

บทความวิชาการ

การป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บในระยะคลอด
Prevention of Perineum Tear during Delivery

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ศศ.อ.* สมจิต เมืองพิล พย.ม.**

บทนำ

การตัดฝีเย็บเป็นการช่วยขยายช่องทางคลอด เพื่อช่วยให้ทารกคลอดได้ง่ายและเร็วขึ้น ป้องกันการถูกกดของศีรษะทารกนานเกินไป ลดความเมื่อยล้าและป้องกันการหย่อนของกระบังลมจากการเบ่งเป็นเวลานานในระยะคลอด ป้องกันการฉีกขาดที่รุนแรงของช่องทางคลอด ที่เกิดจากแรงเบ่งและฝีเย็บที่ตึงและมีการยืดขยายเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม การตัดฝีเย็บหรือการฉีกขาดของฝีเย็บทำให้เกิดการสูญเสียเลือดของผู้คลอด สิ้นเปลืองวัสดุในการเย็บ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ใช้เวลาในการเย็บซ่อม ทำให้ผู้คลอดอ่อนล้าและเพิ่มภาระงานแก่ผู้ทำคลอด ดังนั้น การป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง ที่ต้องให้การดูแลและป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บของผู้คลอด ตั้งแต่การรับผู้คลอดไว้ในห้องคลอดจนกระทั่งหลังคลอด

ทำไมต้องตัดฝีเย็บในระยะคลอด?

ฝีเย็บ (perineum) เป็นบริเวณที่อยู่ระหว่างช่องคลอดส่วนล่างถึงรูเปิดทวารหนัก การตัดฝีเย็บ (episiotomy) ในระยะคลอด เป็นการตัดฝีเย็บด้านนอกของช่องคลอด เพื่อขยายช่องคลอดให้กว้างขึ้น เพื่อให้เกิดการคลอดได้

เร็วขึ้นและป้องกันการฉีกขาดของช่องคลอด โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก การตัดฝีเย็บเชื่อว่าจะทำให้แผลฝีเย็บติดและหายได้เร็วกว่าการปล่อยให้ฝีเย็บขาดเอง ปัจจุบันความเชื่อเช่นนั้นได้เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ดังนั้นในปัจจุบันจึงการตัดฝีเย็บจึงไม่ใช่ขั้นตอนที่จำเป็นต้องกระทำเป็นประจำในการทำคลอดต่อไป เนื่องจากการฉีกขาดเองของฝีเย็บในระหว่างคลอดมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าและแผลหายได้เร็วกว่าการตัดฝีเย็บ การตัดฝีเย็บทำให้เกิดการสูญเสียเลือดมากกว่าเจ็บฝีเย็บมากกว่า และทำให้ต้องเว้นระยะการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดออกไปนานกว่าการปล่อยให้ฝีเย็บฉีกขาดเอง การหายของแผลฝีเย็บนี้จะสมบูรณ์ดีโดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ และพบว่าร้อยละ 85 ของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดช่องคลอดหรือบาดแผลที่ฝีเย็บ การคลอดทางช่องคลอดที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บจะมีการฉีกขาดและต้องได้รับการเย็บฝีเย็บอย่างน้อย 1 ใน 3 ของผู้คลอดที่มีการฉีกขาดเอง และพบว่ามีอาการฉีกขาดถึงหูดและทวารหนักประมาณร้อยละ 0.5-0.7 ของการฉีกขาดเอง การตัดฝีเย็บเชื่อว่าจะทำให้การเย็บซ่อมแซมและการหายของแผลดีกว่าการฉีกขาดเอง ลดการกดของศีรษะทารก ทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอด

*รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** อาจารย์ ประจำสาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สั้นลง ลดการฉีกขาดรุนแรงของฝีเย็บและช่วยให้การกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ดีขึ้น¹ ดังนั้น เหตุผลในการตัดฝีเย็บที่กระทำในระยะคลอดในปัจจุบันจึงมีจุดมุ่งหมายดังนี้

