

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การคลอดบุตรเป็นขบวนการทางธรรมชาติที่สืบต่อมาจากการตั้งครรภ์ แต่เดิมการคลอดบุตรนั้นปล่อยให้ เป็นไปตามธรรมชาติทุกประการ ไม่มีการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมและสะอาด การทำคลอดใช้การเลียนแบบจากประสบการณ์มากกว่าจะมีการใช้ความรู้และทักษะทางวิชาการ ไม่มี การตัดฝีเย็บ เพื่อให้มารดาทุเลาความเจ็บป่วยและคลอดได้เร็วขึ้น รวมทั้งไม่มีการเย็บซ่อมแซม ฝีเย็บที่ฉีกขาดจากการคลอด ทำให้มารดาต้องเสี่ยงกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะการ ติดเชื้อซึ่งทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (สมาคมการพยาบาลแห่งประเทศไทย 2518: 155-159) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานได้ ต่อมาได้มีการคลอดบุตร ในสถานพยาบาล โดยมีผดุงครรภ์ พยาบาล หรือแพทย์ เป็นผู้ทำคลอด

ในการคลอดบุตรปกตินี้ย่อมมีการฉีกขาดของหนทางคลอดเป็นธรรมดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่คลอดบุตรครั้งแรกฝีเย็บจะต้องมีการฉีกขาด ดังนั้นผู้ทำคลอดซึ่งมีสิทธิทำคลอด ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลป์ จึงใช้การตัดฝีเย็บทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลังในรายที่ การคลอดครั้งก่อนเคยตัดฝีเย็บมาแล้ว หรือในรายที่ทารกมีขนาดใหญ่ ทั้งนี้เพื่อให้ทารกคลอดได้ สะดวก ป้องกันการฉีกขาดของหนทางคลอด และหูดทวารหนัก (วรารุธ สุมาวงศ์ 2525: 364) ในปัจจุบันนี้ จึงมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ได้รับการตัดฝีเย็บและเย็บซ่อมแซม เพื่อช่วยให้การคลอด คำเนินไปได้สะดวก ปลอดภัย และรวดเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อย ทุกข์ทรมานน้อยลงและยังป้องกัน ไม่ให้มีการยืดยาวของผนังช่องคลอดมากเกินไป ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายในภายหลัง ได้ และเพื่อช่วยถนอมสุขภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจอีกด้วย

ผู้ป่วยหลังคลอดปกติที่มีการตัดและซ่อมแซมฝีเย็บนั้นสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยเฉพาะการดูแลความสะอาดของร่างกาย ซึ่งต้องปฏิบัติอยู่แล้วตาม ปกติรวมทั้งการทำความสะอาดฝีเย็บหลังคลอด โดยทั่วไปแล้วพยาบาลช่วยทำความสะอาดฝีเย็บด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อและอบด้วยความร้อนเพิ่มให้วันละ 2 ครั้ง คือในช่วงเช้าและเย็น ซึ่งถ้าพยาบาล สามารถที่จะแนะนำและควบคุมให้ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดฝีเย็บได้เองอย่างถูกต้อง จะเป็น

การส่งเสริมให้บทบาทการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังคลอดสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ป่วยสามารถที่จะกระทำ  
 คอเนื่องใดตลอดไปตามความต้องการของแต่ละบุคคล เพราะโดยธรรมชาติแล้วมนุษย์ต้องการดูแล  
 ตนเอง เมื่อสามารถที่จะดูแลตนเองได้ และต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเมื่อตนเองไม่สามารถ  
 จะดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นหนทางหนึ่งที่จะนำไปสู่  
 การมีสุขภาพที่ดีจนหนาในปี 2543 โดยมีมุ่งให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีการพึ่งตนเองได้ (Self  
 Reliance) โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐบาล หรือบุคคลอื่นเป็นผู้ให้การสนับสนุน การสาธารณสุขมูลฐาน  
 นับว่าเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขและเป็นแกนกลางของการพัฒนาเศรษฐกิจ และ  
 สังคมด้วย

เพ็ญศรี สุโรจน์ (2529: 7) กล่าวว่า สาธารณสุขมูลฐาน คือ การให้บริการ  
 สาธารณสุขที่จำเป็นที่ทุกคนและทุกครอบครัว ในชุมชนนั้นมีโอกาสได้รับบริการอย่างทั่วถึงด้วยวิธีการที่  
 ทุกคนยอมรับ และด้วยความร่วมมืออย่างค้ำจุนจากชุมชนควยราคาที่ชุมชนหรือประเทศชาติสามารถ  
 จัดหาหรือดำเนินการได้

ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลใด ๆ ก็ตามถ้าสามารถจัดดำเนินการให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้เอง  
 โดยได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติ  
 ได้โดยอิสระ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ  
 แนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จึงควรได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างยิ่ง

### ทฤษฎีการดูแลตนเอง

ในทัศนะของโอเรม (Orem) มนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบต่อ  
 การดูแลตนเอง ตลอดจนสวัสดิภาวะของตนเอง และผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองหรือบุคคลในปกครองของ  
 ตน การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ (โอเรม 1980 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2529:  
 128)

แนนซี (Nancy) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง (Self care) ไว้ว่า เป็นการ  
 ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสามารถกระทำให้เป็นผลสำเร็จได้โดยแต่ละบุคคล ครอบครัวและชุมชน  
 เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีหรือส่งเสริมสนับสนุนให้มีสุขภาพดีที่สุด (Nancy 1985: 12)

การดูแลตนเอง ในแนวความคิดของโอเรม (Orem) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มขึ้น และกระทำด้วยตนเองในการที่จะดำรงชีวิตไว้ เพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี (โอเรม 1971 อ้างถึงใน บุญพิทย ลีริธรงค์ 2528: 102)

ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care capability) และความตองการที่จะดูแลตนเอง (Self care Demand) ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัย ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล และภาวะของสุขภาพ กับความเจ็บป่วย ดังนั้น โอเรม (Orem) จึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้โดยกล่าวว่า "การพยาบาล" เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลที่มีความตองการ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง อันเป็นผลมาจากสภาวะทางสุขภาพส่วนบุคคลและความตองการการช่วยเหลือจากพยาบาลจะค่อย ๆ ลดลง เมื่อสภาวะทางบุคคลดีขึ้น หรือเมื่อบุคคลสามารถเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตได้ (โอเรม 1971 อ้างถึงใน บุญพิทย ลีริธรงค์ 2528: 102-103)

องค์ประกอบหลักของการดูแลตนเอง (Nancy 1985: 13) ได้แก่

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการปฏิบัติส่วนบุคคล เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีที่สุด การส่งเสริมให้มีสุขภาพดีนั้นเป็นวิธีที่ดีกว่าการป้องกันที่จะไม่ให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกายตามแนวทางของแต่ละบุคคล เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง
2. การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health maintenance) เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเพียงพอ
3. การป้องกันโรค (Disease prevention) เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ
4. ค้นหาโรค (Disease detection) เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
5. การจัดการเกี่ยวกับโรค (Disease management) เช่น การดำเนินกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับการรักษาโรค

