

โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน	หน้า 1/7
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ WP-PONG-PCT-75	ฉบับที่ 3
เรื่อง แนวทางการทำคลอดปกติ การเย็บแผลฝีเย็บ และการดูแลแผลฝีเย็บ	วันที่เริ่มใช้
ผู้จัดทำ ทีม PCT	นพ.นันทวัช เมตตากุลพิทักษ์

### 1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการปฏิบัติการคลอดตามมาตรฐานวิชาชีพและได้รับความปลอดภัย

### 2. ขอบเขต

หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดปกติและมีแผลฝีเย็บที่มาใช้บริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

### 3. คำนิยามศัพท์

การคลอดปกติคือการคลอดทางช่องคลอด

### 4. เอกสารอ้างอิง

ตำราสูติศาสตร์

### 5. นโยบาย

เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการทำคลอดและดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด

### 6. ความรับผิดชอบ

ทีม PCT

### 7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

ขั้นตอน/การปฏิบัติ	ข้อควรระวัง/การป้องกัน
1. การเตรียมผู้ทำคลอด 1.1 ใ้สวมหน้ากาก ผูก mask สะอาด ใ้ face shield ใ้รองเท้าบูท 1.2 ฟอกมืออย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอนและฟอกแขนจนถึงเหนือข้อศอกใ้สะอาดและเช็ดมือใ้แห้งด้วยผ้าที่จัดเตรียมไว้ใ้ 1.3 สวมเสื้อกาวน์ที่ฆ่าเชื้อแล้วและใ้ใส่ถุงมืออย่างถูกเทคนิคทั้ง 2 ข้าง	- เทคนิคการล้างมือ 7 ขั้นตอน ตามเวลา

## เรื่อง แนวทางการทำคลอดปกติ การเย็บแผลฝีเย็บ และการดูแลแผลฝีเย็บ

ขั้นตอน/การปฏิบัติ	ข้อควรระวัง/การป้องกัน
<p>2. แจ้งผู้คลอดและจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่า dorsal lithotomy</p> <p>3. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยใช้สำลี sterile (Set Scrub ที่มีอยู่ใน Set คลอด) โดยฟอกจาก</p> <p>3.1 ฟอกบริเวณหัวหน้า จากด้านในวนออกรอบนอก</p> <p>3.2 ฟอกบริเวณ labia ด้านซ้ายไกลตัวจากบนลงล่างและวนออกด้านนอก</p> <p>3.3 ฟอกบริเวณ labia ด้านขวาไกลตัว จากบนลงล่างและวนออกด้านนอก</p> <p>3.4 ฟอกบริเวณหน้าขา ด้านซ้ายไกลตัว จากบนลงล่างและวนออกด้านนอก</p> <p>3.5 ฟอกบริเวณหน้าขา ด้านขวาไกลตัว จากบนลงล่างและวนออกด้านนอก</p> <p>3.6 ฟอกบริเวณแนวกลางจนบนลงล่างถึง Rectum</p> <p>4. ปูผ้า sterile คลุมบริเวณหน้าท้อง จากหัวหน้าเลยไปถึงหน้าท้อง</p> <p>5. ใส่ถุงเท้าจากด้านที่ไกลตัวผู้ทำคลอดและใส่ด้านไกลตัว</p> <p>6. ปูผ้า sterile เลยไปถึงก้นของผู้คลอด</p> <p>7. ทายา Providine Solution โดยใช้สำลีก้อนที่ 1 paint ที่บริเวณหัวหน้า ก้อนที่ 2 labia ด้านซ้าย ก้อนที่ 3 labia ด้านขวา ก้อนที่ 4 ต้นขาด้านซ้าย ก้อนที่ 5 ต้นขาด้านขวา (เลยไปจนถึงเหนือเข่าทั้ง 2 ข้าง) ก่อนที่ 6 ทาจากส่วนกลางลากลงมาจนถึง Rectum</p> <p>8. ถ้ามีปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะเต็ม สอนปัสสาวะออกให้หมดก่อน</p>	<p>- ทำความสะอาดผิวดูวิธี เช็ดส่วนสกปรกก่อน</p>

