

การจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด

พัชรา สมชื่อ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)*

อุมาสวรรค์ ชูหา พย.ม. (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)**

บทคัดย่อ

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

คำสำคัญ : แผลฝีเย็บ, การจัดการความเจ็บปวด, ความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ

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

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

PAIN MANAGEMENT FOR PERINEAL PAIN RELIEF DURING THE POSTPARTUM PERIOD

Patchara Somchoe M.N.S. (MATERNAL AND CHILD NURSING)*

Umasawan Choocha, M.N.S. (ADVANCE MIDWIFERY)**

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

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

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

บทนำ

การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด เป็นการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นเองจากการฉีกขาดตามธรรมชาติของกระบวนการคลอดหรือจากการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) เพื่อช่วยคลอด หรือทั้งสองอย่างรวมกัน¹ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ฝีเย็บสั้น การคลอดครั้งแรก ขนาดของทารก ลักษณะการเบ่งคลอด ท่าของทารกในครรภ์ ท่าคลอด วิธีคลอดและการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด การใช้คีมช่วยคลอดมีโอกาสดึงการฉีกขาดของฝีเย็บได้ถึงระดับ 3 และ 4² การบาดเจ็บของฝีเย็บส่งผลกระทบต่อผู้คลอด ได้แก่ ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน 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 ของกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บ นอกจากนี้ระดับการฉีกขาดยังขึ้นอยู่กับ ความสามารถของผู้ทำคลอดในการใช้เทคนิคป้องกันการฉีกขาดในระยะคลอด เช่น เทคนิคการ safe perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดและทักษะการประเมินฝีเย็บก่อนตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด ดังเช่น ถ้าฝีเย็บของผู้คลอดมีความยืดหยุ่นดี ขนาดของทารกในครรภ์ไม่โตมาก ก็ไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด เพียงแต่ผู้ทำคลอดต้องมีเทคนิคในการ 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) และ ปุ่มกระสัน (Clitoris) และการบาดเจ็บด้านหลังฝีเย็บได้แก่ กล้ามเนื้อฝีเย็บ ผนังช่องคลอดทางด้านหลัง กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักทั้งด้านนอกและด้านใน (External and internal anus sphincter) จนถึงผิวหนังด้านหน้าของทวารหนัก⁵ จากการศึกษาของสุริย์พร และคณะ (2555)⁷ เปรียบเทียบผลของการคลอดวิธีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดครรภ์แรกพบว่า ความแตกต่างของคะแนนระดับการฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างผู้คลอดในกลุ่มที่คลอดวิธีธรรมชาติ และกลุ่มที่การคลอดปกติ พบว่าผู้คลอดในกลุ่มที่คลอดวิธีธรรมชาติ มีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มที่คลอดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การแบ่งระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ

การฉีกขาดและการบาดเจ็บของฝีเย็บเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติจากกระบวนการคลอด หรือการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด (Episiotomy) ซึ่งการฉีกขาดของฝีเย็บแบ่งตามระดับความรุนแรงของความลึกเนื้อเยื่อหรือกล้ามเนื้อที่ฉีกขาด แบ่งได้ 4 ระดับ^{1,5,8,9} ดังนี้

1. การฉีกขาดระดับ 1 (First degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังผนังช่องคลอด (Vaginal wall) และฉีกขาดถึงชั้นผิวหนังฝีเย็บ (Perineal skin) เท่านั้น เช่น เกิดรอยถลอก หรือ ฉีกขาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตร และไม่มีเลือดออก ส่วนที่ได้รับความเสียหายจะเป็น Fourchette และ ผิวหนัง
2. การฉีกขาดระดับ 2 (Second degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังผนังช่องคลอดและกล้ามเนื้อของฝีเย็บ แต่ยังไม่ถึงหูรูดทวารหนัก (Anal sphincter) พบได้ทั้งการฉีกขาดเองและการตัดฝีเย็บ
3. การฉีกขาดระดับ 3 (Third degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังผนังช่องคลอดจนถึงกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก 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) เป็นการฉีกขาดของฝีเย็บถึงหูรูดและทวารหนักด้านในจนถึงเยื่อบุทวารหนัก (Anal epithelium)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฉีกขาดและการบาดเจ็บของแผลฝีเย็บ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฉีกขาดและการบาดเจ็บของแผลฝีเย็บ มีหลายปัจจัย ดังนี้

