

เทคนิคการประคองฝีเย็บในขณะทำคลอดศีรษะทารก:

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Technique for Guarding the Perineum: A Systematic Review

สินีนานู หงษ์ระนนัย* ศศ.ม.

Sineenat Hongranai, M.A.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเทคนิคการประคองฝีเย็บในขณะทำคลอดที่ศีรษะทารกกำลังคลอด (safe/guarding the perineum) ได้แก่ การใช้มือประคองฝีเย็บ (hands on technique) และการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ (hands off/hands poised technique) ที่มีต่อระดับการบาดเจ็บของฝีเย็บ ความเจ็บปวดที่ฝีเย็บ และอัตราการตัดฝีเย็บ ผู้ศึกษาได้สืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ฐานข้อมูล Blackwell synergy, Science direct, Cochrane, OCLC, Highwire press, CINAHL, OVID, PubMed ที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2005 ถึงเดือนมีนาคม ค.ศ. 2015 และกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกวรรณกรรมโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานตามกรอบแนวคิด PICOT

ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานตามกรอบแนวคิด PICOT จำนวน 5 ฉบับ ประกอบด้วยงานวิจัย 4 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง 2 เรื่องและงานวิจัยกึ่งทดลอง 2 เรื่อง เอกสารอื่นๆ ที่ไม่ใช่งานวิจัย 1 เรื่อง ซึ่งเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) สรุปผลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า 1) ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างกลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บกับกลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บพบการฉีกขาดระดับ 3 มากกว่า ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บพบการฉีกขาดรอบท่อปัสสาวะมากกว่า 2) ความเจ็บปวดที่ฝีเย็บ กลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บมีความเจ็บปวดที่ฝีเย็บระดับเล็กน้อยถึงปานกลางใน

24 ชั่วโมงหลังคลอดและ 6 สัปดาห์หลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ 3) การตัดฝีเย็บ กลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บมีการตัดฝีเย็บมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ นั่นคือ เทคนิคการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บสามารถลดอัตราการตัดฝีเย็บและลดความเจ็บปวดที่ฝีเย็บระดับเล็กน้อยถึงปานกลางใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดและ 6 สัปดาห์หลังคลอดได้ดีกว่า

คำสำคัญ: ระยะที่สองของการคลอด การป้องกันการฉีกขาดฝีเย็บ การใช้มือประคองฝีเย็บ การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Abstract

This study aimed at systematically review all available literature to compare the hands on and hands poised techniques of perineal management during fetal head crowning whether they affected to level of perineal trauma, perineal pain and rates of episiotomy. The documents were searched from electronic databases including Blackwell Synergy, Science Direct, Cochrane, OCLC, Highwire Press, CINAHL, OVID, PubMed, published between January 2005 and March 2015. The criterion for selection was using the principles of a modified systematic literature review, quantitative, comparative and primary research studies; these were assessed for quality by using the PICOT framework.

The results of this systematic review

* อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

reviewed that five studies were selected and outlined the importance of both techniques by using the PICOT framework; including two experimental researches, two quasi-experimental researches and one systematic review with meta-analysis. In conclusion, the results of these reviews were as follows: 1) hands on and hands poised techniques showed no difference in terms of the degree of perineal trauma. In the hands on group experienced a third degree trauma more than the hands poised group whereas in the hands poised group experienced periurethral tears more than the hands on group 2) there was a significant effect of hands poised technique on reducing of mild to moderate perineal pain within 24 hours and 6 weeks after delivery 3) hands poised technique showed a significant effect on decreasing rate of episiotomy. The finding suggested that hands poised technique could be preferable in terms of reducing rate of episiotomy and reducing of mild to moderate perineal pain within 24 hours and 6 weeks postpartum.