โอเรม (Orem) ให้ความสำคัญว่า การพยาบาลนั้นมุ่งความสนใจเป็นพิเศษไปที่ความต้องการของบุคคลในการดูแลตนเอง การจัดเตรียมและจัดการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะดำรงรักษาชีวิตและสุขภาพของตนไว้ เพื่อให้ปลอดภัยจากโรค หรือการได้รับอันตรายรวมทั้งการช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดโรคหรืออันตราย ดังนั้น "ศิลปการพยาบาล" จึงหมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงความสามารถในการช่วยบุคคลอื่นเพื่อวางรูปแบบ จัดเตรียม และจัดระบบการดูแลตนเอง เพื่อปรับปรุง หรือดำรงรักษา การทำหน้าที่ของชีวิตมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพ (โอเรม อ้างถึงใน เพ็ญศรี ระเบียบ 2525: 226-227)

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อการดูแลตนเองจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2529: 140)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด
2. ช่วยผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น
3. ช่วยให้ผู้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือบุคคลอื่น ๆ ที่ดูแลผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องโดยพยาบาลจะใช้วิธีการให้คำปรึกษา หรือการนิเทศการทำกิจกรรมของบุคคลเหล่านั้น

การพยาบาลจะประกอบไปด้วยระบบย่อย 3 ระบบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน คือ ระบบสังคม ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคคลที่อยู่ในความดูแลของพยาบาล หรืออีกนัยหนึ่งก็คือผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลนั่นเอง ระบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั่วไปกับพยาบาล และระบบเทคโนโลยีซึ่งเกิดจากการเชื่อมโยงความสามารถของพยาบาลในการให้บริการแก่บุคคล ระบบย่อยทั้ง 3 ระบบ ทำงานร่วมกันในสถานการณ์ทางการพยาบาล ปรากฏเป็นระบบการพยาบาล 3 ระบบคือ (เพ็ญศรี ระเบียบ 2525: 230-232)

1. ระบบการพยาบาลโดยการทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีบทบาทในกิจกรรมการดูแลตนเอง พยาบาลให้ความช่วยเหลือโดยเป็นผู้กระทำให้ผู้ป่วยในสถานการณ์นี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หรือผู้ป่วยไม่สามารถแยกรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ได้ หรือผู้ป่วยไม่สามารถกระทำกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับชีวิตได้

2. ระบบการพยาบาลโดยการทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) ใช้ในสถานการณที่พยาบาลและผู้ป่วยรวมกันกระทำกิจกรรมการดูแล หรือการกระทำอื่น ซึ่งต้องกระทำด้วยมือหรืออาศัยทักษะหรือมีการเคลื่อนไหว ความรับผิดชอบของพยาบาล หรือผู้ป่วย ในกิจกรรมการดูแลขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย หรือข้อจำกัดตามคำสั่งการรักษา ความรู้ทาง วิทยาศาสตร์ และเทคนิค และความชำนาญ ความพร้อมทางคานจิตใจของผู้ป่วยในการกระทำหรือ การเรียนรู้ เพื่อกระทำกิจกรรมเฉพาะอย่าง

3. ระบบการพยาบาลโดยการประคับประคอง และให้การศึกษ (Supportive-education nursing system) ใช้ในสถานการณที่ผู้ป่วยสามารถที่จะกระทำหรือเรียนรู้ในการ ดูแลตนเองแต่ไม่สามารถกระทำได้โดยปราศจากความช่วยเหลือ วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยจะประกอบ ไปด้วย การประคับประคอง การแนะนำ การจลิ่งแวง คลอม และการสอน ในระบบนี้ความต้องการ ความช่วยเหลือของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ การควบคุมพฤติกรรมและต้องการความรู้ ความชำนาญ

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นประปามีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ให้พญงหลังคลอดปฏิบัติด้วย ตนเองโดยที่พยาบาล เป็นผู้ให้ความรู้และฝึกฝนให้ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระนั้น เป็นระบบการพยาบาลโดยการประคับประคองและให้การศึกษตาม ทฤษฎีการ ดูแลตนเองของโอเรม (Orem) ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลและ สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ประชาชนพึ่งตนเองได้

ดังที่ไดกล่าว ไปแล้ว ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชากร ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นประชาชนพึงตระหนักว่าคนมีอำนาจ ในการพัฒนา คุณภาพชีวิตของชุมชน ทั้งนี้จะต้องรักษา และส่งเสริมระดับการพัฒนาด้วยการยึดมั่นในอุดมการณ์ของ การพึ่งตนเอง (เพ็ญศรี สุโรจน์ 2529: 8-22) ดังนั้นการสอนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดูแล ตนเองในเรื่องของการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นประปามีจึงสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าถ้ามารดาหลังคลอดเข้าใจหลักการและวิธีการของการ ดูแลความสะอาดของแผลฝีเย็บก็จนสามารถปฏิบัติได้เองทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และ เมื่อกลับบ้าน

แลวยอมจะเกิดผลดีทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัว ทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ อันไม่  
 จำเป็นซึ่งไคแท่ คาน้ำยาฆ่าเชื้อ คาไฟฟ้า คาอุปกรณ์ในการทำมาสะอาดและอบแผลฝีเย็บได้อีก  
 วย ย่อมแสดงถึงความสามารถในการบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูง

### กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาฝีเย็บ

ฝีเย็บ (Perineum) คือ พื้นนอกของเชิงกราน (Pelvic floor) ตั้งแต่ต้นจาก  
 Pubic arch ไปถึง Coccyx ประกอบด้วยกล้ามเนื้อและแผ่นเนื้อเยื่อและมีช่องคลอดมาเปิด  
 บริเวณที่อยู่ระหว่างช่องคลอดกับทวารหนักนั้นเรียกว่า Perineal body (สนั่น สุขวจน์ 2523:  
 504) ซึ่ง วิมลรัตน์ กรยวีเชียร (2513: 16) กล่าวเช่นเดียวกันว่า Perineum คือบริเวณส่วน  
 ึ่งกลางของช่องคลอด หรือ Fourchet ลงมาจนถึงทวารหนักมีคุณสมบัติยืดหดได้มากโดยเฉพาะใน  
 เวลาคลอดบุตร มีหน้าที่พยุงอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานให้อยู่ในทักติมิไท่ เคลื่อนออกมาภายนอก  
 ประกอบด้วยอวัยวะสำคัญคือ Perineal body กล้ามเนื้อ (Levator ani, Transverse  
 perinei และ Sphincter ani muscles) หลอดโลหิตแดง (Pudental, Inferior  
 Haemorrhoidal artery) และเส้นประสาท (Pudental nerve)

พื้นเชิงกราน (Pelvic floor) เป็นเนื้อเยื่อที่มีหน้าที่ในการพยุงและป้องกันการ  
 เคลื่อนต่ำของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน เป็นที่เปิดของช่องปัสสาวะและช่องคลอดและทวารหนัก  
 (ละเอียด อุคมนตรี 2521: 22-30)

Perineal body ยาวประมาณ 4 เซนติเมตร และลึกประมาณ 4 เซนติเมตร  
 ประกอบด้วยกล้ามเนื้อชั้นลึก (Levator ani muscles) และกล้ามเนื้อชั้นตื้น (Superficial  
 perineal muscles) (ละเอียด อุคมนตรี 2521: 22-30)