1. ฝีเย็บสั้น (Short perineal) ฝีเย็บเริ่มวัดจาก Fourchette ถึงทวารหนักปกติจะยาวประมาณ 4.6 ± 0.9 เซนติเมตร และลึกจากผิวหนังลงไปประมาณ 4 เซนติเมตร ฝีเย็บสั้นส่วนมากจะพบในคนเอเชียซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บระดับรุนแรงได้ร้อยละ 3.3^{10} ดังนั้นการตัดฝีเย็บแบบตรง (Midline episiotomy) ในผู้คลอดที่มีฝีเย็บสั้นจึงมีโอกาที่ฝีเย็บจะฉีกขาดถึงระดับ 3 และ 4 ได้¹
2. การคลอดครั้งแรก (Nulliparity) ผู้คลอดครั้งแรกหรือไม่เคยผ่านการคลอด ฝีเย็บและพื้นเชิงการจะแข็งตึงและยืดขยายได้น้อย ในการคลอดครั้งแรกผู้คลอดจะได้รับการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง จากการศึกษาของ เอียร์ชีย์ ชันวิจิตรและคณะ¹¹ (2559) ในโรงพยาบาลกระบี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 920 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์แรก หรือเคยคลอดทารกมีชีวิตเพียง 1 ครั้ง พบว่า การตัดฝีเย็บทำให้เกิดการฉีกขาดระดับ 3 มากกว่ามารดาที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
3. ลักษณะการเบ่งคลอด (Bearing down pushing) การเบ่งคลอดที่ไม่รุนแรงจะลดความชอกช้ำของช่องทางคลอด เพราะกล้ามเนื้อฝีเย็บค่อยๆยืดขยาย การยืดขยายแบบคงที่และช้าๆส่งผลให้กล้ามเนื้อฝีเย็บมีความยืดหยุ่นมากขึ้น การเบ่งคลอดแรงๆจะทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงแรงและรวดเร็ว ทำให้เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บได้มากขึ้น ในการคลอดผู้ทำคลอดจะใช้วิธี Modified Ritgen's maneuver โดยใช้มือข้างที่ถนัดประคองและดัน (guard) บริเวณฝีเย็บพร้อมทั้งใช้มืออีกข้างหนึ่งกดเบาๆ บริเวณใต้ท้ายทอยของทารก ให้ก้มและโกยศีรษะทารกให้เงยขึ้นขณะที่ส่วนที่กว้างที่สุดของศีรษะทารกกำลังคลอดออกมา ทำให้ศีรษะทารก คลอดออกมาช้าๆ เป็นแนวทางในการป้องกัน การฉีกขาดของช่องทางคลอดของสูติแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์¹²
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) ท่าคลอดที่ส่งเสริมการเคลื่อนตัวของส่วนนำและทำให้คลอดง่าย ลดการบาดเจ็บของฝีเย็บคือ ท่าคลอดศีรษะสูงและลำตัวตั้งขึ้น เช่น ท่านั่ง (Sitting position) ท่ากึ่งนั่ง (Semi-sitting position) ท่านั่งคุกเข่า (Kneeling position) ท่านั่งยอง (Squatting position) ท่ายืน (Standing position) ท่าคลอดศีรษะสูงช่วยให้คลอดง่าย ลดการตัดฝีเย็บและลดการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ อ่ำพาพร ฝิวอ่อนและคณะ(2558)¹³ ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการฝีเย็บต่อการบาดเจ็บและความเจ็บปวด ของช่องทางการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก จำนวน 52 ราย โดยเมื่อปากมดลูกเปิดหมดผู้ทำคลอดจัดทำผู้คลอดในท่ากึ่งนั่งชันเข่า ร่วมกับการจัดการฝีเย็บในระยะคลอด พบว่า ผู้คลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองมีการบาดเจ็บของช่องทางการคลอดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

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

ผลกระทบจากความเจ็บปวดฝีเย็บต่อผู้คลอด

ความเจ็บปวด ความเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บเกิดจากการชอกช้ำ บาดเจ็บ อักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณแผลฝีเย็บจากการฉีกขาดตามธรรมชาติหรือการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด ความเจ็บปวดเกิดได้ตลอดเวลาสั้นๆหลังคลอด 1 – 2 วัน หรือนานเป็นเดือน³ ทำให้มารดาหลังคลอด ลูก นิ่งลำบาก ไม่สุขสบายขณะนั่งให้นมบุตร ปัสสาวะ อูจจาระลำบาก เพราะกลัวแผลฝีเย็บแยก 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, & Zayeri (2009)¹⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดในมารดาครรภ์แรก ผู้คลอดติดตามในช่วงระยะเวลา 3 เดือนหลังคลอด พบว่าผู้คลอดมีอาการเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บใน 1 วันแรกหลังคลอด ร้อยละ 96.4 ใน 10 วันหลังคลอด พบร้อยละ 63 ใน 40 วันหลังคลอด พบ ร้อยละ 25 และ 3 เดือนหลังคลอดพบมากถึงร้อยละ 12