Keywords: Second stage of labor, safe/guarding the perineum, hands on technique, hand off/hands poised technique, a systematic review

ความสำคัญของปัญหา

การคลอดทางช่องคลอดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ การฉีกขาดของฝีเย็บซึ่งมีอุบัติการณ์สูงมากกว่าร้อยละ 60 (Fernando, 2007) สาเหตุการฉีกขาดของฝีเย็บอาจเกิดจากการตัดฝีเย็บ การฉีกขาดเองหรือจากทั้งสองอย่างร่วมกัน (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinar, 2007) มีการศึกษาส่วนการไม่ได้รับบาดเจ็บของฝีเย็บในภาคตะวันตกเฉียงใต้ของอังกฤษ พบในผู้คลอดครรภ์แรกร้อยละ 9.6 และผู้คลอดครรภ์หลังร้อยละ 31.2 (Smith, Price, Simonite & Burns, 2013) ทั้งนี้มีปัจจัยเสี่ยงของการบาดเจ็บฝีเย็บ ได้แก่ ผู้คลอดครรภ์แรก การใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด

โดยเฉพาะการใช้คีมช่วยคลอด ทารกอยู่ในท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง ทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่ (Aukee, Sundstrom & Kairaluoma, 2006) และระยะที่สองของการคลอดยาวนาน (Samarasekera, Bekhit, Preston & Speakman, 2009) การป้องกันการฉีกขาดบริเวณฝีเย็บควรกระทำภายใต้หลักการควบคุมความสมดุลของแรงในขณะที่ศีรษะทารกเกิด ได้แก่ แรงผลักดันทารก ประกอบด้วยแรงจากการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่งของผู้คลอด กับแรงต้านทานจากช่องทางคลอด (สุกัญญา ปริสัณญกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์, 2553)

ในการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ ผู้ทำคลอดไม่ควรตัดฝีเย็บเกินร้อยละ 10 ในการคลอดปกติและควรทำการตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็นหรือมีข้อบ่งชี้ (WHO, 2009) จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การตัดฝีเย็บโดยไม่จำเป็นทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี โดยทำให้เกิดการฉีกขาดบริเวณฝีเย็บตั้งแต่ระดับสองขึ้นไปซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเย็บซ่อมแซมและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเย็บแผลฝีเย็บตามมามากขึ้น

การตัดฝีเย็บอาจทำให้เกิดการบอบช้ำและมีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บมากกว่าการฉีกขาดที่เกิดขึ้นเองและก่อให้เกิดอาการปวดบริเวณฝีเย็บได้มากกว่า (ปณชชัฐิตา ขุนบุญยัง, 2553) ดังนั้นในการป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บจึงไม่ควรตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรทุกราย มีการพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก (ชูลิ บุญเลิศ, 2557) ได้แก่ 1) ควรตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก ไม่ควรตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทุกรายและควรทำเฉพาะในรายที่ต้องใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด การคลอเคลือบหน้าไปอย่างซ้ำมาก ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโต ทารกคลอดติดไหล่ ทารกอยู่ในภาวะเครียดหรือในรายที่กำลังจะมีการฉีกขาดของฝีเย็บถ้าไม่ตัดฝีเย็บจะมีโอกาสฉีกขาดมาก 2) ควรใช้การตัดฝีเย็บในแนวเฉียงออกไปด้านข้าง (mediolateral episiotomy) มากกว่าแนวตรง (median episiotomy) 3) ควรประคองฝีเย็บด้วยวิธี modified ritgen maneuver เพื่อป้องกันไม่ให้ศีรษะทารกเงยเร็วเกินไป พร้อมทั้งศึกษามลัทธิทางคลินิกในผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติจำนวน 416 ราย พบว่า มีการตัด

ฝีเย็บในการช่วยคลอดร้อยละ 36.3 ไม่ได้ตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดร้อยละ 63.70 ในจำนวนนี้ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ (no tear) ร้อยละ 60 ฉีกขาดระดับ 1 (first degree tear) ร้อยละ 35.47 ฉีกขาดระดับ 2 (second degree tear) ร้อยละ 4.53 และไม่พบการฉีกขาดของฝีเย็บและหูดทวารหนักระดับ 3 และระดับ 4 (third and fourth degree tear)

ในการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บนอกจากการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงของการบาดเจ็บฝีเย็บ การไม่ตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรแล้วจึงมีการทบทวนการใช้เทคนิคการประคองฝีเย็บ (safe/guarding the perineum) ระหว่างการใช้มือประคองฝีเย็บ (hands on technique) ซึ่งมีการปฏิบัติมาตั้งแต่ดั้งเดิม 2 วิธี ได้แก่ ritgen maneuver และ modified ritgen maneuver กับการใช้มือประคองฝีเย็บ (hands off/ hands poised technique) โดย ritgen maneuver เป็นเทคนิคที่ผู้ทำคลอดใช้มือข้างที่ถนัดถือผ้าประคองฝีเย็บ โดยหงายมือขึ้นและออกแรงดันที่ตำแหน่งตรงกลางต่ำกว่ารูทวารหนักพร้อมๆ กับใช้ปลายนิ้วทั้ง 4 ช้อนคางทารกให้ศีรษะเงยขึ้นและมืออีกข้างจะช่วยจับบริเวณท้ายทอยของทารกยกขึ้นเพื่อให้การเงยของศีรษะเป็นไปได้อย่างราบรื่น และ modified ritgen maneuver ผู้ทำคลอดจะกางมือข้างที่ถนัดออก ใช้นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วทั้ง 4 วางบริเวณฝีเย็บระดับสองข้างรูทวารหนักส่วนมืออีกข้างคอยผลักหน้าผากของทารกให้ศีรษะเงยขึ้น (ธีระ ทองสง, 2555) ซึ่งเป็นวิธีที่แนะนำให้ใช้ในทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอดเพื่อไม่ให้ศีรษะทารกเงยเร็วเกินไป (Cunningham et al., 2010) จากการปฏิบัติทั้ง 2 วิธีนี้หากไม่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมดุลของแรงดังกล่าวข้างต้น อาจทำให้เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บและช่องทางคลอดได้ (สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสสนศิริพันธ์, 2553) ส่วนการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ (hands off/ hands poised technique) เป็นเทคนิคที่ผู้ทำคลอดจะไม่สัมผัสบริเวณฝีเย็บและศีรษะทารกในระหว่างที่ศีรษะทารกเงยขึ้นจากปากช่องคลอด แต่จะสังเกตการเงยของศีรษะและลักษณะของฝีเย็บอย่างใกล้ชิดเท่านั้น

จากความเป็นมาและความสำคัญที่กล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงต้องการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเปรียบเทียบเทคนิคการใช้มือประคองฝีเย็บกับการไม่ใช้มือประคอง

ฝีเย็บที่มีต่อระดับการบาดเจ็บของฝีเย็บ ความเจ็บปวดของฝีเย็บและอัตราการตัดฝีเย็บ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลผู้คลอดและเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระยะที่สองของการคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของเทคนิคการประคองฝีเย็บในระยะคลอด ได้แก่ การใช้มือประคองฝีเย็บและการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บที่มีต่อระดับการบาดเจ็บของฝีเย็บ ความเจ็บปวดที่ฝีเย็บ และอัตราการตัดฝีเย็บ

วิธีการและขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรม

สืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ฐานข้อมูล Blackwell Synergy, Science Direct, Cochrane, OCLC, Highwire Press, CINAHL, OVID, PubMed โดยใช้เอกสารทางวิชาการทุกประเภทที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2005 ถึงเดือนมีนาคม ค.ศ. 2015 ใช้คำสืบค้นได้แก่ hands on birth, hands off birth, hands poised birth, perineal technique during labor, perineal management, methods of protecting perineum กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกวรรณกรรม คือ เป็นวรรณกรรมที่สามารถตอบคำถามใดคำถามหนึ่งได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานตามกรอบแนวคิด PICOT (Craig, 2002) ตามรายละเอียดการสืบค้น ดังนี้

P (Population): ผู้คลอดครรภ์แรกครรภ์เสี่ยงต่ำ ตั้งครรภ์เดี่ยว และคลอดปกติ

I (Intervention): การใช้มือประคองฝีเย็บ

C (Comparison Intervention): การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ

O (Outcome): ระดับการบาดเจ็บของฝีเย็บ ความเจ็บปวดที่ฝีเย็บ และอัตราการตัดฝีเย็บ

T (Time): ผลลัพธ์ในระยะหลังคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์

ผลการศึกษา

จากการสืบค้นวรรณกรรมได้หลักฐานที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 เรื่อง แต่เมื่อสกัดเนื้อหาและวิเคราะห์งานวิจัย