1. ขยายทางคลอดให้กว้างขึ้น เพื่อให้ศีรษะทารกผ่านได้ง่ายขึ้น
2. ช่วยในการคลอดเร็วขึ้นในกรณีที่ทารกผิดปกติ เช่น การเต้นของหัวใจเร็วขึ้นหรือช้าลง จำเป็นต้องช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ หรือคีมช่วยคลอด
3. ในรายที่ศีรษะทารกมีขนาดใหญ่และไม่เกิด Molding ขนาดช่องคลอดไม่กว้างพอที่ศีรษะทารกจะเคลื่อนผ่านได้
4. ในมารดาที่เนื้อเยื่อฉีกขาดและเลือดออกได้ง่าย ซึ่งพิจารณาแล้วหากคาดว่าจะเกิดการฉีกขาดได้หลาย ๆ ตำแหน่ง ควรตัดฝีเย็บจะดีกว่าการให้เกิดการฉีกขาดเองหลาย ๆ ตำแหน่ง

พฤติกรรมการตัดฝีเย็บในระยะคลอด

ในปี ค.ศ.2000 การตัดฝีเย็บในระยะคลอดในอเมริกามีประมาณร้อยละ 19.4 ของการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งลดลงจากปี ค.ศ. 1983 ที่มีถึงร้อยละ 69.4 โดยพบว่าในกลุ่มผู้หญิงผิวขาวจะได้รับการตัดฝีเย็บก่อนคลอดมากกว่าผู้หญิงผิวดำโดยมีอัตราร้อยละ 32.1 และร้อยละ 11.2 ตามลำดับ การตัดฝีเย็บก่อนคลอดขึ้นอยู่กับผู้ทำคลอด ผู้ทำคลอดที่เป็นผดุงครรภ์จะทำการตัดฝีเย็บน้อยกว่าแพทย์ที่ทำคลอด อัตราการตัดฝีเย็บในผดุงครรภ์และแพทย์เท่ากับร้อยละ 25 และร้อยละ 40 ตามลำดับ แพทย์ใหม่หรือแพทย์ที่มีอายุน้อยจะตัดฝีเย็บน้อยกว่าแพทย์ที่มีอายุมาก โดยแพทย์ใหม่ทำการตัดฝีเย็บร้อยละ 17 ในขณะที่แพทย์เก่าๆที่มีประสบการณ์มากทำการตัดฝีเย็บถึงร้อยละ 66² ส่วนในประเทศไทยยังไม่ปรากฏว่ามีการบันทึกข้อมูลและสถิติการตัดฝีเย็บในระยะคลอด

ผลกระทบของฝีเย็บฉีกขาด

การฉีกขาดของฝีเย็บมีผลต่อร่างกายและจิตใจของมารดาหลังคลอดในระยะยาว โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 10 ของมารดาหลังคลอดที่ตัดฝีเย็บมีความรู้สึกเจ็บฝีเย็บเป็นเวลานานมากกว่าการฉีกขาดเอง ร้อยละ 25 รู้สึกเจ็บช่องคลอดในขณะร่วมเพศและมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ และมากกว่าร้อยละ 10 รายงานว่าควบคุมการขับถ่ายไม่ได้³ บางรายงานพบว่ามีผลต่อการให้นมบุตร การดำเนินชีวิตประจำวันและความสัมพันธ์ทางเพศ เช่น ในประเทศอังกฤษพบว่ามารดาหลังคลอดร้อยละ 23-24 มีความทุกข์ทรมานจากแผลฝีเย็บหลังคลอดนาน 10-12 วัน ร้อยละ 7-10 มีความเจ็บปวดนาน 3-8 เดือนหลังคลอด และร้อยละ 23 มีความเจ็บปวดในขณะร่วมเพศนานถึง 3 เดือน ร้อยละ 3-10 มีปัญหาเรื่องการควบคุมการขับถ่าย และร้อยละ 24 มีปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ^{4, 5} อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนจากการฉีกขาดของฝีเย็บขึ้นกับความรุนแรงของการฉีกขาดและประสิทธิภาพของดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด การให้การดูแลของผดุงครรภ์ และการรักษา