การขับถ่ายลำบาก มารดาหลังคลอด 1 – 2 วันแรก จะขับถ่ายปัสสาวะ อูจจาระลำบาก เนื่องจากอาการเจ็บปวดฝีเย็บ ทำให้มารดาหลังคลอดไม่กล้าขับถ่าย ก่อให้เกิดอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท้องผูก อูจจาระลำบาก ส่งผลในระยะยาวทำให้กล้ามเนื้อช่องคลอดหย่อนยาน การควบคุมการขับถ่ายบกพร่อง ร้อยละ 36.6 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urine incontinence) เกิดปัสสาวะ

เลือด (Stress urinary incontinence) ร้อยละ 53.8 กลั้นอุจจาระไม่ได้ (Fecal incontinence) ร้อยละ 9.9 และช่องคลอดหย่อนยาน (vaginal prolapse) ร้อยละ 2.2¹⁵

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

สัมพันธภาพมารดาและทารกลดลง หลังคลอด 1-2 วันแรก มารดายังคงมีความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ การเคลื่อนไหวลำบาก ไม่ว่าจะเป็นการนั่ง การเดิน การยืน การนอน การช่วยเหลือตนเอง ลดลงทำให้มารดาหลังคลอดไม่สุขสบาย รวมถึงความสามารถในการดูแลทารก การให้นมแม่ลดลงและล่าช้า สัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกลดลง ทำให้มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลและเครียดมากยิ่งขึ้น อาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการดูแลบุตรตามมา

สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แผลฝีเย็บที่ฉีกขาดระดับ 3 หรือ 4 จะสิ้นเปลืองวัสดุในการเย็บมากและมารดาหลังคลอดจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นเนื่องจากต้องรักษาต่อเนื่องจนหายเพิ่มระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการนอนในโรงพยาบาลและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองและบุตร

ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด ผลกระทบจากความเจ็บปวดฝีเย็บต่อผู้คลอด ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บปวด การขับถ่ายลำบาก ปัญหาเพศสัมพันธ์ สัมพันธภาพมารดาและทารกลดลง ตลอดจนสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจากการที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอดทั้งสิ้น

การบาดเจ็บของฝีเย็บก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายหลังคลอด การฉีกขาดระดับ 3 หรือ 4 ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจะมากกว่าระดับ 1 หรือ 2 ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการฉีกขาดแผลฝีเย็บที่รุนแรง จะช่วยลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแผลฝีเย็บลงได้

การจัดการความเจ็บปวดฝีเย็บ

การจัดการความเจ็บปวดฝีเย็บหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มความสุขสบายให้มารดาหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมารดาหลังคลอดมากที่สุด วิธีการเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บมีหลายวิธี ดังนี้

1. **การลดแรงกดที่ฝีเย็บ** ท่านั่ง ควรนั่งลงแก้มก้นด้านใดด้านหนึ่ง หรือนั่งพับเพียบ ไม่ควรนั่งทับแผลฝีเย็บโดยตรง มารดาหลังคลอดควรรหาห่วงยางเล็กๆหรือหมอนโดนัทรองนั่ง เพื่อไม่ให้แผลฝีเย็บถูกกดทับ ทำให้การไหลเวียนของเลือดปกติ ส่งเสริมการหายของแผล และหลีกเลี่ยงการนั่งท่าที่ทำให้ขาหนีบแยกออกจากกัน เช่น ท่านั่งขัดสมาธิ เพราะทำให้แผลถูกดึงรั้งเกิดการเจ็บปวดแม้จะไม่ทำให้แผลแยกก็ตาม ท่านอนตะแคงไปในด้านฝั่งตรงข้ามกับแผลฝีเย็บเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดแรงกดทับบริเวณแผลฝีเย็บได้

2. **การใช้ความเย็น** ประคบเย็นมักทำในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยเฉพาะหลังเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ การประคบเย็น จะช่วยลดอาการบวม ลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บลงได้¹ เพราะความเย็นจะทำให้เส้นเลือดบริเวณที่ประคบเกิดการหดตัว และยังช่วยลดการนำกระแสประสาท ลดการถูก