ตามกรอบ PICOT พบว่า มีหลักฐานที่อยู่ในเกณฑ์คัดออก จำนวน 4 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้เทคนิคการใช้มือประคองฝีเย็บหรือไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ การศึกษาอุบัติการณ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของฝีเย็บโดยไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้มือประคองฝีเย็บกับการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ ดังนั้น ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องตามเกณฑ์การประเมิน

คุณภาพของหลักฐานตามกรอบ PICOT จำนวน 5 ฉบับ ประกอบด้วย งานวิจัย 4 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง 2 เรื่องและงานวิจัยกึ่งทดลอง 2 เรื่อง เอกสารอื่นๆ ที่ไม่ใช่ งานวิจัย 1 เรื่อง ซึ่งเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาสกัดเนื้อหาตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สกัดเนื้อหาและวิเคราะห์งานวิจัยตามกรอบ PICOT

ชื่อเรื่องวิจัย ผู้แต่ง ปีที่พิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	สถานที่และจำนวน ตัวอย่างในการวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	ผลลัพธ์
1. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma Aasheim, Nilson, Lukasse and Reinar (2011)	การสังเคราะห์ งานวิจัยด้วย วิธีวิเคราะห์ ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของ งานวิจัยเชิง ทดลอง 2 เรื่อง	ผู้คลอดจำนวน 6,547 คน จากงาน วิจัย 2 งาน ได้แก่ โรงพยาบาลใน ออสเตรเลีย 1,076 คนและโรงพยาบาล ในอังกฤษตอนใต้ ระหว่างปี 1994-1996 จำนวน 5,471 คน	ประเมิน ผลลัพธ์ของ การใช้เทคนิค ประคองฝีเย็บ ในระยะที่สอง ของการคลอด ที่มีต่อ อุบัติการณ์ การบาดเจ็บ ฝีเย็บ	1. การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บและ การใช้มือประคองฝีเย็บไม่มีผลต่อ การฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 3 และ 4 2. การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บลดความ เสี่ยงของการตัดฝีเย็บได้มากกว่าการใช้ มือประคองฝีเย็บ 0.69 เท่า (RR 0.69, 95% CI 0.50-0.96)
2. A Comparison of "Hands Off" Versus "Hands On" Techniques for Decreasing Perineal Lacerations During Birth Da Costa and Riesco (2006)	การทดลอง แบบสุ่มและมี กลุ่มควบคุม (Randomised controlled trial [RCT])	ผู้คลอดโรงพยาบาล บราซิล จำนวน 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มละ 35 คน	ประเมิน ประสิทธิภาพ ของเทคนิค ประคองฝีเย็บ ระหว่างการใช้ มือประคอง ฝีเย็บและ การไม่ใช้มือ ประคองฝีเย็บ เกี่ยวกับ ความถี่ ระดับ การบาดเจ็บ และบริเวณที่ เกิดการบาดเจ็บ ของฝีเย็บ	1. เทคนิคการใช้มือประคองฝีเย็บและ ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บทำให้ฝีเย็บฉีกขาด ร้อยละ 81.4 และส่วนใหญ่เป็นการ ฉีกขาดในระดับที่ 1 ร้อยละ 82.5 2. อัตราการฉีกขาดของฝีเย็บระหว่าง กลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บและไม่ใช้มือ ประคองฝีเย็บไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) 3. ผลลัพธ์ด้านทารกระหว่างกลุ่มที่ใช้ มือประคองฝีเย็บและไม่ใช้มือประคอง ฝีเย็บไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) 4. ความถี่ของการฉีกขาดของ ปากช่องคลอดด้านบน (anterior) และ ปากช่องคลอดด้านล่าง (posterior)