ในการคลอดฝีเย็บมีการฉีกขาดจะฉีกขาดที่กล้ามเนื้อชั้นตื้น (Bulbo carvernosus  
 Superficial transvers muscles) ของฝีเย็บ และ External sphincter ani และ  
 กล้ามเนื้อชั้นลึก (Pubo - coccygues และ Ileococcygeus muscles) (ละเอียด อุคมนตรี  
 2521: 22-30)

ปกติในการคลอด ฝีเย็บจะมีการฉีกขาดได้ แต่จะฉีกขาดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับกระบวนการ  
 คลอด ถ้าเด็กคลอดไม่เร็วเกินไป ฝีเย็บจะนุ่มและมีโอกาสยืดได้มากจนมาง การฉีกขาดก็จะมึน้อย

แต่ถ้าฝีเย็บแข็งและไม่ยืดขยาย (Rigid perineum) ซึ่งมักจะเกิดจากการฝีเย็บในครั้งก่อน ทำให้มี Fibrous tissue มาก ซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ ทำให้มี Reflex contraction ของ Levator ani muscles และ Superficial perineal muscles ฝีเย็บจะมีการยืดน้อยจึง ฉีกขาดได้มาก (ละเอียดยุค 2521: 22-30 และสนั่น สุขขันธ์ 2523: 174)

### การตัดของคลอดและฝีเย็บ

การตัดของคลอดและฝีเย็บ (Episiotomy) หมายถึงการตัดส่วนล่างของ Urogenital fascia, Transverse perinei muscles และบางส่วนของเส้นใยส่วนหน้าของกล้ามเนื้อ Pubo rectalis ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกล้ามเนื้อ Levator ani (สุนีย์ ศรีสุพรรณดิษฐ์ และคณะ 2523: 170)

รีคเคอร์ (Reeder 1977: 349) กันน์ (Gunn 1967: 342) มานา บุญค้ำผล (2520: 515) สุนีย์ ศรีสุพรรณดิษฐ์ และคณะ (2523: 169-170) และ จินตนา บานแกง และ สุปราณี อัทธเสรี (2523: 127-130) มีความเห็นตรงกันเกี่ยวกับประโยชน์และจุดมุ่งหมาย ในการตัดฝีเย็บสรุปได้ดังนี้

1. ลดเวลาที่ศีรษะทารกมากฝีเย็บ การกดของศีรษะเป็นอันตรายต่อสมองเด็ก โดยเฉพาะในรายคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากศีรษะเด็กถูกกดกับบริเวณปากช่องคลอดนานในช่วงที่ศีรษะเด็กพยายามดันฝีเย็บและช่องคลอดให้กว้างขึ้น ซึ่งอาจจะเกิดภาวะเลือดออกในสมองได้

2. ป้องกันการฉีกขาดของช่องคลอด ซึ่งเกิดจากส่วนหน้าของเด็กมาดันให้ฉีกขาด ทำให้แผลกระรุ่งกระริ่ง ข้อมแซมยาก และแผลติดไม่ดี

3. ไม้ให้ส่วนหน้าของเด็กมาดันที่อุ้งเชิงกราน (Pelvic floor) และฝีเย็บนานเกินไป ทำให้พังผืด (fascia) และกล้ามเนื้อ (Perineal muscles) บริเวณนี้จะยืดมากกว่าปกติ ผลที่ตามมาคือภาวะบังลมหย่อน (Pelvic floor relaxation) และลำไส้ใหญ่ส่วนที่ติดทวารหนักหย่อน (Cysto - rectocele) ซึ่งมีส่วนสำคัญในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ รวมทั้งการหดตัวของปากช่องคลอดบางส่วนด้วย

4. การตัดฝีเย็บช่วยไม่ให้ศีรษะเด็กถูกบีบอยู่ในบริเวณคานกลางของช่องเชิงกราน (Pelvic outlet) นานเกินไป ซึ่งจะทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (Fetal asphyxia) ได้

5. เป็นการระแวดระวังการขมเข็มฝีเย็บในรายที่เห็นว่าถ่วงเวลาคลอด ดำเนินต่อไปเอง จะต้องเกิดการฉีกขาดแน่นอน

6. เป็นการหลีกเลี่ยงมิให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อทารก และทารก

7. ช่วยในการคลอดที่ต้องการบริเวณช่องคลอดกว้างขึ้น เช่น การใช้คีมช่วยคลอด (Forceps Assistance)

8. ช่วยร่นระยะเวลาคลอดให้สั้นเข้าเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

มานา บุญคนันผล (2520: 515) จินตนา บ้านแกง และสุปราณี อัทธเสรี (2523: 730) และสุนีย์ ศรีสุพรรณดิฐ และคณะ (2523: 170-172) มีความเห็นตรงกันเกี่ยวกับข้อชี้แจงในการตัดฝีเย็บสรุปได้ดังนี้

1. ในการคลอดครรภ์แรกทุกราย
2. ฝีเย็บแคบ
3. ในการคลอดหากัน
4. เคยทำการขมเข็มตกแต่งช่องคลอดและฝีเย็บมาก่อน
5. การคลอดในรายที่ต้องการใช้เครื่องมือช่วยคลอดทางช่องคลอด
6. เด็กตัวเล็กเกิดก่อนกำหนด โดยทั่วไปแนะนำให้คลอดโดยตัดฝีเย็บให้กว้างเพื่อไม่ให้ศีรษะเด็กถูกกดอยู่นานและมากเกินไป

#### ชนิดของการตัดฝีเย็บ

วรารุช สุมาวงศ์ (2525: 318) และ Myle (1970: 617) ได้อธิบายไว้ตรงกันคือแบ่งได้เป็น 6 ประเภทคือ

1. Medio-lateral เป็นวิธีที่นิยมกันมาก เพราะอันตรายจากการฉีกขาดของฝีเย็บที่จะลุกลามไปถึงทวารหนักเกิดขึ้นได้น้อย แต่การเย็บซ่อมแซมยากกว่าแบบอื่น ๆ วิธีการตัดคือ ตัดกึ่งกลางจากกลางสุดของช่องคลอด ทำมุม 45 องศา เฉียงไปทางซ้ายหรือขวาก็ได้
  2. Median เป็นวิธีที่นิยมแพร่หลายเช่นกัน เพราะการเย็บซ่อมแซมทำได้ง่าย และผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดที่บาดแผลภายหลังคลอดเท่ากับวิธีตัดเฉียง วิธีการตัดคือ ตัดกึ่งกลางจากกลางสุดของช่องคลอดตรงลงมาจนถึงทวารหนัก
  3. Lateral วิธีนี้ไม่เป็นที่นิยม เพราะแผลหายช้าและอาจติดต่อของต่อม Bartholin ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการช่วยหล่อลื่นบริเวณ Vestibule ระหว่างที่มีการกระตุ้นทางเพศ วิธีการตัดคือ ตัดห่างจากกึ่งกลางจากกลางสุดของช่องคลอดเฉียงไปข้างซ้ายหรือขวาก็ได้
  4. Bilateral Medio - Lateral เป็นวิธีที่ไม่นิยมทำกันนอกจากในรายที่เด็กใหญ่มาก วิธีการตัดคือ ตัดแบบ Medio - Lateral แต่ตัดทั้งด้านซ้ายและขวาด้านละ 1 แผล
  5. Bilateral (Obsolete) วิธีนี้ปัจจุบันไม่ทำแล้ว วิธีการตัดคือ ตัดแบบ Lateral แต่ตัดทั้งด้านซ้ายและขวาด้านละ 1 แผล
  6. J-shaped เป็นวิธีที่ไม่นิยมทำ เพราะเย็บซ่อมแซมยากและต้องอาศัยความชำนาญในการตัด วิธีตัดคือ ตัดกึ่งกลางจากส่วนกลางสุดของช่องคลอด แล้วตัดโค้งออกไปข้าง ๆ เพื่อเลี่ยงการฉีกขาดของกล้ามเนื้อทวารหนัก
- ส่วน สาโรจน์ ประภักษาม (2525: 285) มานา บุญนันทผล (2520: 515) และ บุคมิลเลอร์ (Bookmiller 1968: 418-419) ได้กล่าวถึงการตัดฝีเย็บไว้ เป็น 2 วิธีคือ
1. การตัดฝีเย็บแบบเฉียงข้าง (Medio-lateral) นิยมกันโดยทั่วไป ซึ่งอาจเย็บยากกว่าการตัดแบบแนวกลางเล็กน้อย แต่จะไม่ฉีกขาดตกลงไปถึงทวารหนัก
  2. การตัดฝีเย็บแบบแนวกลาง (Median) เหมาะสำหรับผู้ที่ยังไม่คลอดและทารกขนาดใหญ่ ถ้าตัดฝีเย็บตามแนวกลางแล้วเห็นว่ารอยตัดจะขาดตกลงไปอีกจะต้องรีบตัดต่ออ้อมรูทวารหนัก เพื่อป้องกันการฉีกขาดของรูทวารหนัก

