ

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสำหรับการคลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนคือ อย่างน้อย 48 ชั่วโมง⁹⁻¹⁰ การตัดไหมที่ 24 ชั่วโมงจะไม่ทำให้สตรีหลังคลอดต้องกลับบ้านช้ากว่าเดิม โดยปกติควรทำหมันภายใน 12 - 72 ชั่วโมง หลังคลอด¹ เนื่องจากเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดใน 12 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการประเมินสภาพทารกยังให้ผลไม่แน่นอน เมื่อเวลาผ่านไปเกินกว่า 72 ชั่วโมง จะมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น เพราะมีการอักเสบของตำแหน่งที่รกเกาะภายในมดลูกและ ระดับยดมดลูกจะลดต่ำลง ทำให้ผ่าตัดยากขึ้น ไม่สามารถเปิดแผลผ่าตัดขนาดเล็กที่ขอบสะดือได้ ซึ่งในการศึกษานี้จะพยายามทำผ่าตัดภายใน 12 - 48 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้คลอดได้กลับบ้านใน 48 ชั่วโมง หลังคลอด ตัวอย่างเช่น คลอดวันที่ 1 ผ่าตัดทำหมันวันที่ 2 วันที่ 3 ตัดไหม ร่วมกับติดเทปและกลับบ้าน เป็นต้น

เมื่อดูผลที่ได้จากการศึกษาพบแผลแยก 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 ซึ่งแผลแยกเล็กน้อยกว้าง 2 มิลลิเมตร ไม่พบแผลติดเชื้อ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วย ทำหมันของโรงพยาบาล แกลงในปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2553 รวม 2 ปี มีผู้ป่วยทำหมัน 380 ราย พบแผลติดเชื้อ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.05 ไม่พบแผลแยก¹¹ ซึ่งไม่แตกต่างจากผลการวิจัยนี้ และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดจำพวก Clean

contaminated ที่มีได้ตามปกติร้อยละ 5 - 10^{6,12} ก็อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงพอสรุปได้ว่า การตัดไหมเร็วโดยใช้เทปช่วยยึดแผลแทนน่าจะทำได้โดยปลอดภัย อย่างไรก็ตามอาจใช้ tincture benzoin⁶ ทาผิวหนังก่อนปิดเทป จะช่วยให้เทปติดแน่นขึ้น ซึ่งจะช่วยลดแผลแยกได้ยิ่งขึ้น

ก่อนการศึกษานี้ วิธีผ่าตัดทำหมันหลังคลอดในโรงพยาบาลแกลงใช้วิธี Modified Pomeroy โดยทำ sub - umbilical semicircular incision ผูกและตัดท่อรังไข่ด้วย chromic catgut เบอร์ 0 เย็บปิด rectus sheath ด้วย chromic catgut เบอร์ 0 เส้นเดิม (ทั้งหมดใช้ chromic catgut เบอร์ 0 ห่อเดียว) เย็บชั้น subcutaneous ด้วย chromic catgut เส้นเดิม โดยใช้หลักการเดียวกันกับการเย็บแผลผ่าตัดทำคลอด คือ เย็บชั้น subcutaneous เมื่อชั้นนี้หนามากกว่า 2 เซนติเมตร เพื่อช่วยลดการเกิด seroma ได้ชั้นผิวหนังและการติดเชื้อที่ทำให้แผลแยก ถ้าน้อยกว่า 2 เซนติเมตร ไม่เย็บ¹³⁻¹⁴ จากนั้นเย็บชั้นผิวหนังด้วย silk เบอร์ 3-0 (ใช้แบบ resterile) นัดตัดไหม 7 วันหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามการลดแผลเป็นตินตะขาบที่เกิดจากการตัดไหม 7 วันอาจทำได้วิธีอื่น เช่น ใช้ไหมละลายเย็บชั้นผิวหนังแบบสอย แต่ราคาแพงกว่า เช่น ใช้ Dexon เบอร์ 5-0 ราคา 114 บาท chromic catgut เบอร์ 4-0 ราคา 64 บาท ไม่นิยมใช้ chromic catgut เพราะขณะไหมเย็บละลายมีปฏิกิริยามาก ถ้าเย็บชั้นใกล้เคียง epithelium ทำให้เกิดแผลเป็นที่ไม่น่าดู⁵ ส่วน polyglycolic acid เช่น Dexon มีปฏิกิริยาน้อยอยู่ได้นานในเนื้อเยื่อ จึงนิยมใช้มากกว่า⁵⁻⁶ ส่วนเทป ราคา 15.50 บาท ซึ่งราคาถูกที่สุด สาเหตุที่ไม่ใช้เทปติดแผลขณะผ่าตัดทันที เพราะขณะนั้นแผลยังไม่แห้ง ทำให้เทปติดได้ไม่แน่น และแผล