## เรื่อง แนวทางการทำคลอดปกติ การเย็บแผลฝีเย็บ และการดูแลแผลฝีเย็บ

ขั้นตอน/การปฏิบัติ	ข้อควรระวัง/การป้องกัน
<p>9. เมื่อมารดาเบ่งและเห็นศีรษะทารกโผล่ที่ปากช่องคลอด ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตรจึงตัดฝีเย็บในแนว</p> <p>9.1 Medio-lateral episiotomy การตัดเริ่มจาก กลาง Fourchette เฉียง 45 องศาไปทางด้านใดด้านหนึ่งของแผลฝีเย็บหรือห่างจาก Anus 2-3 ซม.</p> <p>9.2 Median Episiotomy การตัดเริ่มจาก กลาง Fourchette ลงไปตรง ๆ ประมาณ 2.5 – 3 ซม.</p> <p>9.3 J–shape episiotomy การตัดเริ่มจาก กลาง Fourchette ลงไปตรง ๆ ประมาณ 2 ซม. แล้วเฉียงออกทางด้านขวาของฝีเย็บเพื่อหลีกเลี่ยงทวารหนัก</p> <p>9.4 Lateral episiotomy การตัดจะตัดไปตามแนวราบของฝีเย็บด้านใดด้านหนึ่ง</p> <p>10. ใช้มือข้างขวาจับ Top ช่วย Save บริเวณฝีเย็บมือข้างซ้ายกดบริเวณท้ายทอยให้ทารกหันหน้าตลอดจนกระทั่งท้ายทอยลอดผ่านได้กระดูกหัวหน้า จึงจับให้ศีรษะเงยขึ้น ๆ ถ้าพบสายสะดือพันคอให้รูดผ่านออกทางท้ายทอย แต่ถ้าพัน 2 เส้นแน่นมากให้ใช้ arterial clamp 2 ตัว ตัดสายสะดือระหว่าง Clamp</p> <p>11. เช็ดตาทั้ง 2 ข้างด้วยสำลีชุบ NSS ข้างละ 1 ก้อนป้ายจากหัวตาไปหางตา</p> <p>12. ใช้ลูกยางแดงเลือกขนาดให้เหมาะสมกับทารก โดยดูจากปากให้โล่งก่อนจึงดูดในจมูก</p> <p>13. การช่วยคลอดไหล่หน้าโดยจับศีรษะทารกบริเวณขมับทั้งสองข้างด้วยฝ่ามือทั้งสองข้าง ดึงศีรษะทารกกลางเบา ๆ จนกระทั่งเห็นไหล่หน้าลอดผ่านกระดูกหัวหน้าแล้วจึงดึงขึ้นจนไหล่หลังลอดแล้วจึงดึงตัวทารกออกมาช้า ๆ จนคลอดทั้งตัว</p> <p>14. ดูดของเหลวในปากและจมูก ตัดสายสะดือทารกโดยก่อนตัด paint ด้วย providine solution และเมื่อตัดเสร็จแล้วเช็ดซ้ำอีกครั้ง</p>	<p>- ขณะตัดระวังกรรไกรถูกศีรษะทารก พยายามใช้นิ้วมือด้านซ้ายสอดในช่องคลอดก่อนตัด</p> <p>- แผลเย็บยาก แผลที่ซ่อมแล้วจะมีรอยย่น</p> <p>- เลือดออกมาก แผลหายช้า อาจตัดต่อม Bartholin และกล้ามเนื้อชั้นลึก</p>