ชื่อเรื่องวิจัย ผู้แต่ง ปีที่พิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	สถานที่และจำนวน ตัวอย่างในการวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	ผลลัพธ์
				ระหว่างกลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บและ ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)
3. The effect of perineal control with hand-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome Foroughipour, Firuzeh, Ghahiri, NorbaKhsh and Heidari (2011)	การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomised controlled trial [RCT])	ผู้คลอดโรงพยาบาล อีสฟารานในอิหร่าน จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 50 คน	ผลของเทคนิคประคองฝีเย็บระหว่างการใช้มือประคองฝีเย็บและการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บเกี่ยวกับระดับการบาดเจ็บฝีเย็บและความเจ็บปวดฝีเย็บ	1. อัตราการตัดฝีเย็บเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บ (84% vs 40%, $p=0.001$) 2. อัตราการตกเลือดหลังคลอด (ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด) เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บ (12% vs 4%, $p=0.04$) 3. อัตราความเจ็บปวดที่ฝีเย็บระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในกลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ (70% vs 58% และ 29% vs 10%, $p<0.001$) แต่ความเจ็บปวดระดับรุนแรงไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม
4. A comparison of the “hands-off” and “hands-on” methods to reduce perineal lacerations: A randomised clinical trial Rezaei, Saatsaz, Chan and Nia (2014)	เชิงทดลอง (Randomised controlled trial [RCT])	ผู้คลอดโรงพยาบาล ในอิหร่าน จำนวน 600 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 300 คน	เปรียบเทียบเทคนิคการใช้มือประคองฝีเย็บและไม่ใช้มือประคองฝีเย็บในการลดการฉีกขาดที่ฝีเย็บ	1. การบาดเจ็บฝีเย็บไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บและกลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ (49% vs 47.7%, $p=0.74$) 2. กลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บมีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับ 3 (third degree tear) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.7% vs 0.3%, $p=0.1$) 3. ในกลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บมีการตัดฝีเย็บมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12.7% vs 5.7%, $p=0.003$) 4. กลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บมีการฉีกขาดบริเวณรอบท่อน้ำนม แต่ไม่ต้องการได้รับการซ่อมแซมมากกว่ากลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (15.7% vs 9.3%, $p=0.01$)

ชื่อเรื่องวิจัย ผู้แต่ง ปีที่พิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	สถานที่และจำนวน ตัวอย่างในการวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	ผลลัพธ์
5. The effects of perineal management techniques on labor complications Fahami, Shokoohi and Kianpour (2012)	กึ่งทดลอง (Quasi experiment)	ผู้คลอดโรงพยาบาล ดาราณในอิหร่าน จำนวน 99 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 33 คน	เปรียบเทียบ เทคนิคการ ดูแลฝีเย็บใน ระยะที่สอง ของการคลอด 3 เทคนิค ได้แก่ การไม่ใช้มือ ประคองฝีเย็บ การใช้มือ ประคองฝีเย็บ แบบ ritgen maneuver และการนวด ฝีเย็บด้วยสาร หล่อลื่นต่อการ บาดเจ็บฝีเย็บ และความเจ็บ ปวดที่ฝีเย็บ	1. กลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บแบบ ritgen maneuver มีความถี่ของการฉีกขาด และระดับการฉีกขาด แตกต่างจาก 2 วิธีใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) 2. กลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บแบบ ritgen maneuver มีความเจ็บปวดฝีเย็บ แตกต่างจาก 2 วิธีใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0001$) 3. กลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บแบบ ritgen maneuver มีความถี่ของความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวด ฝีเย็บแตกต่างจาก 2 วิธีใน 6 สัปดาห์หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (75.8% vs 42.8% vs 45.5%, $p=0.011$)

สรุปผลลัพธ์ของการใช้มือประคองฝีเย็บกับการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ ดังนี้

ระดับการบาดเจ็บของฝีเย็บ

ผลลัพธ์เกี่ยวกับระดับการบาดเจ็บของฝีเย็บ มี 4 การศึกษา โดยมี 3 การศึกษา คือ การศึกษาของ Aasheim Nilson Lukasse and Reinart (2011) Da Costa and Riesco (2006) Foroughipour Firuzeh Ghahiri NorbaKhsh and Heidari (2011) พบว่าการฉีกขาดหรือการบาดเจ็บของฝีเย็บระหว่างกลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บกับกลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บไม่แตกต่างกัน แต่การฉีกขาดในระดับที่ลึก (ระดับที่ 3) ในกลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บมากกว่า (Rezaei, Saatsaz, Chan & Nia, 2014) และการฉีกขาดบริเวณใกล้เคียง (รอบท่อปัสสาวะ) ในกลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บมากกว่า (Rezaei et al., 2014) ส่วนการศึกษาของ Fahami Shokoohi and Kianpour (2012) พบว่า ความถี่ของการฉีกขาด และระดับการฉีกขาด

มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บและกลุ่มที่นวดฝีเย็บด้วยสารหล่อลื่นใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$)

ความเจ็บปวดที่ฝีเย็บ

ผลลัพธ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่ฝีเย็บมี 2 การศึกษา คือ การศึกษาของ Foroughipour et al. (2011) และการศึกษาของ Fahami et al. (2012) Foroughipour et al. (2011) พบว่ากลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บมีความเจ็บปวดที่ฝีเย็บในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บอย่างมีนัยสำคัญ (70% vs 58% and 29% vs 10%, $p<0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างของความเจ็บปวดที่ฝีเย็บระดับรุนแรงและการศึกษาของ Fahami et al. (2012) พบว่ากลุ่มที่ใช้มือประคองฝีเย็บแบบ ritgen maneuver มีความเจ็บปวดที่ฝีเย็บใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บและกลุ่มที่นวดฝีเย็บด้วยสารหล่อลื่นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < 0.0001$) และใน 6 สัปดาห์หลังคลอด กลุ่มที่ใช้มือประคองผีเสื้อแบบ ritgen maneuver มีความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดผีเสื้อมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองผีเสื้อและกลุ่มที่นวดผีเสื้อด้วยสารหล่อลื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (75.8% vs 45.5% vs 42.8%, $p = 0.011$)

อัตราการตัดผีเสื้อ

ผลลัพธ์เกี่ยวกับอัตราการตัดผีเสื้อมี 3 การศึกษา คือ การศึกษาของ Aasheim et al. (2011) พบว่าการไม่ใช้มือประคองผีเสื้อลดความเสี่ยงของการตัดผีเสื้อได้มากกว่าการใช้มือประคองผีเสื้อ 0.69 เท่า การศึกษาของ Foroughipour et al. (2011) พบว่าอัตราการตัดผีเสื้อในกลุ่มที่ใช้มือประคองผีเสื้อมีมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองผีเสื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (84% vs 40%, $p = 0.001$) และการศึกษาของ Rezaei et al. (2014) พบว่า กลุ่มที่ใช้มือประคองผีเสื้อได้รับการตัดผีเสื้อมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองผีเสื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$)

การอภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมของหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 5 งานชี้ให้เห็นว่าการใช้มือประคองผีเสื้อ และการไม่ใช้มือประคองผีเสื้อส่งผลต่อการบาดเจ็บผีเสื้อไม่แตกต่างกัน แต่การฉีกขาดในระดับที่ลึก (ระดับที่ 3) ในกลุ่มที่ใช้มือประคองผีเสื้อมากกว่า (Rezaei et al., 2014) และมี 1 การศึกษา พบว่า ความถี่ของการฉีกขาด และระดับการฉีกขาดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองผีเสื้อและกลุ่มที่นวดผีเสื้อด้วยสารหล่อลื่นใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) (Fahami et al., 2012) จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ในขณะที่ผู้ทำคลอดใช้มือจับผ้าประคองและรวบเนื้อเยื่อบริเวณผีเสื้อเข้าหากันพร้อมทั้งผลึกศีรษะทารกให้ค่อยๆ เคลื่อนออกมา การวางนิ้วและกดบนท้ายทอยของศีรษะทารกจนได้ท้ายทอยยันใต้โค้งกระดูกหัวหน่าวและส่วนที่กว้างที่สุดของศีรษะทารกคาอยู่ที่ปากช่องคลอดตลอดจนใช้มือจับผ้ารัดผีเสื้อลงด้านล่างเพื่อให้ศีรษะทารกคลอดออกมานั้น (อำภพร ฝิวอ่อน, 2558) การใช้เทคนิคดังกล่าวเป็นการออกแรงดันต่อเนื้อเยื่อผีเสื้อและหากใช้มือประคองผีเสื้อโดยไม่อยู่ภายใต้ความสมดุล