การแบ่งระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ

การบาดเจ็บของฝีเย็บที่เกิดขึ้นในระยะคลอดเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติของกระบวนการคลอดหรืออาจเกิดจากการตัดฝีเย็บ ซึ่งอาจมีการบาดเจ็บของฝีเย็บทั้งด้านหน้าและด้านหลัง โดยการบาดเจ็บของฝีเย็บด้านหน้า ได้แก่ การบาดเจ็บหรือความกระทบกระเทือนที่เกิดขึ้นกับแคมส่วนบน ผนังช่องคลอด ท่อเปิดปัสสาวะ และปุ่มกระสัน (clitoris) ส่วนการบาดเจ็บของฝีเย็บด้านหลัง ได้แก่ กล้ามเนื้อฝีเย็บ หูดและทวารหนัก การฉีกขาดเองของฝีเย็บแบ่งได้เป็น 4 ระดับ⁶ ได้แก่

1. การฉีกขาดระดับ 1 (first degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังของฝีเย็บเท่านั้น

2. การฉีกขาดระดับ 2 (second degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังและกล้ามเนื้อของฝีเย็บ

3. การฉีกขาดระดับ 3 (third degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังและกล้ามเนื้อหูรูดและทวารหนัก ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับย่อย คือ

3.1 ระดับ 3a หมายถึง การฉีกขาดถึงหูรูดและทวารหนักน้อยกว่าร้อยละ 50 ของด้านนอก

3.2 ระดับ 3b หมายถึง การฉีกขาดถึงหูรูดและทวารหนักมากกว่าร้อยละ 50 ของด้านนอก

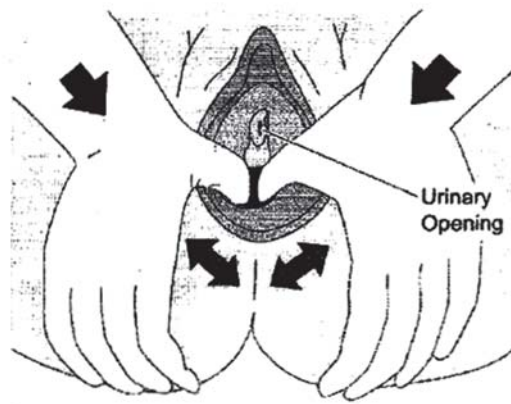
3.3 ระดับ 3c หมายถึง การฉีกขาดถึงหูรูดและทวารหนักมากทั้งด้านในและด้านนอก (external and internal anal sphincter)

4. การฉีกขาดระดับ 4 (fourth-degree tear) เป็นการฉีกขาดของฝีเย็บถึงหูรูดและทวารหนักด้านในจนถึงเยื่อทวารหนัก

การป้องกันการฉีกขาดแผลฝีเย็บ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฉีกขาดฝีเย็บได้แก่ การคลอดครั้งแรกหรือมารดาครรภ์แรก ทารกตัวใหญ่หรือคลอดท่าผิดปกติ มารดาอายุมาก ความผิดปกติของเนื้อเยื่อ เช่น ความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (collagen tissues) มารดาขาดสารอาหาร และการคลอดด้วยหัตถการ เช่น คีมช่วยคลอด การป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บเป็นการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้คลอด เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล สร้างความรู้สึกที่ดีต่อการคลอดและการดูแล การป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บสามารถทำได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ดังนี้

1. การนวดฝีเย็บ (massage) การนวดเป็นการทำให้ฝีเย็บอ่อนนุ่มและยืดหยุ่น ซึ่งควรทำตลอดการตั้งครรภ์โดยการนวดด้วยโลชั่น ครีมหรือน้ำมันทาผิว เช่น น้ำมันมะกอก ลาโนลิน น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว เป็นต้น การนวดนั้นหญิงตั้งครรภ์สามารถนวดได้ด้วยตนเอง หรือให้สามีนวดให้ โดยมีวิธีการนวด ดังนี้



ภาพ ลักษณะการนวดฝีเย็บ

ที่มา: American College of Nurse-Midwives⁷

1.1 ควรเริ่มนวดฝีเย็บก่อนวันกำหนดคลอดประมาณ 5-6 สัปดาห์หรือเริ่มนวดจากสัปดาห์ที่ 34 ของอายุครรภ์เป็นต้นไปจนกระทั่งคลอด การนวดฝีเย็บก่อนคลอดสามารถลดการฉีกขาดฝีเย็บได้นั้นควรทำวันละ 2 ครั้ง⁷