เวลาที่เหมาะสมในการตัดฝีเย็บนั้น (Timing of Episiotomy) ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความเห็นพอสรุปได้ดังนี้ จินตนา บานแกง และสุปราณี อัทธเสรี (2523: 130) วราวุธ สุมาวงศ์ (2525: 319) และสุนีย์ ศรีสุพรรณดิฐ (2523: 172-173)

1. ขณะที่มีการคาเบงเห็นศีรษะทารกโผล่ที่ปากช่องทางคลอดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 - 5 เซนติเมตร และไม่หดกลับไปอีก
2. สังเกตเห็นแนวกลางของฝีเย็บเริ่มขาวซีดและบางใสเป็นมัน
3. ในการช่วยคลอดหากัน ควรตัดฝีเย็บก่อนเริ่มช่วยคลอด คือ ตอนที่ก้นทารกโผล่ออกมาให้เห็นเพียงเล็กน้อย
4. ฝีเย็บสูงที่ไม่มีความยืดหยุ่นขณะมีการคาเบงแล้วศีรษะทารกมาคั้นอยู่
5. ขณะที่ศีรษะทารกมาคั้นฝีเย็บจนเริ่มมองเห็นรอยปริเล็กน้อยของฝีเย็บ

เทคนิคในการตัดฝีเย็บ ละเอียต อุคมรัตน์ (2521: 34) และวราวุธ สุมาวงศ์ (2525: 320) ได้กล่าวถึงเทคนิคในการตัดฝีเย็บพอสรุปได้ดังนี้

1. ใส่ 2 นิ้วสอดเข้าไประหว่างฝีเย็บกับส่วนนำของทารกเพื่อป้องกันการฉีกขาดของศีรษะเด็ก ในกรณีที่มีการกรัดฝีเย็บเป็นรูปโค้ง ให้หันปลายกรรไกรออกห่างจากทวารหนัก
2. ให้เริ่มตัดขณะที่มดลูกหดตัว และมีการคาบลงเบงคลอด และตัดครั้งเดียวให้พอ
3. ควรหลีกเลี่ยงการตัดไปถูก Varicose Vein เพราะจะทำให้เสียเลือดมาก

การซ่อมแซมฝีเย็บ (Perineorrhaphy) (วราวุธ สุมาวงศ์ 2525: 367-368)

ถ้าเป็นจากการตัดฝีเย็บ และไม่มีรอยฉีกขาดเพิ่มไปจากที่ตัด แผลจะมีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด มุมบนคือยอดของแผลในช่องคลอด มุมล่างคือส่วนต่ำสุดของรอยขาดบนผิวหนัง มุมด้านข้างทั้งสองคือส่วนล่างของปากช่องคลอดหรือคือบริเวณ Fourchet ที่แยกออกจากกันลักษณะแผลจะเป็นเช่นนี้เหมือนกันทั้งในการตัดแบบตรงและแบบตัดเฉียง

วิธีเย็บภายในช่องคลอดอาจเย็บแบบขาดช่วง (Interupted stitch) หรือเย็บแบบต่อเนื่อง (Continuous stitch) ด้วยเอ็นแมว (catgut) ก็ได้

วิธีเย็บภายนอกช่องคลอด (เย็บผิวหนัง) อาจเย็บแบบ Interrupted stitch ด้วยไหม (silk) หรือ Subcuticular stitch ด้วย catgut คือ เย็บสอยขอบแผลทีละข้างให้เข้ามาชิดกัน (วารวุธ สุมาวงศ์ 2525: 364)

ละเอียดยุคมรุตน์ (2521: 35) และวารวุธ สุมาวงศ์ (2525: 367-368) ได้กล่าวถึงลำดับขั้นในการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บไว้โดยสรุปดังนี้

1. คลึงมดลูกให้หดตัวแข็ง แล้วกดยอคมดลูกเพื่อไล่เลือดก้อนในโพรงมดลูกออกมา
2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค เอาก้อนเลือดออกให้เห็นขอบแผลชัดเจน
3. บูฟาสีเหล็ยมเจาะกลาง
4. คล้ายที่พัน Tampon ออกชุ่มน้ำยาบีบให้แห้งแล้วสอดเข้าไปในช่องคลอดให้ลึกเพื่อป้องกันมิให้เลือดจากโพรงมดลูกไหลออกมาเคลือบบริเวณแผล ซึ่งจะทำให้เห็นขอบแผลและก้นแผลไม่ชัดเจน การเย็บก็จะไม่สะดวก แล้วใช้ Aterial forceps จับชายค้ำของ tampon พาดไว้บนฟาสีเหล็ยมเจาะกลางเหนือหัวเหน่า
5. ใทยาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) ในรายที่ทำ Episiotomy แล้วไม่มีการฉีกขาดเพิ่มจากที่ค้ำถึงหูรูดวารหนัก ใทยาเฉพาะที่โดยใช้ xylocaine 1% ไม่เกิน 10 มิลลิกรัม ฉีดที่ขอบแผลและบริเวณแผล
6. เย็บซ่อมแซมตามชั้นความลึกของการตัด ต้องเย็บจากก้นแผลขึ้นมา พยายามไม่ให้เกิดช่องว่างซึ่งจะทำให้เลือดออกมายังภายในช่องว่างนั้นได้ เพราะจะทำให้เกิดเลือดคั่ง (Hematoma) ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการหายของแผลได้ คือแผลจะไม่ดีหรือมีการอักเสบได้ภายหลัง
7. ดึง Tampon ออกแล้วทำความสะอาดปากช่องคลอดและฝีเย็บ
8. คลึงมดลูกไลก้อนเลือดอีกครั้ง แล้วสอดค้อนามัย ปลดขานผู้ช่วยออกจากขาหยั่ง จัดโหนดนเหยียดขาชิดกัน