กระตุ้นของปลายประสาทจึงทำให้ความเจ็บปวดลดลง มีรายงานหลายฉบับที่ใช้ความเย็นเพื่อลดบวม และลดปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด เช่น การศึกษาของ นริชชญา หาดแก้ว และ ปราณี ชีร์โสภณ (2558)¹⁷ ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นประคบแผลฝีเย็บที่ตัดแบบเฉียงและฉีกขาดระดับสองในมารดาหลังคลอดทันที โดย นำแผ่นเจลไปแช่ตู้เย็น อุณหภูมิที่ใช้ประคบแผลฝีเย็บคือ 10 – 12 องศาเซลเซียส ประคบนาน 15 นาที ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยก่อนประคบทำความสะอาดแผลฝีเย็บและปิดด้วยก๊อชปราศจากเชื้อ ก่อนวางแผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นทับ พบว่า ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที หลังการประคบ 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นประคบและกลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์ไม่เย็นประคบ พบว่า กลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นประคบมีค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า กลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์ไม่เย็นประคบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชย์ นิมไซยพันธ์และคณะ (2555)¹⁸ ใช้ถุงน้ำเย็นผลิตเองโดยใช้ ซองบรรจุชุด IV Set ที่ใช้แล้วตัดขนาด 2 x 4 นิ้ว บรรจุน้ำ 80 มิลลิลิตรปิดผนึกแล้วนำไปแช่เย็นที่อุณหภูมิ 3 – 5 องศาเซลเซียส ห่อถุงน้ำเย็นด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อแล้วใส่ในผ้าอนามัย ก่อนนำไปประคบแผลฝีเย็บผู้คลอดทันทีหลังเย็บแผลเสร็จเพื่อบรรเทาอาการปวดและบวม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นแผลฝีเย็บมีอัตราการลดบวม ลดปวดและมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประคบเย็น จากการศึกษาของ สุภาพร ประรามย์ และคณะ (2558)¹⁹ ศึกษาเปรียบเทียบในมารดาหลังคลอด 3 กลุ่ม โดย กลุ่มที่ 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 มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการประคบเย็น และการศึกษาของ รังสิณี พูลเพิ่ม (2557)²⁰ ใช้ผ้าอนามัย (Female Pad) ตัดครึ่งชุบ sterile water ใส่ในห่อพลาสติก sterile แล้วนำไปแช่ในช่องแข็งของตู้เย็น เมื่อรอกคลอดแล้วให้ นำออกมาจากตู้เย็นวางไว้ที่อุณหภูมิห้อง เพื่อให้อุณหภูมิเพิ่มขึ้นเป็น 10 - 15 องศาเซลเซียส เมื่อเย็บแผลเสร็จเรียบร้อยแล้วรองแผลด้วยแผ่นผ้า sterile gauze แล้ววางผ้าอนามัยเย็นตามแนวของแผลฝีเย็บด้านนอกและใช้ผ้าอนามัยอีก 2 ผืน วางทับผ้าอนามัยเย็นเพื่อกันหลุด ประคบนาน 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 ลดปวดและส่งเสริมให้แผลหาย

เร็วขึ้น นิยมอบแผลฝีเย็บหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว โดยใช้โคมไฟแสงอินฟราเรด ส่องที่แผลฝีเย็บ โดยตรง ระยะห่าง 1 ฟุตครึ่ง อบอุ่น 15 นาที²¹ การนั่งแช่น้ำอุ่น (Hot sitz bath) ควรทำหลังคลอด 3 วันเป็นต้นไป โดยนั่งแช่น้ำอุ่น วันละ 2 ครั้งๆละ 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) หนึ่งทางทวารหนัก²³ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ระงับปวดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดได้

7. การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง²⁴ มีความเชื่อว่าสามารถทำให้กระบวนการอักเสบของแผลดีขึ้น ลดการบวม ลดการคั่งของเลือดที่แผลฝีเย็บ จึงทำให้บรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บหลังคลอดทันทีได้ แต่หลักฐานที่ยังจำกัดอยู่คงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

บทสรุป

การจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยมารดาหลังคลอดให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด 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 วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญและตรีภพ 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*. 3rded.. 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*. 3rded.. 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 Gynecol.*; 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. เจริญชัย ชันวีจิตร. 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. อัมพพร ผิวอ่อน, นวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์. ผลของการจัดการฝีเย็บต่อการบาดเจ็บและความเจ็บปวด ของช่องทางคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *Nursing Journal* 2558; 42(2):93 – 103.
 14. Shojaei KK, Dawati A & Zayeri F. Frequency and side effect of episiotomy in Primiparous 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. ผลของการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ต่อความ

- เจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด. *Journal of Phrapokkiao Nursing College* 2558; 26 Suppl.1 September: 1 – 13
18. จิรัชัย นิ่มไชนันท์, ชุสิทธิ์ การะภักดี และพจณีย์ สังข์เงิน. ผลการประคบแผลฝีเย็บผู้คลอดด้วย
ถุ้งน้ำเย็นผลิตเองเพื่อบรรเทาอาการปวดและบวม. *สวรรณค์ประชารักษ์เวชสาร* 2555; 9(3):
127 – 141.
 19. สุภาพร ประรามย์ และคณะ.ผลของการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น
และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2558; 25(1): 133 –
143.
 20. รังสิณี พูลเพิ่ม. ผ้าอนามัยเย็น : วิธีการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังการเย็บซ่อมแซมแผล
ฝีเย็บ. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557;15(3): 32 – 37.
 21. เพ็ญกลตา 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](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>