1.2 ล้างมือให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น นึ่งมือหรือนอนเอนหลังฟังหมอนชั้นเข้าชั้นก่อนการนวด

1.3 หล่อลื่นนิ้วหัวแม่มือและบริเวณฝีเย็บด้วยน้ำมันวิตามิน E หรือน้ำมันอัลมอนต์ น้ำมันมะกอก น้ำมันพีช K-Y jelly หรือครีมสำหรับนวดช่องคลอด

1.4 สอดนิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างเข้าไปในช่องคลอดประมาณ 1-1.5 นิ้วจากนั้นกดนิ้วหัวแม่มือลงหาทวารหนัก ถูไปมาเบาๆ รอบๆ ผังช่องคลอด จนกระทั่งรู้สึกร้อนและเนื้อเยื่อขยายออก โดยนวดอยู่ในตำแหน่งเดิมประมาณ 1-2 นาทีแล้วค่อยๆ เคลื่อนย้ายนิ้วไปเรื่อยๆ

1.5 จากนั้นใช้หัวแม่มือขนาดเข้าๆ ด้านล่างของช่องคลอด โดยนวดเป็นตัวยู “U” จนกระทั่งกล้ามเนื้อคลายตัว และควรนวดซ้ำๆ ร่วมกับการหายใจเข้าออกลึกๆ

1.6 ทำการนวดซ้ำๆ ครั้งละ 10 นาที หลังการนวด 1-2 สัปดาห์ มารดาจะรู้สึกว้าฝืดยืดขยายมากขึ้น และรู้สึกอกร้อนน้อยลง

1.7 สามารถใช้นิ้วชี้กดแทนนิ้วหัวแม่มือได้ โดยใช้วิธีการนวด เช่น เดียวกับการใช้นิ้วหัวแม่มือ

2. การประคบ (compresses) โดยใช้น้ำมันอุ่นๆ หรือใช้ความร้อนจากสมุนไพร ประคบในระยะคลอดเพื่อกระตุ้นการยืดขยายและการยืดหยุ่นของฝีเย็บ โดยการวางประคบบริเวณฝีเย็บในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด การประคบด้วยความร้อนและสมุนไพร จะช่วยให้ฝีเย็บคลายตัวยืดขยายได้ดี และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดในเนื้อเยื่อดีขึ้น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่น และรู้สึกดีต่อการยืดของเนื้อเยื่อบริเวณฝีเย็บ วิธีการประคบด้วยสมุนไพรโดยการใช้น้ำมันที่สะอาดอุ่นสมุนไพร แล้วอบหรือหนึ่งให้ร้อน แล้วใช้ประคบบริเวณฝีเย็บจนกว่าผ้าที่ห่อจะเย็นลง จากนั้นนำผ้าที่ห่อไปทำความสะอาด ประคบต่อด้วยห่อสมุนไพรที่ทำให้ร้อนหรืออุ่นต่อไปเรื่อยๆ การประคบด้วยสมุนไพรสามารถทำได้วันละหลายๆ ครั้ง นอกจากการประคบด้วยสมุนไพรแล้ว อาจจะประคบด้วยเจลอุ่นๆ

3. การจัดทำในการคลอด (birth position) การเลือกท่าคลอดที่เหมาะสมมีผลและมีความสำคัญต่อแรงกดดันบนฝีเย็บ ท่าที่เหมาะสมในการคลอด ได้แก่ ท่าโค้งคลาน โดยใช้ฝ่ามือและหัวเข่าวางยันไว้กับพื้น (hands-and knees) คล้ายลักษณะการคลาน ทำนั่งยองๆ (squatting) และท่ากึ่งนั่งกึ่งนอน (semi sitting) ซึ่งท่าเหล่านี้จะป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บได้ดีกว่าท่านอนราบที่นิยมใช้ในการคลอดในโรงพยาบาล มีการศึกษาเปรียบเทียบท่าคลอดกับการฉีกขาดฝีเย็บระหว่างการคลอดท่า upright ได้แก่ ท่านั่งคลอด (birthing chairs) ท่านั่งยอง (squatting) ท่านั่งบนเก้าอี้ (stools) และท่านั่งบนนวม (gardosi-cushion) กับท่านอนหงายหรือท่านอนขาหยั่ง (lithotomy position) พบว่า การคลอดท่า upright สามารถลดการฉีกขาดฝีเย็บได้มากกว่าการคลอดท่านอนหงายราบหรือชันขาหยั่ง (lithotomy) และลดการใช้เครื่องมือในการช่วยคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่ไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันในอัตราการเกิดการฉีกขาดในระดับที่ 3 และ 4⁸