ในการซ่อมแซมฝีเย็บ เพื่อให้ได้ผลดี ละเอียดยุคมรุตน์ (2521: 35) และสุนีย์ ศรีสุพรรณศิริ และคณะ (2523: 177-179) ได้เสนอแนะไว้พอสรุปได้ดังนี้

1. ในการเย็บทองแหวกให้เห็นขอบแผลชัดเจน
2. เย็บให้คงรูปร่างเดิมมากที่สุด
3. เย็บเนื้อเยื่อข้างในสุดออกมาจนถึงข้างนอก และเย็บเนื้อเยื่อชั้นลึกขึ้นมาซ้อนเป็นชั้น ๆ ไป ระหว่างเย็บทองให้ขอบแผลเรียบซิกพอคี้ ไม่นูน
4. เมื่อเริ่มเย็บผนังช่องคลอด มุมในสุดควรตัก เข็มให้ เลยส่วนที่ฉีกขาดลงไปประมาณ 2-3 มิลลิเมตร เพื่อป้องกันเลือดออกจากมุมบนสุด
5. ไม่ตัก เข็มลึกจนเกินไป จนผ่านไปในพื้นที่ของทวารหนัก เพราะจะทำให้แผลติดเชื้อได้มาก และไม่ตักขึ้นเกินไปจนเกิดช่องโหว่ เพราะต่อไปอาจมีเลือดไหลซึมออกมาจาก เส้นเลือดที่ฉีกขาดมาซึ่งอยู่ในเนื้อเยื่อทำให้เกิดเป็นก้อนเลือด ซึ่งจะมึนตรายมากถ้าช่วยไม่ทัน
6. ในรายที่มีเส้นเลือดขอด (Varicose vein) ที่ผนังช่องคลอดและฝีเย็บ พยายามอย่าตักเข็มเข้าไปในเส้นเลือด ควรอ้อมไปข้างหลังให้ทางออกไป เพื่อป้องกันหลอดเลือดฉีกขาดทำให้เลือดออกได้มาก
7. ระมัดระวังการติดเชื้อให้มากที่สุด
8. เมื่อเย็บเสร็จต้องตรวจทวารหนัก โดยคลำบริเวณรอบ ๆ ปากช่องคลอด และทวารหนัก เพื่อความมีก้อนเลือดคั่งหรือไม่

#### การดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และฝีเย็บ

ผู้ป่วยหลังคลอดที่ลุกจากเตียงไม่ได้ ควรชำระบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และฝีเย็บให้น้อยวันละ 2-3 ครั้ง และภายหลังการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะทุกครั้ง ถ้าลุกได้ให้ชำระเองด้วยน้ำสะอาดไม่จำเป็นต้องใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ เสร็จแล้วซับให้แห้งด้วยกระดาษชำระหรือผ้าสะอาด โดยซับจากบนลงล่างเสมอ แต่ระวังอย่าให้ถูบริเวณทวารหนัก ในรายที่มีการปวดแผลมากจากการเย็บหลายเข็มหรือการผูกคายนั้ดเย็บตึงเกินไป ให้ยาระงับปวดหรือนั่งแช่ในน้ำอุ่น หรืออบไฟโดยตั้งหลอดไฟให้ห่างจากแผลประมาณ 1 - 1 $\frac{1}{2}$  ฟุต อบครั้งหนึ่งนานประมาณ 10 - 20 นาที (สุรวิรัตน์ ภูมิธรรม และคณะ 2525: 212 และวิมลรัตน์ กรัยวิเชียร 2513: 119)

วรารุช สุมาวงศ์ (2525: 374-375) ใ้กล่าวถึงการดูแลและทำความสะอาดฝีเย็บ (Routine Perineal Care) ไว้ดังนี้

1. ชำระบริเวณปากช่องคลอดควายนายามาเช็ดทุก 4 ชั่วโมง หรือหลังการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ
2. ใช้ไฟ Infrared หรือถ้าไม่มีไฟใช้ไฟธรรมดา 40-60 แรงเทียนฉายที่บริเวณฝีเย็บ ซึ่งระยะเวลาในการใช้ไฟนี้แตกต่างกันไปตามแต่ละสถานที่ บางแห่งนิยมปฏิบัติทุกๆ 6 ชั่วโมง ครั้งละ 15 นาที แต่บางแห่งก็ใช้เพียงวันละ 2 ครั้งเท่านั้น และปกติจะฉายไฟหลังชำระทำความสะอาดบริเวณช่องคลอด จุดประสงค์ของการใช้ไฟฉายบริเวณฝีเย็บเพื่อลดความเจ็บปวดและอาจมีส่วนช่วยในการไหลเวียนของกระแสโลหิตบริเวณนั้นด้วย
3. อาจใช้ผงยามาเช็ดรอยแผลหลังทำความสะอาดแล้วทุกครั้ง
4. ปัจจุบันได้มีการผลิตยาพ่น (Spray) เพื่อเคลือบผิวหนัง บริเวณแผล อาจใช้นายาพ่น (Spray) นีกอนและหลังการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระก็ได้
5. สอนวิธีใส่และถอดผ้าอนามัย โดยให้ถอดไปทางด้านหลังและล้างมือทุกครั้งภายหลังจากถอดผ้าอนามัยหรือเปลี่ยนผ้าอนามัย

จุดประสงค์ของการดูแลฝีเย็บนั้นเพียงเพื่อดูแลความสะอาดไม่ใช่หมายความว่าต้องการให้บริเวณปากช่องคลอดปราศจากเชื้อ เนื่องจากของเหลวบริเวณช่องทางคลอดจะมีเชื้อโรคบางประเภทอาศัยอยู่แล้วโดยไม่ทำให้เกิดการอักเสบถาวรกายแข็งแรงสมบูรณ์ดี แต่เมื่อใดที่ร่างกายอ่อนแอก็อาจเกิดการอักเสบได้

ละเอียด อุดมรัตน์ (2521: 40) ได้แนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดบริเวณฝีเย็บไว้ดังนี้

1. รักษาความสะอาดบริเวณฝีเย็บ ด้วยการชำระบริเวณด้วยวิธีสัฟฟอนภายนอก ในกรณีที่ไม่สามารถทำด้วยตนเอง พยาบาลต้องแนะนำให้มารดาปฏิบัติอย่างถูกต้อง
2. พยาบาลต้องสังเกตแผลฝีเย็บ ถ้ามีสิ่งผิดปกติ เช่น มีเลือดออก มีการติดเชื้อ มีหนอง หรืออักเสบ บวมมาก ต้องรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะหรือฉายแสง (Infrared ray)

ปราณี ผลพันธุ์ (2513: 42) ปราณี จาคิเกตุ และคณะ (2524: 39) ได้มีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องการดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Flushing) ดังนี้

วัตถุประสงค์ เพื่อชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและฝีเย็บให้สะอาด  
เครื่องมือ ประกอบไปด้วย

1. เข็มน้ำขนาด 500-1,000 มิลลิลิตร ใส่น้ำสุกอุณหภูมิร้อนน้ำยา Lysol 0.5%
2. ชามรูปไต 1 ใบ
3. กระบอกใส่ cleansing forceps 1 อัน
4. อับใส่สำลีสะอาด
5. กระจกชำระ
6. หมอนนอน