ส่วนใหญ่อยู่ลึก 1 - 2 เซนติเมตร การจัดให้ขอบแผลไม่เกยกันทำได้ยาก แต่ใช้ silk เย็บแบบ vertical mattress ซึ่งช่วยจัดไม่ให้ขอบแผลเกยกัน และเปลี่ยนเป็นเทปเมื่อครบ 24 ชั่วโมง ซึ่งแผลแห้งแล้ว

ปัจจุบันมีการพัฒนาการสำหรับยึดผิวหนัง (tissue glue)³ สำหรับใช้แทนเทปกาชชนิดนี้ เป็นสารพวก octyl cyanoacrylate ซึ่งมีคุณสมบัติแข็งแรงและไม่กรอบหรือแตกง่าย สามารถยึดผิวหนังโดยไม่เกิดการแยก ใช้กับแผลที่ไม่ซับซ้อนและเป็นเส้นตรง ซึ่งสามารถนำมาใช้กับแผลทำหัตถ์หลังคลอดได้ โดยต้องเย็บชั้นผิวหนังให้มาชิดกันเสียก่อนที่จะใช้กาช แต่ราคายังแพงอยู่มาก เช่น เดอร์มาบอนด์ มินิ 0.36 มิลลิลิตร ราคา 436 บาท

กระบวนการสมานแผลของร่างกาย (phase of wound healing)⁵⁻⁶ เริ่มตั้งแต่เกิดบาดแผล และดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่าจะสมบูรณ์ โดยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1) inflammatory phase เป็นระยะที่มีการอักเสบ ซึ่งในแผลปกติเป็นไปได้นานประมาณ 4 วันแรก แต่บวมมากใน 24 - 48 ชั่วโมงแรก⁵ ในช่วงเวลานี้แผลจะยังไม่ติดกันบวม และปริ่ง่าย ดังนั้นการตัดไหมเร็วในช่วงนี้จึงต้องมีเทปช่วยยึดแผลไม่ให้แยก และจะช่วยลดรอยแผลเป็นตีนตะขาบจากไหมเย็บ

ระยะที่ 2) proliferative phase เป็นระยะมีการสร้าง collagen และสารยึดหลายชนิดจำนวน collagen ในแผลเพิ่มอย่างรวดเร็วใน 2 สัปดาห์แรก จากนั้นอัตราการเพิ่มจะช้าลง และปริมาณคงที่หลัง 40 วันไปแล้ว

ระยะที่ 3) maturation phase เป็นระยะที่แผลมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น ระยะนี้อาจกินเวลา

นานถึง 2 ปี หรือนานกว่านี้ จากกระบวนการสมานแผลดังกล่าวจะเห็นว่า การแกะเทปออกในวันที่ 7 ระยะนี้แผลไม่แยก แต่อาจกว้างออกได้ เพราะความแข็งแรงของ collagen ที่ดึงแผลมีไม่เท่ากับความแข็งแรงของเทป ดังนั้นอาจแกะเทปออกช้ากว่าเดิม เช่น ในวันที่ 10 - 14 จะช่วยลดแผลเป็น (stretched scar)⁵⁻⁶ ที่เกิดจากแรงดึงให้ขอบแผลยึดออกจากกัน ทำให้แผลเป็นยึดออกใหญ่ขึ้นกว่าเดิม ซึ่ง stretched scar ลดได้เมื่อใช้วัสดุเย็บ เช่น Dexon เบอร์ 5-0 เย็บสอย ซึ่งจะคงประสิทธิภาพในการยึดแผลไปนานอย่างน้อย 1 - 2 เดือน และละลายหมดประมาณ 3 เดือน แต่ราคาจะแพงกว่า

ข้อดีของการใช้เทปติดผิวหนัง คือ ไม่มีสิ่งแปลกปลอมในแผล จึงช่วยลดการติดเชื้อ ราคาถูก ผู้ป่วยสามารถแกะออกเองได้ ไม่ต้องมาตัดไหมที่โรงพยาบาล ช่วยลดรอยแผลตีนตะขาบจากวัสดุเย็บ ส่วนข้อเสีย คือ ไม่สามารถใช้ขณะแผลยังไม่แห้ง ความแข็งแรงไม่มากเท่าวัสดุเย็บ และเมื่อแกะออกแล้วอาจทำให้เกิดแผลเป็นแบบ stretched scar ถ้าแผลมีแรงดึงที่ขอบแผลมาก โดยเฉพาะแผลที่ไม่อยู่ในแนวย่นของผิวหนัง (Langer's cleavage line) แต่แผลหัตถ์ที่ทำการศึกษาเป็นแผลที่อยู่ในแนวย่นของผิวหนัง จึงไม่น่ามีผลให้เกิดแผลเป็น (stretched scar) มากนัก