4. ควบคุมการเคลื่อนต่ำของทารก (controlled fetal descent) ถ้าทารกเคลื่อนต่ำและคลอดอย่างรวดเร็ว กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อต่างๆ ไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมต่อการยืดขยาย อาจทำให้มีการฉีกขาดของฝีเย็บได้มาก ดังนั้น ในการทำคลอดจึงควรควบคุมการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกเพื่อให้ฝีเย็บมีการยืดขยายไปพร้อมกับเคลื่อนต่ำของส่วนนำของทารก โดยพยายามให้ทารกมีการงอหรือก้มศีรษะมากที่สุด และให้ส่วนนำที่เล็กที่สุดเป็นส่วนที่ผ่านทางช่องคลอดออกมาก่อน และในขณะที่ศีรษะทารกผ่านออกมาแล้ว ฝีเย็บก็ยังมีโอกาสฉีกขาดได้จากการคลอดเร็วของไหล่ทารกได้เช่นกัน โดยเฉพาะในทารกที่มีขนาดตัวเล็กจะมีโอกาสคลอดไหล่ได้รวดเร็วกว่าทารกที่มีตัวใหญ่ ในขณะที่ทารกขนาดตัวใหญ่มีโอกาสที่จะคลอดติดไหล่ เนื่องจากการติดที่กระดูกหัวหน่าว (pubic bone) ดังนั้น ผู้ทำคลอดจึงต้องควบคุมกระบวนการคลอดให้ศีรษะและไหล่ของทารกเป็นไปตามกลไกของการคลอดมากที่สุด เพื่อป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บ

5. หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือช่วยคลอด (birth devices) การใช้เครื่องดูดสุญญากาศและคีมช่วยคลอดเป็นการใช้เครื่องมือในการดึงทารกออกจากทางคลอด การใช้เครื่องมือเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ทำให้ต้องมีการตัดฝีเย็บกว้างขึ้น และมีการฉีกขาดฝีเย็บเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือช่วยคลอด ยกเว้นในรายที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น นอกจากนี้ ยังพบว่าการใช้คีมช่วยคลอดทำให้เกิดการฉีกขาดฝีเย็บรุนแรง เจ็บปวดรุนแรงใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และมีปัญหาต่อการควบคุมการขับถ่ายในระยะ 3 เดือนหลังคลอดมากกว่าการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{9, 10, 11, 12}