วิธีทำ ใช้น้ำในเข็มน้ำขนาด vulva แล้วขัดด้วยกระจกชำระจนแห้ง ในรายที่มีบาดแผลหรือหลังคลอด ควรใช้สำลีแทนกระจกชำระโดยแช่มาในเข็มน้ำ ใช้ปากคีบยาว (Long forceps) หยิบสำลีบีบน้ำให้พอหมาดๆ ก่อนแรก เช็ดที่ริมของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Labia) ด้านไกลตัวเราก่อน ก่อนที่ 2 เช็ดด้านใกล้ตัว ก่อนที่ 3 เช็ดตรงกลาง ถ้างั้นไม่สะอาดพอก็ใช้สำลีเช็ดอีกจนกว่าจะสะอาด

การอบด้วยความร้อน (Hot compress)

ปาหนัน บุญ-หลง และคณะ (2513: 282 - 290) ได้แนะนำเกี่ยวกับการอบด้วยความร้อนไว้ว่า

หลักการ คือ ให้ความร้อนจากหลอดไฟส่องไปยังบริเวณที่ต้องการความร้อนที่จะใช้ขึ้นอยู่กับความแรงของหลอดไฟ จำนวนของหลอดไฟ ระยะห่างจากบริเวณผิวหนังที่จะให้ความร้อนกับหลอดไฟ

ขอควรระวัง ในการใช้ความร้อนชนิดนี้คือ ผิวหนังของผู้ป่วยจะต้องสะอาดและแห้ง เพื่อป้องกันการไหม้ของผิวหนัง โดยปกติหลอดไฟควรวางจากผิวหนังประมาณ 18 - 30 นิ้ว ขึ้นอยู่กับขนาดความแรง ถ้าเป็นแบบตะเกียงให้ความร้อน (heating lamp) ไม่ต้องใช้ผ้าคลุม แต่ถ้าเป็นแบบซึ่งใช้หลอดไฟมากกว่า 1 หลอดขึ้นไป (baker) โดยมากมักจะต้องใช้ผ้าคลุม เพื่อให้ความร้อนแผ่กระจายไปทั่ว ๆ บริเวณนั้น

การประคบด้วยความร้อนแสง (Infrared ray) นั้น ปราณี จาคีเกตุ และคณะ (2524: 187) ได้กล่าวไว้ดังนี้

### เครื่องมือ

1. ตะเกียงส่องแสง (Infrared lamp)
2. ขาดัง
3. ผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลาง 1 ผืน
4. ผาหม 1 ผืน

### วิธีทำ

1. บอกผู้ป่วยให้ทราบ
2. ทำความสะอาดและซับบริเวณที่จะฉายแสงให้แห้ง ป้องกันการแดง พองไหม้ของผิวหนัง
3. คลุมผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลาง เปิดเฉพาะบริเวณที่จะฉายแสง เพื่อป้องกันส่วนอื่นไม่ให้ถูกแสง ถ้าเป็นบริเวณผิเฝ้ายกให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่า (Dorsal recumbent) และเหน็บผ้าให้เรียบร้อย
4. ขณะที่ฉายแสงให้ผู้ป่วยหลับตาจนฉายแสงเสร็จจึงสิ้น
5. วางดวงไฟห่างจากบริเวณที่จะฉายแสงประมาณ 2 ฟุต
6. ระยะเวลาในการฉายแสงขึ้นอยู่กับอาการรักษา โดยทั่วไปใช้เวลา 15 - 30 นาที
7. ขณะฉายแสง ผู้ป่วยต้องอยู่นิ่ง ๆ ไม่ขยับไปมา

8. ถาพรอยแดง ไหม ทองหุคฉายแสงทันที

9. พยายามคงอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตลอดเวลา

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการพยาบาลหลายท่านได้กล่าวถึงการดูแลแผลฝีเย็บ ไว้ดังนี้

มานา บุญคันผล (2520: 256) และสมิธ (Smith 1975: 811) ได้แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีแผลบริเวณฝีเย็บแชก้นในน้ำอุ่น (Hot sitz bath) เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

จาร์ส ศิริสัมพันธ์ (2503: 446) และคลอเซ็น (Clausen 1973: 543) ได้กล่าวถึงผู้ป่วยหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บว่า หลังคลอดใหม่ ๆ ยังไม่จำเป็นต้องล้างทำความสะอาดแผลฝีเย็บ เพียงแค่รักษารบริเวณฝีเย็บให้แห้งอยู่เสมอ เมื่อมีน้ำคาวปลาออกมาก ๆ ให้เปลี่ยนผ้าอนามัยและทำความสะอาด ถ้าทำความสะอาดบ่อยเกินไปแผลจะไม่ดีสนิท

สุจิต เภาสวัสดิ์ (2525: 119) แนะนำให้ใช้สบู่ทำความสะอาดแผลฝีเย็บวันละ 1 - 2 ครั้ง และหลังปัสสาวะหรืออุจจาระ

จะเห็นได้ว่ามีผู้เสนอการทำความสะอาดฝีเย็บไว้หลากหลาย โดยมีจุดมุ่งสำคัญที่การหายของแผลโดยไม่มีอาการอักเสบทุกๆ วิธีที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลถึงเป้าหมายเช่นว่านี้ได้เช่นเดียวกัน แต่ปัจจัยประกอบในกระบวนการปฏิบัติ เช่น การใช้เวลาของพยาบาลในการปฏิบัติให้กับผู้ป่วย วัสดุเครื่องมือที่ต้องจัดเตรียม ค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาด ตลอดจนการแนะนำให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง เหล่านี้ยังมีใคร่ผู้ใดวิเคราะห์ในลักษณะของความเกี่ยวของที่มีต่อการดูแลฝีเย็บผู้ป่วยหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยรวมอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อการหายของแผลนอกจากวิธีการทำความสะอาดฝีเย็บ

สุขารี เถลารักพงษ์ (2521: 34-38) ได้รายงานการวิจัยไว้ว่า การพักผ่อนโดยการนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง จะทำให้แผลฝีเย็บหลังคลอดมีลักษณะเป็นปกติมากกว่าผู้ป่วยที่พักผ่อนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่ใช้น้ำกอกเปิดใหม่ๆ ชำระแผลฝีเย็บจะทำให้แผลฝีเย็บเป็นปกติมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้น้ำในถัง นอกจากนี้ ชนิดของไหมที่ใช้เย็บแผล วิธีการเย็บ อายุของผู้ป่วย วิธีการอบแผลด้วยไฟฟ้า ระดับการศึกษา การใช้จ่ายงโรยแผล การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว และนิสัยการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ไม่ทำให้เกิดการอักเสบของแผลฝีเย็บหรือทำให้ลักษณะของแผล

ผีเสื้อแตกต่างกัน ซึ่งคานกับผลการวิจัยของ เลอไมตรี (George D. Lemaitre 1970: 82) ว่า ไทมละลายจะถูกลอยและดูดซึมเข้าไปในส่วนของร่างกายโดยใช้เวลาพอกกับการหายใจของแมลง ในขณะที่ไทมธรรมชาติยังคงอยู่และเป็นทางผ่านที่จะทำให้เกิดการอักเสบของแผลได้มากกว่าไทมละลาย และคานกับความเห็นของ สอาก์โลสม อาศนสถิตย์ (2516: 21) ที่ว่า ความสมดุลของน้ำและแร่ธาตุในร่างกายทำให้ เซลล์ได้รับน้ำอย่างเพียงพอที่จะรักษาความชุ่มชื้นไว้ได้ ซึ่งจะช่วยให้ การหายใจของแมลงดีขึ้นไม่เกิดการอักเสบ นอกจากนี้มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการอบแผลผีเสื้อด้วยไฟ Infrared วันละ 2 ครั้ง ไวว่าวิธีนี้ไม่ได้ช่วยให้การหายใจของแมลงดีขึ้นเร็วกว่าปกติ (สุชาติ เทลารักษ์พงษ์ 2511: 36 และ Sriyaporn et.al. 1985: 27-28)