ขั้นตอน/การปฏิบัติ	ข้อควรระวัง/การป้องกัน
<p>15. นำทารกไปวางที่ radiant warmer ทำการเช็ดตัว แต่งตัวทารกตามขั้นตอน</p> <p><b>การทำคลอดรก</b></p> <p>1. รอให้รกมีการลอกตัวเวลาประมาณ 5-15 นาที (ไม่เกิน 30 นาที) โดยตรวจดู Sign การลอกตัวของรกให้มีครบทั้ง 3 Sign</p> <p>1.1 Uterine Sign มดลูกจะหดตัวลอยและเอียงมาทางด้านขวา</p> <p>1.2 Vulva Sign พบมีเลือดออกทางช่องคลอด</p> <p>1.3 Cord Sign พบสายสะดือเคลื่อนต่ำลงมาตามการลอกตัวของรก</p> <p>2. เมื่อมี Sign ครบทั้ง 3 แล้วจึงทำคลอดรกโดยวิธี Modified Crede's maneuver ใช้มือคลึงมดลูกให้แข็งก่อน แล้วจึงผลักมดลูกมาในแนวกลางต้นขอมดลูกลงไปแนว Promontory of sacrum ใช้มือข้างขวาจับรกที่ออกมาเมื่อรกลอกออกมาใช้มือซ้ายโอบมดลูกขึ้น</p> <p>3. ทำการตรวจรก (ตามคู่มือ หน้า 11 WP-PONG-NUR-OBS-01-11)</p> <p><b>การเย็บแผลฝีเย็บ</b></p> <p>1. การฉีดยาชาเฉพาะที่</p> <p>1.1 ต่อเข็มเบอร์ 18 กับ Syringe ฉีดยาชา 1 - 2% Xylocaine 10 ml. เปลี่ยนเข็มเบอร์ 22</p> <p>1.2 เริ่มฉีดยาชาบริเวณมุมฝีเย็บที่ฉีกขาดหรือถูกตัดที่ละข้าง ในชั้นใต้ผิวหนังเล็กน้อย</p> <p>1.3 แทะเข็มต่อในชั้นใต้ผิวหนังนานกับขอบแผล</p> <p>1.4 ดูกเข็มให้แน่ใจว่าไม่มีเลือดเข้ามาในกระบอกฉีดยา แล้วฉีดยาชาพร้อมกับถอนเข็มช้า ๆ จนกลับมาตำแหน่งเริ่มต้น</p> <p>1.5 ปฏิบัติวิธีเดียวกันกับมุมแผลอีกข้าง</p>	<p>- ห้ามทำคลอดก่อนมี Sign การลอกตัวของรก</p> <p>- ไม่ควรสวมปลอกเข็มกลับด้วยมือ</p> <p>- ฉีดยาชาเข้าเส้นเลือด</p>

ระเบียบปฏิบัติเลขที่ WP-PONG-PCT-75	หน้าที่ 5/7
เรื่อง แนวทางการทำคลอดปกติ การเย็บแผลฝีเย็บ และการดูแลแผลฝีเย็บ	