6. การตัดฝีเย็บ (episiotomy) การตัดฝีเย็บตรงแบบ Midline incision มีโอกาสเกิดการฉีกขาดฝีเย็บถึงระดับ 3 และ 4 มากกว่าการตัดเฉียงแบบ medio-lateral incision อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ แต่การตัดตรงแบบ midline incision อาจมีผลต่อการสูญเสียเลือดน้อยกว่า การฟกช้ำของฝีเย็บน้อยกว่า การหายของแผลดีกว่า เจ็บน้อยกว่า และมีผลในระยะยาวต่อการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าการตัดเฉียงแบบ medio-lateral incision แม้จะไม่พบว่าความแตกต่างทางสถิติก็ตาม^{14, 15, 16, 17} อย่างไรก็ตาม มารดาที่ตัดฝีเย็บตรงแบบ midline incision เสี่ยงต่อการควบคุมอุจจาระไม่ได้ใน 3 และ 6 เดือนหลังคลอดเป็น 5.5 และ 3.7 เท่าของมารดาที่ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ และเสี่ยงต่อการขับถ่ายไม่ได้เป็น 3 เท่าของกลุ่มที่ฉีกขาดเอง จึงอาจสรุปได้ว่าการตัดตรงแบบ midline incision ไม่มีประสิทธิภาพต่อการป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บและหูดในขณะคลอดและอาจมีผลต่อการควบคุมการขับถ่ายด้วย¹⁸ การฉีกขาดของฝีเย็บถึงหูดมีผลระยะยาวทำให้มารดากลัวการคลอดครั้งต่อไป เจ็บปวดในขณะร่วมเพศ และมีเลือดออกมากหรือเสียเลือดมาก การทำ midline incision มีโอกาสเกิดการฉีกขาดระดับ 4 ได้ถึงร้อยละ 20 ส่วนการตัดเฉียงแบบ medio-lateral incision มีโอกาสเสี่ยงต่อการฉีกขาดถึงหูดน้อยกว่า ดังนั้น จึงควรหลีกเลี่ยงการตัดตรงแบบ midline incision¹⁸ นอกจากนั้น มารดาที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บ เสี่ยงต่อการฉีกขาดของฝีเย็บด้านหลังน้อยกว่า เจ็บน้อยกว่าและต้องเย็บซ่อมน้อยกว่า ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า มารดาที่ได้รับการตัดฝีเย็บ แต่พบว่าการบาดเจ็บที่ฝีเย็บรุนแรงไม่แตกต่างกัน การเจ็บปวดในระหว่างร่วมเพศในระยะต่อมา 3 เดือน และ 3 ปี หลังคลอดไม่แตกต่างกันทางสถิติ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ใน 3 เดือนหลังคลอดไม่แตกต่างกันทางสถิติ^{19, 20 21} จึงอาจสรุปได้ว่าควรทำการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายในการเย็บแผล

7. เทคนิคการทำคลอดแบบ hands-poised และ hands-on การทำคลอดศีรษะแบบ hands-poised เป็นการปล่อยให้ศีรษะคลอดออกมาเองตามธรรมชาติโดยไม่ต้องใช้มือส่วนใด ๆ ของผู้ช่วยคลอดสัมผัสทารกและมารดา ส่วนการคลอดแบบ hands-on เป็นการช่วยคลอดศีรษะทารกโดยให้ศีรษะทารกก้ม (flexion) มากที่สุด โดยผู้คลอดใช้มือข้างหนึ่งกดที่ศีรษะทารกและมืออีกข้างหนึ่งรวบฝีเย็บพร้อมกับเงยหน้าทารกขึ้นตามวิธีการทำคลอดแบบ ritgen's maneuver การเปรียบเทียบผลการทำคลอด 2 วิธีต่อการฉีกขาดฝีเย็บพบว่า การทำคลอดแบบ hands-poised สามารถลดการตัดฝีเย็บในระยะคลอดได้มากกว่าแบบ hands-on อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความต้องการในการเย็บซ่อมฝีเย็บไม่แตกต่างกัน และโอกาสในการฉีกขาดในระดับ 3 และ 4 ไม่แตกต่างกันด้วย²² ส่วนการฉีกขาดในระดับ 1 และ 2 ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การทำคลอดแบบ hands-poised ลดการเจ็บปวดของแผลฝีเย็บในช่วง 10 วันหลังคลอดได้น้อยกว่าแบบ hands-on อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ดังนั้น การคลอดเองตามธรรมชาติโดยปล่อยให้ฝีเย็บค่อย ๆ ยืดขยายและศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาเอง จึงช่วยลดอัตราการตัดฝีเย็บและการฉีกขาดฝีเย็บได้

สรุป

การป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บในระยะคลอดสามารถเตรียมได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เช่น การนวดฝีเย็บก่อนคลอดเป็นการเตรียมฝีเย็บในระยะตั้งครรภ์ให้มีการยืดหยุ่นที่ดีในขณะคลอด ลดการฉีกขาดฝีเย็บและความจำเป็นในการตัดฝีเย็บในขณะคลอด การตัดฝีเย็บในระยะที่ 2 ของการคลอดทำให้มารดามีโอกาสฉีกขาดของฝีเย็บจนถึงหูดและทวารหนัก การตัดฝีเย็บและการฉีกขาดจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายหลังคลอดมากขึ้น ระยะเวลาการหายของแผลนาน การฉีกขาดที่เพิ่มมากขึ้น