สุริยาภรณ์ และคณะ (Sriyaporn et.al. 1985: 27-28) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการใช้ Heat lamp (Infra-red) ที่มีต่อการหายใจของแมลงผีเสื้อหลังคลอด ผลชี้ให้เห็นว่าการใช้ Heat lamp ไม่ได้ช่วยให้เกิดการหายใจของแมลงดีขึ้น ผู้วิจัยได้เสนอแนะวิธี ทำความสะอาดผีเสื้อดังนี้

1. การทำความสะอาดควายนำมาแช่ ใช้เมื่อหลังคลอดไปแล้ว 6 ชั่วโมง และทำ วันละ 2 ครั้ง ดังนี้

1.1 หลังคลอดควรทำความสะอาดผีเสื้อวันละ 2 ครั้ง เวลา 09.00 น. และ 17.00 น. อาจใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรค เช่น Dettal 0.5% และ 2.5% หรืออาจใช้สบู่ล้าง ผีเสื้อในกรณีไม่มีน้ำยา

1.2 อาจใช้วิธีแช่ในบาบกรณีย์ เช่น แผลอักเสบ มีหนอง แต่ไม่ควรแช่ใน กรณีย์ที่มีลักษณะแผลปกติ ควรรักษาบริเวณแผลผีเสื้อแห้งสะอาด โดยเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ เท่าที่ จำเป็น

1.3 ไม่จำเป็นต้องใส่ยาที่แผลผีเสื้อ เพราะยาไม่มีส่วนทำให้ขบวนการหายใจของ ผีเสื้อดีขึ้น นอกจากช่วยฆ่าเชื้อโรคเท่านั้น การปฏิบัติที่ดีที่สุดคือการรักษาความสะอาด

1.4 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญ และจุดประสงค์ของการดูแลรักษาความ สะอาดบริเวณผีเสื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ

## 2. การแนะนำให้ผู้ป่วยหลังคลอดทำความสะอาดแผลฝีเย็บ ดังนี้

2.1 ให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ โดยล้างจากส่วนบนไปส่วนล่าง หรือคานหน้าไปคานหลัง การล้างควรใช้น้ำกอกที่เปิดใหม่ ๆ และอาจใช้สบู่ล้างควยแล้วใช้น้ำล้างสบู่ออกให้หมดซึบให้แห้งด้วยกระดาษนุ่มสะอาด ใหลางเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกไม่ต้องล้างในช่องคลอด

2.2 ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และฝีเย็บ

2.3 เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อย ๆ เท่าที่จำเป็น โดยเฉพาะหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะและเมื่ออาบน้ำทุกครั้ง

2.4 การถอดผ้าอนามัยออกทิ้งให้ถอดจากคานหน้าแล้วดึงไปทางคานหลังทุกครั้ง การใส่ก็เช่นเดียวกันให้ใส่จากคานหน้าไปคานหลัง หรือจะใส่หวงผ้าอนามัยที่เข็มขัดทั้งสองพร้อมกันก่อนแล้วดึงผ้าอนามัยขึ้นมาตรง ๆ การจับผ้าอนามัยให้จับชายทั้งสองข้างพับทบเข้าหากัน โดยให้ส่วนที่จะต้องสัมผัสฝีเย็บอยู่คานใน

จะเห็นได้ว่าวิธีทำความสะอาดฝีเย็บด้วยน้ำสะอาด เป็นวิธีการหนึ่งที่คุณวิชัยได้แนะนำไว้ โดยมีวิธีทำความสะอาดโดยการสอนผู้ป่วยให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและทำด้วยตนเองได้

### ขบวนการหายของแผล (The Process of wound healing)

โดยปกติแล้วธรรมชาติจะเป็นตัวทำให้บาดแผลหายเองได้ แพทย์และพยาบาลเป็นเพียงผู้ช่วยส่งเสริมให้บาดแผลนั้นมีกระบวนการหายในระยะเวลาอันสมควรหรือรวดเร็วยิ่งขึ้น (จิตรลดา เลอชุก 2520 : 132)

เมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้นร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เรียกว่าขบวนการหายของแผล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (จิตรลดา เลอชุก 2520 : 132-139)

1. ระยะแรก (The lag phase) คือนับตั้งแต่วันที่แผลเกิดไปจนถึงประมาณวันที่ 6 ระยะเวลาเซลล์บริเวณแผลจะปล่อยสาร nicrosin ออกมาเพื่อทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยห่างขึ้นกว่า

ปกติ น้ำเหลือง และ เม็ดเลือดขาวจึงออกมาสู่บริเวณแผลได้มาก แล้วจับตัวกันเป็น Fibrin network ทำให้เลือดบริเวณแผลหยุดไหล ขณะเดียวกันเซลล์ที่ถูกทำลายก็จะปล่อยสาร Leukotaxine ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เม็ดเลือดขาวชนิดต่าง ๆ ออกมาสู่บาดแผล เพื่อทำลายเชื้อโรคและกระตุ้นให้เกิดการสร้าง fibroblast ขึ้น เมื่อมี fibroblast เจริญมากขึ้น หลอดเลือดฝอยก็จะเกิดขึ้นใหม่ด้วย ทำให้เกิดเป็นเนื้อเยื่ออ่อนเรียกว่า granulation tissue

2. ระยะที่สอง (The fibroplasia phase หรือ Proliferative phase) เป็นระยะที่เนื้อเยื่อใหม่ (granulation tissue) งอกขึ้นมาจนเต็มแผล แผลจะเป็นสีชมพู เพราะมีเส้นโลหิตฝอยเกิดขึ้นใหม่มากมายบริเวณแผลจะอ่อนนุ่มมาก

3. ระยะที่สาม (The phase of Contraction) เป็นระยะที่เนื้อเยื่อเสริมหดตัว ดึงรั้งแผลเป็นให้ฝักรูปรางไป

ตามปกติบาดแผลทุกชนิดสามารถหายได้เองตามธรรมชาติอยู่แล้ว เว้นเสียแต่ว่ามีสิ่งอื่นรบกวนต่อกระบวนการหายของแผล เช่น อายุ อาหาร น้ำ ยา ที่ผู้ป่วยได้รับ ความสะอาด ขนาดบริเวณที่เกิดบาดแผล การอักเสบ ตลอดจนการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคล้างบาดแผล เพื่อจะทำลายเชื้อโรคให้หมดไป แต่ขณะเดียวกันยานั้นย่อมทำลายเนื้อเยื่ออ่อนที่งอกใหม่ของแผลได้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นแผลสะอาดจึงไม่จำเป็นต้องใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคใด ๆ (จิตกรลดา เลอซุก 2520: 142 สุปรานี พันธน้อย 2529: 299-300 มาลี สนธิเกษศริน 2528: 299-301 และสออาจค์โสสม อาศนสถิตย์ 2512: 40)

แผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บและเย็บซ่อมแซมในการคลอดเป็นวิธีที่ปราศจากเชื้อและปฏิบัติโดยแพทย์หรือพยาบาล ในห้องคลอดของสถานบริการพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นเขตปลอดเชื้อได้

ดังนั้นการหายของแผลน่าจะเป็นไปไ้ตามธรรมชาติด้วยการรักษาความสะอาดที่ถูกต้อง โดยใช้วิธีทำความสะอาดที่สามารถป้องกันการติดเชื้อจากเชื้อโรคที่มีอยู่แล้วบริเวณอวัยวะภายใน และภายนอกจึงเป็นไปไ้ได้ที่แผลฝีเย็บจะไม่มีการอักเสบ เกิดขึ้นหากได้รับการปฏิบัติที่ถูกต้อง คังกล่าวแล้ว

เมื่อแผลฝีเย็บมีการอักเสบเกิดขึ้นจะมีกลิ่นเหม็น เห็นริมแผลบวมเป็นสีแดง ค่อมอาจจะมีน้ำเหลืองไหลออกมา แล้วจึงขุ่นกลายเป็นหนอง แผลที่มีการอักเสบคังกล่าวถ้าเป็นมาก เมื่อแผลหาย

จะมีแผลเป็นเกิดขึ้นทำให้บริเวณแผลหดตัวเล็กน้อย จนบางครั้งอาจทำให้อวัยวะเดิมผิดรูปร่างแผลผิดขนาดไปได้ และจะไม่ยึดขยายในการคลอครั้งที่ต่อไป (สุรรัตน์ ภูมิธรรม และคณะ 2525: 228)

ตามปกติบาดแผลทุกชนิดสามารถหายได้เองตามธรรมชาติอยู่แล้ว เว้นเสียแต่จะมีสิ่งอื่นรบกวนต่อการหายของบาดแผล ทำให้บาดแผลนั้นหายช้าไป บาดแผลที่มีการไหลเวียนของโลหิตดีจะหายไ้รวดเร็ว เนื่องจากกระแสโลหิตเป็นตัวนำออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและรับของเสียเช่น  $CO_2$  และของเสียอื่น ๆ จากเนื้อเยื่อขับออกทางปอดและไต (จิตรลดา เลอชุก 2520: 46-47)

### ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการหายของแผล

ปัจจัยการหายของแผลทั่ว ๆ ไปไม่แตกต่างกับการหายของแผลฝีเย็บ จิตรลดา เลอชุก (2520: 140-143) มาลี สนิธิเกษทริน (2528: 299-301) พันธุ์เกษม กี่ชานนท์ (2521: 77-78) สุปราณี พันธน้อย (2529: 299-300) และ สว่างค์โฉม อาศนสติกัย (2512: 40) ได้กล่าวเกี่ยวกับปัจจัยการหายของแผลพอสรุปได้ดังนี้

1. เส้นโลหิตที่มาเลี้ยงบริเวณแผลนั้น ถ้าการไหลเวียนโลหิตไม่ดี การหายของแผลจะช้าเนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนซึ่งมีความสำคัญต่อการสังเคราะห์คอลลาเจน และอาหารที่จะส่งเสริมการเจริญของไฟโบรบลาสต์

2. ภาวะซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อและเกิดการอักเสบ ได้แก่ การติดเชื้อ การอักเสบซึ่งเกิดจากสิ่งแปลกปลอม การระคายเคืองต่อยาฆ่าเชื้อ การทำแผลที่รุนแรงไม่ถูกวิธี อาจทำให้เกิดการเสียหายต่อเนื้อเยื่อที่กำลังจะงอกขึ้นมา

3. การพักหรือลดการเคลื่อนไหวบริเวณบาดแผล การเคลื่อนไหวบาดแผลมากเกินไปทำให้แผลหายช้า เนื่องจากแผลถูกกระทบกระเทือน เกิดการอักเสบอย่างเฉียบพลันอยู่เสมอทำให้ขอบแผลติดชาและเลือดออกง่าย การพักและลดการเคลื่อนไหวจะช่วยส่งเสริมการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนส่วนที่หายไปได้ดีขึ้น

4. การบาดเจ็บ ถ้าเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย ระยะเวลาในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อก็ยิ่งเร็วขึ้น

5. อายุ แผลจะหายเร็วมากในวัยหนุ่มสาว เนื่องจากร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ อาจเร็วมากจนกระทั่งเกิดแผลเป็นที่หนาใหญ่และเป็น Keloid ได้ ในคนอายุมากแผลก็หายในอัตราปกติ นอกเสียจากร่างกายไม่แข็งแรง มีโรคแทรกโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เส้นเลือดและการหมุนเวียนของกระแสโลหิตจะหย่อนสมรรถภาพลง และเนื้อเยื่อก็หยุดเจริญด้วย ทำให้ปฏิกิริยาที่จะสามารถต่อต้านเชื้อโรคลดลง

6. สิ่งแปลกปลอมที่ตกค้างที่แผลจะทำให้แผลหายช้าลง

7. การพักผ่อนที่เพียงพอ จะช่วยทำให้แผลหายเร็วขึ้น

8. อาหาร บาดแผลหายได้ดี ถ้าผู้ป่วยได้รับสารอาหารในจำนวนเพียงพอมีคุณค่าและร่างกายสามารถนำไปใช้ในการสร้างเซลล์ใหม่ได้ อาหารที่ช่วยให้บาดแผลหายได้เร็วได้แก่ โปรตีน และวิตามินซี

9. ภาวะการขาดฮอร์โมนอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน มีผลต่อขบวนการเผาผลาญน้ำตาลในเลือด และการนำกลูโคสไปใช้ จึงมีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ ดังนั้นจึงพบว่าบาดแผลในผู้ป่วยเบาหวานจะหายช้ากว่าคนปกติ

10. ภาวะโลหิตจาง ความผิดปกติปริมาณเลือดในร่างกายหรือความหนืดของเลือดมีผลรบกวนการหายของบาดแผลทำให้หายช้ากว่าปกติ การให้เลือดแก่ไขภาวะโลหิตจางจะช่วยให้บาดแผลได้รับอาหารและออกซิเจนเพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้บาดแผลหายได้เร็วขึ้น

อเล็กซานเดอร์และคณะ (Alexander, et. al. 1966: 12-23) พบว่าภาวะโลหิตจางที่ไม่มีสาเหตุยุ่งยากซับซ้อนจะไม่มีผลรบกวนการหายของแผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของฟองก และคณะ (Fong, et. al. 1976: 218-223) ที่รายงานว่าภาวะโลหิตจางเรื้อรังจากการขาดธาตุเหล็กหรือการเสียเลือด ไม่มีผลต่อขบวนการหายของแผลและระดับเม็ดเลือดแดงจะเพิ่มขึ้นหรือเท่าปกติในภาวะเลือดจางเรื้อรัง ซึ่งแสดงว่าร่างกายสามารถปรับตัวได้

สำหรับแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บและมีการเย็บซ่อมแซมนั้นจะหายหรือแผลติดกันเร็วหรือช้าใช้เวลาประมาณ 5 วัน ซึ่งโดยปกติแผลฝีเย็บจะเย็บด้วยไหมดำแบบขาดช่วง ซึ่งจะตัดไหมได้ในวันที่ 5 หลังคลอดหากไม่มีการอักเสบ (สุนันย์ ศรีสุพรรณศิริ 2521: 180)