ขั้นตอน/การปฏิบัติ	ข้อควรระวัง/การป้องกัน
<p>2. การตรวจรอยฉีกขาดของช่องคลอด</p> <p>2.1 ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือข้างที่ไม่ถนัดไปในช่องคลอดและกดลงใช้ ผ้าก๊อชซับเลือดและเช็ดลิ่มเลือดออกให้หมด</p> <p>2.2 ตรวจไล้ช่องคลอดด้าน Posterior ไล้ดูจากปากช่องคลอดเข้าไปจนถึงมุมแผลด้านในคลำดูความลึกของกันแผล ตรวจสอบระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ โดยประเมินการฉีกขาดเป็น 4 ระยะ</p> <p>2.2.1 First degree laceration มีการฉีกขาดของ fourchette ผิวหนังบริเวณฝีเย็บและเย็บช่องคลอด แต่ไม่ถึงชั้น fascia และชั้นกล้ามเนื้อ</p> <p>2.2.2 Second degree laceration คือ first degree ที่มีการฉีกขาดของชั้น fascia และชั้นกล้ามเนื้อแต่ไม่ถึงหูรูดของทวารหนัก</p> <p>2.2.3 Third degree laceration คือ second ที่มีการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักร่วมด้วย</p> <p>2.2.4 fourth degree laceration คือ second degree ที่มีการฉีกขาดของหูรูดของทวารหนักร่วมด้วย</p> <p>2.3 รายที่คลอดทารกตัวโต มีแผลฉีกขาดรุนแรงตรวจรอยฉีกขาดที่รุนแรงของปากมดลูก โดยใช้ Sponge holder 2 ตัวหนีบปากมดลูกที่ 12 นาฬิกา ไล้ดูให้รอบตามแนวเข็มนาฬิกา ถ้ามีเลือดมองไม่เห็นใช้ Sponge stick ซับเลือดปากมดลูกแทน</p> <p>2.4 ตรวจดูรอยฉีกขาดของปากช่องคลอดโดยรอบโดยเฉพาะข้างรูเปิดท่อปัสสาวะ และ Labia minora</p> <p>3. การเย็บซ่อมแผลฝีเย็บ</p> <p>3.1 ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือที่ไม่ถนัดกดผนังช่องคลอดด้านต่ำลง</p> <p>3.2 ไล้ Tampon ด้วยมือที่ถนัดเข้าไปในช่องคลอดเหนือมุมแผล ใช้ Sponge holder หนีบหาง Tampon ไว้กับผ้าปูบริเวณท้องน้อย</p>	<p>- มุมแผลส่วนผิวเย็บช่องคลอดฉีกขาดเป็นระยะทางสั้นกว่ามุมแผลส่วนกันแผล Subcutaneous ทำให้เย็บไม่ครอบคลุมมุมแผลส่วนลึก และเกิด Hematoma</p> <p>- เมื่อพบเลือดออกหลังตัดแผลฝีเย็บหรือหลังจากทารกคลอด ควรทำการหยุดเลือด โดยใช้ Atery clamp ตรงบริเวณเลือดออกก่อนทำความสะอาดแผลและควรเย็บก่อนที่จะเย็บบริเวณอื่น</p> <p>- ไม่ได้ดูรอยฉีกขาดของปากมดลูก</p> <p>- ไล้ Tampon แรง ถูรูเปิดท่อปัสสาวะทำให้เจ็บ</p>