ของแรงผลักดันทารกและแรงต้านทานจากช่องทางคลอด อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อผีเสื้อได้มากกว่าการไม่ใช้มือประคองผีเสื้อ ในทางตรงกันข้ามหากไม่ใช้มือประคองผีเสื้อแต่การคลอดนั้นเป็นไปอย่างเร่งรีบ ผู้คลอดควบคุมแรงเบ่งในขณะที่ศีรษะทารกกำลังคลอดได้ไม่ดี อาจทำให้เกิดการฉีกขาดบริเวณรอบท่อปัสสาวะได้มากกว่า (Rezaei et al., 2014) ส่วนผลลัพธ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่ผีเสื้อ พบว่า กลุ่มที่ใช้มือประคองผีเสื้อมีความเจ็บปวดที่ผีเสื้อในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอดและ 6 สัปดาห์หลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองผีเสื้อ (Foroughipour et al., 2011; Fahami et al., 2012) ซึ่งในขณะที่ใช้มือประคองผีเสื้อนั้น การออกแรงดันต่อเนื้อเยื่อผีเสื้ออาจส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดต่อเนื้อเยื่อผีเสื้อได้มากกว่าการปล่อยให้ผีเสื้อค่อยๆ ยืดขยายและศีรษะทารกค่อยๆ คลอดออกมาเอง และ ผลลัพธ์เกี่ยวกับอัตราการตัดผีเสื้อ พบว่า กลุ่มที่ใช้มือประคองผีเสื้อได้รับการตัดผีเสื้อมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้มือประคองผีเสื้ออย่างมีนัยสำคัญ (Foroughipour et al., 2011; Rezaei et al., 2014) ทั้งนี้ ท่าของผู้คลอดในขณะที่เบ่งคลอดมีอิทธิพลต่อการใช้หรือไม่ใช้มือประคองผีเสื้อโดยหากผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะและลำตัวสูงจะทำให้การใช้มือประคองผีเสื้อและการตัดผีเสื้อเป็นไปได้ยาก (Petrocnik & Marshall, 2015)

ข้อเสนอแนะในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

เทคนิคการไม่ใช้มือประคองผีเสื้อ (hands off technique) ส่งผลดีต่อเนื้อเยื่อผีเสื้อ สามารถลดอัตราการฉีกขาดผีเสื้อในระดับที่ 3 ลดความเจ็บปวดที่ผีเสื้อในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอดและ 6 สัปดาห์หลังคลอด และลดอัตราการตัดผีเสื้อลงได้อย่างมีนัยสำคัญ การประยุกต์ใช้เทคนิคการไม่ใช้มือประคองผีเสื้อ ควรอยู่ภายใต้ความสมดุลของแรงผลักดันทารกและแรงต้านทานจากช่องทางคลอดกล่าวคือ ผู้คลอดสามารถควบคุมแรงเบ่งในขณะที่ศีรษะทารกก็มและกำลังเบ่งได้ดีและในขณะที่ส่วนที่กว้างที่สุดของศีรษะทารกคาอยู่บริเวณปากช่องคลอด การแนะนำให้ผู้คลอดหยุดเบ่งโดยการอ้าปากและเป่าลมออกทางปาก ให้แรงจากการหดตัวของมดลูกผลักดันให้ศีรษะทารกค่อยๆ เองออกมา

(อำภพร ผิวอ่อน, 2558) ช่วยทำให้เกิดความสมดุลของแรงดังกล่าวมากขึ้น นอกจากนี้การประยุกต์ใช้เทคนิคการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ ควรพิจารณาร่วมกับท่าของผู้คลอดในการคลอด การใช้ oxytocin ระหว่างคลอด ลักษณะการเบ่งของผู้คลอด และข้อบ่งชี้ในการตัดฝีเย็บ กล่าวคือหากผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะและลำตัวสูง ไม่มีข้อบ่งชี้ในการตัดฝีเย็บ ผู้คลอดเบ่งเมื่อเกิดความรู้สึกอยากเบ่งโดยไม่กลั้นหายใจและปล่อยลมทางปากนาน 4-6 วินาที เบ่ง 3-5 ครั้ง ต่อการหดรัดตัวของมดลูก (ปณัชชัฐิตา ขุนบุญยัง, 2553) และไม่มีการใช้ oxytocin ระหว่างคลอด (Foroughipour et al., 2011; Rezaei et al., 2014) การพิจารณาใช้เทคนิคการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บอาจป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บได้ดีกว่าการใช้มือประคองฝีเย็บ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาและขอขอบคุณอาจารย์วราภรณ์ แยมมีศรี ที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา

เอกสารอ้างอิง

- ชูลี บุญเลิศ. (2557). การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 1(1), 15-28.
- ธีระ ทองสง และ ขนันทร์ วนาภิรักษ์. (2555). *สูติศาสตร์* (เรียบเรียงครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ลักขมี่รุ่ง.
- ปณัชชัฐิตา ขุนบุญยัง. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลฝีเย็บของหญิงในระยะคลอดโรงพยาบาลนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการผดุงครรภ์ ชั้นสูง, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แสงมะลิ พลเวียง. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ. *Journal of nursing science and health*, 37(4), 114-123.
- อภิรัช อินทรานุกร ฦ อยุธยา. (2554). *ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์*. เล่ม 2 (ระยะคลอดและหลังคลอด). โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: โรงช่างพริ้นต์.
- อำภพร ผิวอ่อน. (2558). ผลของการจัดการฝีเย็บต่อการบาดเจ็บและความเจ็บปวดของช่องทางคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *พยาบาลสาร*, 42(2), 93-103.
- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2007). *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Retrived May 2, 2014, from http://www.cochrane.org/reviews/en/protocol_2BD74D8782E26AA200618B08BE5A401A.html
- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2011). *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Retrived September 18, 2014, from <http://online.library.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/abstract.html>
- Aukee, P., Sundstrom, H., & Kairaluoma, M. (2006). The role of mediolateral episiotomy during labour: analysis of risk factors for obstetric anal sphincter tears. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(7), 856-860.
- Criag, J. V., & Smyth, R. L. S. (2002). *The EBP manual for nurses*. Edinburgh: Churchill Living Stone.
- Cunningham, F. G., et al. (2010). *Williams Obstetrics* (23th ed.) North America: McGraw-Hill.

- de Souza Caroci da Costa, A., & Gonzalez, Riesco, M. L. (2006). A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *Journal of Midwifery Women's Health, 51*(2), 106–111.
- Fahami, F., Shokoohi, Z., & Kianpour, M. (2012). The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 17*(1), 52-57.
- Fernando, R. J. (2007). Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstetrics Gynaecology and Reproductive Medicine, 17*(8), 238-243.
- Foroughipour, A., Firuzeh, F., Ghahiri, A., NorbaKhsh, V., & Heidari, T. (2011). The effect of perineal control with hands-on and hands-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *Journal of Research in Medical Sciences, 16*(8), 1040-1046.
- Petrocnik, P., & Marshall, J. E. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery, 31*(2), 274-279.
- Rezaei, R., Saatsaz, S., Chan, Y. H., & Nia, H. S. (2014). A comparison of the “hands-off” and “hands-on” methods to reduce perineal lacerations: A randomised clinical trial. *Journal of Obstetrics Gynaecology India, 64*(6), 425–429.
- Samarasekera, D. N., Bekhit, M. T., Preston, J. P., & Speakman, C. T. (2009). Risk factors for anal sphincter disruption during childbirth. *Langenbecks Arch Surg, 394*(3), 535-538.
- Smith, L. A., Price, N., Simonite, V., & Burns, E. E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: A prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 13*(1), 59-67.
- Trochez, R., Waterfield, M., & Freeman, R. M. (2011). Hands on or hands off the perineum: A survey of care of the perineum in labour (HOOPS). *International Urogynecological Journal, 22*(10), 1279-1285.
- Wanga, H., Jayasekarab, R., & Warland, J. (2015). The effect of “hands on” techniques on obstetric perineal laceration: A structured review of the literature. *Women Birth, 28*(3), 194-8.
- World Health Organization. (2009). *Birth recommendations from the World Health Organization*. Retrived September 21, 2014, from <http://www.bellybelly.com.au/articles/birth/recommendations-for-birth-from-The-world-health-organisation> 12(2), 94-98.