จนถึงหูดและทวารหนักเสี่ยงต่อการกลืนอุจจาระไม่ได้ มีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ จึงควรหลีกเลี่ยง การตัดฝีเย็บและทำการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น นอกจากนั้น การเลือกท่าคลอดที่เหมาะสม การควบคุมการเคลื่อนตัวของศีรษะทารกที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือ หรือหัตถการในการคลอด ตลอดจนเทคนิคการทำคลอด ยังเป็นนวัตกรรมการป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บในระยะ คลอดที่ผู้ทำคลอดหรือพยาบาลผดุงครรภ์จะต้องตระหนัก เพื่อลดการฉีกขาดฝีเย็บและลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ของผู้คลอด

เอกสารอ้างอิง

1. House MJ, Cario G, Jones MH. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. *J Obstet Gynecol* 1987; 7(3): 107-110.
2. Murrey E, Keirse M, Neilson J, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
3. Kettle C, Tohill S. Perineal Care. BMJ Publishing Group Ltd 2008; BMJ Clinical Evidence: 1409-10.
4. Mecandlish R, Bowler U, Asten HV, Berridge G, Winter C, Sames L, Garcia J, Renfrew M, Elbourne DA. Randomised controlled trial of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 15: 1262-1272.
5. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329: 1905-11.
6. Fernando RJ, Williams AA, Adams EJ. The management of third and fourth degree perineal tears. RCOG Green Top Guidelines No. 29; 2007.
7. American College of Nurse-Midwives. Share with women. *Journal of midwifery & Women & Health*. [Cited 26 October 2008]. Available from <http://www.jmwh.org>. 2005; 63-4.
8. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2008. Chichester UK: John Wiley & Sons, Ltd. Search date 2005; Primary Sources Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register.
9. Johanson RB, Menon BKV. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2008. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. Search date 1999; Primary Source Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register.
10. Pliego Perez AR, Moncada Navarro O, Neri Ruz Es, et al. Comparative assessment of efficacy and safety of assisted vaginal delivery with forceps and with vacuum extractor. *Gynaecol obstet Mex* 2000; 68: 453-549. [In spanish].
11. Weerasekera DS, Premaratne SA. Randomized prospective trial of the obstetric forceps versus vacuum extraction nursing defined criteria. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22: 344-5.
12. Fitzpatrick M, Behan M, O'Connell PR, et al. Randomised clinical trial to assess anal sphincter function following forceps or vacuum vaginal delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 424-9.
13. Allen RE, Hanson RW. Episiotomy in low risk vaginal deliveries. *JABFP* 2005; 18(1): 8-12.
14. Coats PM, Chan KK, Wilkins M, et al. A Comparison between midline and medio-lateral episiotomies. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 87: 408-12.
15. Werner CH, Schuler W, Meskendahl I. Midline episiotomy versus medio-lateral episiotomy: a randomized prospective study. *Int J Gynaecol obstet Preceedings of 13th World Congress of Gynaecology and obstetrics (FIGO)*, Singapore 1991; Book 1: 33.

16. Shiono P, Klebonof MD, Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good?. *Obstet Gynaecol* 1990; 75: 756-70.
17. Klein MC, Gauthier MD, Robbins JM, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual function, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynaecol* 1994; 17: 591-8.
18. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ* 2000; 320 (8 January): 86-90.
19. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. In the Cochrane Library. Issue 2, 2008; Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. Search date not reported; primary Sources Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register.
20. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, et al. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Act Obstet Gynaecol Scand* 2004; 83: 364-8.
21. เจศภูงา ถิ่นคำรพ และภิกษุ ลุ่มพิกานนท์. สูติศาสตร์เชิงประจักษ์. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น; โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2550.
22. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, et al. Traditional care of the perineum during birth: a prospective, randomized, multicenter study of 1076 women. *J Reprod Med* 2002; 47: 477-82.