## เรื่อง แนวทางการทำคลอดปกติ การเย็บแผลฝีเย็บ และการดูแลแผลฝีเย็บ

ขั้นตอน/การปฏิบัติ	ข้อควรระวัง/การป้องกัน
<p>3.3 ใช้ Chromic catgut เข็มโค้งเบอร์ 2-0 เย็บผูกเหนื่อมมแผลในช่องคลอด 1 ซม. โดยใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือที่ไม่ถนัดคดผนังช่องคลอดด้านล่างลงทำให้พื้นที่ที่จะเย็บแผลกว้างขึ้น ไม่ตักเข็มลึกจนเกินไป จนผ่านผนังของลำไส้ส่วนล่างและไม่ตักแผล ตื้นจนเกินไปจนมีช่องโหว่</p> <p>3.4 ดึง Suture ให้ตึงแต่ไม่แน่นจนเกินไป</p> <p>3.5 เย็บให้ Hymen สองข้างมาจรดกันพอดี ไม่เหลื่อมกัน</p>	<p>- เริ่มเย็บไม่ครอบคลุมทั้งมุมแผลด้านผิวและก้นแผลทำให้เกิด hematoma</p> <p>- ตักแผลลึกไปทำให้ติดเชื้อ</p> <p>- ตักแผลตื้นเกินไปจนมีช่องโหว่มีเลือดมาซังเกิด Hematoma</p> <p>- ดึง Suture แน่นไป ทำให้เลือดมาเลี้ยงไม่สะดวก แผลหายช้า และบวม</p> <p>- ควรเย็บระยะห่างจุดละ 0.5 ซม.</p>
<p>4. การตรวจแผลฝีเย็บ</p> <p>4.1 ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือที่ไม่ถนัดคดผนังช่องคลอดทางด้านล่าง</p> <p>4.2 ใช้ forceps หรือ sponge holder คีบ tampon ออกจากช่องคลอด</p> <p>4.3 ใช้ forceps หรือ sponge holder คีบผ้าก๊อช กดซับตรวจจุดเลือดออกในผนังช่องคลอดและขอบปากมดลูกอีกครั้ง</p> <p>4.4 คลำผนังช่องคลอดว่าไม่มี hematoma</p> <p>4.5 ตรวจภายใน (PV) ตรวจสอบว่าไม่มีก้อนค้างอยู่ในช่องคลอด</p> <p>4.6 ตรวจทวารหนัก (PR) ว่าไม่ได้เย็บทะลุเข้าทวารหนัก</p>	<p>- ดึง tampon ออกในทิศทางลง</p> <p>- ไม่ให้ถูกรูเปิดท่อปัสสาวะ</p> <p>- ต้องปฏิบัติทุกครั้ง</p> <p>- ต้องปฏิบัติทุกครั้ง</p>
<p>5. การทำความสะอาดแผลช่องคลอด</p> <p>5.1 ใช้ก๊อช หรือ สำลีชุบ NSS ล้างแผลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอีกครั้ง</p> <p>5.2 ดึงผ้าต่าง ๆ ที่คลุมผู้คลอดออกไล่ถึงผ้า</p> <p>5.3 ใส่ Pad พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้คลอดที่เกี่ยวกับการสังเกตเลือดออก การคลึงมดลูกและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์</p>	<p>- เลี่ยงการใช้มือข้างที่ตรวจทวารหนัก</p>

ขั้นตอน/การปฏิบัติ	ข้อควรระวัง/การป้องกัน
<b>การดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด</b> 1. ใส่ถุงมือ sterile ตรวจสอบบริเวณแผลฝีเย็บ 2. ใช้ Cold pack ประคบในรายที่แผลและ Labia บวมแดง จากการ Trauma ภายใน 24 ชม. 3. รายงานแพทย์ เมื่อตรวจพบ แผล บวมแดงกดเจ็บมาก 4. ออบแผลที่บวมแดง เมื่อแพทย์ตรวจแล้วไม่มี Hematoma หลัง 24 ชม.	- อาการกดเจ็บ บวมแดง

**8. ตัวชี้วัด**

- อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ
- อัตราการเกิด Hematoma

**แผนการประเมิน**

ประเมินจากอัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ และอัตราการเกิด Hematoma เก็บข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ

**9. ภาคผนวก**

-

**10. Flow chart ถ้ามี**

-

โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน  
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ WP-PONG-PCT-75  
เรื่อง

แนวทางการทำคลอดปกติ การเย็บแผลฝีเย็บ และการดูแลแผลฝีเย็บ

	ตำแหน่ง	ลงนาม	วัน เดือน ปี
ผู้จัดทำ ทีม PCT ห้องคลอด			
ผู้ทบทวน ทีม PCT ห้องคลอด			
ผู้อนุมัติ นพ.นันทวัช เมตตากุลพิทักษ์	<input type="checkbox"/> หัวหน้าฝ่าย <input checked="" type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ		
สำนักฉบับที่ 3 เอกสารฉบับที่ <input checked="" type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> ไม่ควบคุม หน่วยงานที่ใช้ร่วมกัน			

ทบทวนครั้งที่	วันที่	ประเด็นปรับปรุง
1.	1 ม.ค.53	- จัดทำแนวทางการทำคลอดปกติและการเย็บแผลฝีเย็บ
2.	1 พ.ค.58	- ปรับเพิ่มข้อระวัง/การป้องกันของแต่ละขั้นตอน
3.	27 พ.ค.58	- เพิ่มการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด
4.	20 ม.ค.59	- ปรับปรุงการเปลี่ยนผ้ารองกัน
5.	10 มี.ค.60	- ปรับปรุงเรื่องการ Stop bleed