สรุป

การลดแผลเป็นตีนตะขาบของแผลผ่าตัดทำหัตถ์หลังคลอด สามารถทำได้อย่างปลอดภัย โดยการตัดไหมเร็วใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดร่วมกับการใช้เทปช่วยลดแรงดึง เป็นวิธีการที่มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่ผู้รับบริการให้ความพึงพอใจมาก หากนำไปใช้ให้แพร่หลายก็จะช่วยลด

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตัดไหม ลดการเผาผลาญน้ำมันเชื้อเพลิง ช่วยแก้ไขปัญหาโลกร้อน เป็นการแสดงความมีส่วนร่วมในการรักษาสิ่งแวดล้อมของเราอีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมถึง ขนาด ความหนาของแผลเป็น ตีนตะขาบ ภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลแยก แผลติดเชื้อ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ นายแพทย์ สานนท์ สังข์ภาพันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่ง นายแพทย์ สมบูรณ์ โหตระวารีกาญจน ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่แผนกคลอด หลังคลอด และฝากครรภ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุวชัย อินทรประเสริฐ, สัญญา ภัทรราชัย. วิธีการทำหมันหญิง ใน : เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. ตำรา นรีเวชวิทยา. นนทบุรี: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง 2550:484-503.
2. กอบจิตต์ ลิ้มปพะยอม, การคุมกำเนิดถาวร. ใน : สุขิต ฝาสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา กรุงเทพมหานคร:ทริโอแอนด์ 2533:426-39.
3. Barbul A, Efron DT. Wound healing. In: F.charles Brunicardi comps. Schwartz's Principle of Surgery, 9th ed. McGraw

HILL Inc. New York 2010:209-33.

4. Ethridge RT. Leong M, Phillips LG. Wound healing. In: Sabiston DC, ed. Textbook of Surgery, 18th ed. WB Saunders 2008:191-216.
5. ประทีป โภคะกุล. Wound care and skin graft. ใน: เจตนา ผลากรกุล, กำธร สุขพันธ์-ไพฑาราม, บรรณาธิการ. ศัลยกรรมปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การคณา 2527:4-36
6. ธนิต วัชรพุกก์, Wound healing and wound care. ใน: ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์, ธนิต วัชรพุกก์, บรรณาธิการ. ตำรา ศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2546:39-52.
7. เกษียร ภั้งคานนท์, หลักทั่วไปในการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ใน: ประเวศ วะสี, บรรณาธิการ. คู่มือผ่าตัดเล็ก. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี 2541:99-106.
8. Rodney Maingot. Description of Individual Incisions: Suture Material: Closure of Abdominal Wall. In: Rodney Maingot, editor. Abdominal Operations 6 ed. New York: Appleton - Century - Crofts 2517:p.1-35.
9. Intrapartum and Postpartum Care of the Mother. Guidelines for Perinatal Care. 6 ed: American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists 2007: P.162 -74.
10. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การ

- ดูแลสตรีหลังคลอดบุตรทางช่องคลอด. สูติ
นรีแพทย์สัมพันธ์ 2554: 20(5):7-9.
11. โรงพยาบาลแกลง. เอกสารประกอบการ
ประชุมกลุ่ม สาขาวิชาชีพ สูติ-นรีเวชกรรม
ครั้งที่ 1/2554; ณ โรงพยาบาลแกลง
2 มิถุนายน 2554.
 12. Lorne H. Blackbourne. Wound healing.
In : Lorne H. Blackbourne, Kirk J.
Fleischer, editor Advanced Surgical
Recall. Maryland: Port city Press, Inc.
2540:P.61-2.
 13. Chelmow D, Rodriguez EJ, Sabatini
MM. Suture closure of subcutaneous fat
and wound disruption after cesarean
delivery : A meta-analysis. Obstet
Gynecol 2004; 103 (5 Pt 1):974-80.
 14. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, การผ่าท้องทำคลอด:
แนวทางปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์.
ใน: เยื่อน ตันนรินทร์, วรพงศ์ ภู่งศ์,
บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารก
ในครรภ์. กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี 2551:323-31.