

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย

เรื่อง การดูแลสตรีหลังคลอดที่มีการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก

RTCOG Clinical Practice Guideline

Obstetric Anal Sphincter Injury Surgery (OASIS)



เอกสารหมายเลข **OB 67-036**

จัดทำโดย **คณะอนุกรรมการหรือเวชระบอบทางเดินปัสสาวะและเวชศาสตร์ช่อมเสริม
พ.ศ. 2565-2567**

คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567

วันที่อนุมัติต้นฉบับ **19 กรกฎาคม 2567**

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใดๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้มิได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างใด แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

ความเป็นมา

สตรีหลังคลอด ประมาณร้อยละ 90 ประสบกับปัญหาการการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ⁽¹⁾ การฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร (OASIS) มักสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของมารดา เช่น

การเจ็บที่ฝีเย็บ ความผิดปกติในการมีเพศสัมพันธ์ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการกลั้นอุจจาระไม่อยู่ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอาจคงอยู่นานเป็นปี ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเกิดฝีหนองที่ฝีเย็บ การเกิดแผลแยก และการเกิดรูรั่วระหว่างช่องคลอดและทวารหนัก (rectovaginal fistula) มักเกิดขึ้นในกรณีที่เกิดการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักแล้วมีการดูแลที่ไม่เหมาะสม⁽²⁾

การแบ่งชนิดของการฉีกขาดของฝีเย็บหลังคลอด (Classification)⁽³⁾

แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

- **การฉีกขาดระดับที่ 1 (First degree tear)** คือ การฉีกขาดของผิวหนังที่ฝีเย็บและ/หรือเยื่อช่องคลอด
- **การฉีกขาดระดับที่ 2 (Second degree tear)** คือ การฉีกขาดของฝีเย็บถึงระดับกล้ามเนื้อที่ฝีเย็บโดยที่ยังไม่ถึงหูรูดทวารหนัก
- **การฉีกขาดระดับที่ 3 (Third degree tear)** คือ การฉีกขาดของฝีเย็บถึงหูรูดทวารหนัก แบ่งเป็น 3 ระดับตามความรุนแรง
 - Grade 3a tear คือ การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอก (external anal sphincter) น้อยกว่าร้อยละ 50
 - Grade 3b tear คือ การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอกมากกว่าร้อยละ 50
 - Grade 3c tear คือ การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอกและกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านใน (internal anal sphincter)
- **การฉีกขาดระดับที่ 4 (Fourth degree tear)** คือ การฉีกขาดของฝีเย็บที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักทั้งด้านนอกและด้านใน รวมถึงเกิดการฉีกขาดเข้าไปถึงเยื่อของรูทวารหนัก

กรณีที่มีการฉีกขาดของเยื่อของรูทวารหนักอย่างเดียว โดยที่กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ได้มีการฉีกขาดร่วมด้วย เรียกว่า rectal button hole tear ซึ่งไม่ได้อยู่ในระดับของการแบ่งดังกล่าว แต่มีความสำคัญในการที่จะต้องตรวจภายในและตรวจทางทวารหนักก่อนการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ เพราะถ้าตำแหน่งที่ฉีกขาดของเยื่อทวารหนักไม่ได้รับการเย็บซ่อมแซม จะทำให้เกิดรูรั่วระหว่างลำไส้ตรงและช่องคลอด (rectovaginal fistula) ได้

การวินิจฉัยการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร

นอกจากการตรวจประเมินระดับความรุนแรงของการฉีกขาดของแผลฝีเย็บแล้ว การตรวจทางทวารหนักถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำร่วมด้วยเสมอ เพื่อให้การเย็บซ่อมแซมจุดที่ฉีกขาดได้ครบถ้วน ถ้าไม่ตรวจทางทวารหนัก อาจไม่ทราบว่ามี การฉีกขาดของเยื่อทวารหนักได้

การเย็บซ่อมแซมการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร

แนะนำให้ดำเนินการตามระดับขีดความสามารถและความพร้อมของบุคคลากร ดังนี้

- ผู้ที่ทำการเย็บซ่อมช่องทางคลอดและหูรูดทวารหนักที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับที่ 3 ขึ้นไปควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอนุสาขาเวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมซ่อมเสริมหรือสูตินรีแพทย์ที่มีประสบการณ์ หรือเคยได้รับการฝึกอบรมการเย็บซ่อมหูรูดทวารหนักมาแล้ว

สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือสูตินรีแพทย์ ที่ยังไม่ได้รับการฝึกอบรมการเย็บซ่อมหูรูดทวารหนักมาก่อน แนะนำให้ส่งต่อ โดยอาจปิดผ้าก๊อชที่แผลไว้ก่อน เพื่อรอการเย็บซ่อมแซมหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีความพร้อมในการเย็บซ่อมแซมหลังจากกล่อมเนื้อหูรูดทวารหนักฉีกขาดได้นาน 8-12 ชั่วโมง มีรายงานพบว่า ผลลัพธ์ของการเย็บซ่อมหูรูดทวารหนักที่มีการรอในช่วง 8-12 ชั่วโมง หลังจากการฉีกขาดไม่มีความแตกต่างของการเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ (anal incontinence) และอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่ออวัยวะเชิงกรานเมื่อเทียบกับการเย็บทันที⁽⁴⁾

- กรณีที่มีการฉีกขาดอย่างมาก ควรทำการเย็บซ่อมแซมหูรูดทวารหนักในห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นห้องปราศจากเชื้อ มีอุปกรณ์สำหรับทำผ่าตัดเพียงพอและเหมาะสม มีแสงสว่างเพียงพอ
- กรณีที่ระงับปวดจากการใช้ยาชาเฉพาะที่ เช่น local infiltration หรือ pudendal nerve block ไม่เพียงพอ ควรทำภายใต้การระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล

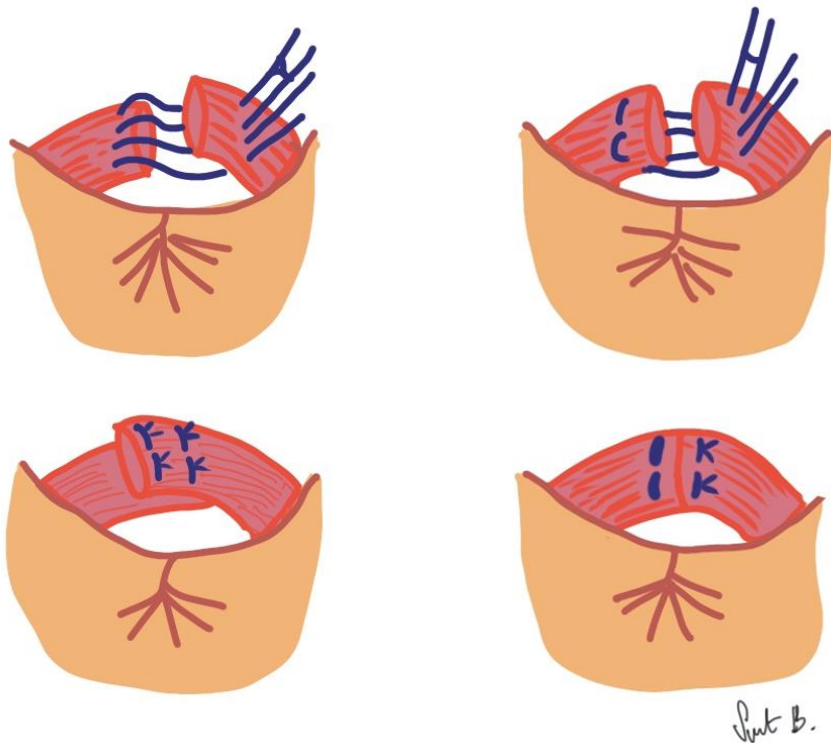
การเลือกใช้ suture material

ควรเลือกใช้ไหมชนิด absorbable หรือ delayed absorbable ในการเย็บซ่อมแซมการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร โดยสามารถเลือกใช้ชนิด monofilament หรือ multifilament ก็ได้ เนื่องจากการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ไหมที่เย็บซ่อมแซมการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตรที่เป็นการทดลองแบบสุ่ม⁽⁵⁾ พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างการใช้ polyglactin (Vicryl) และ polydioxanone (PDS) ในการเย็บแผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ 6 สัปดาห์ การใช้ delayed absorbable suture ดูเหมือนจะมีประโยชน์ในแง่ของผลระยะยาว แต่ยังไม่มียานวิจัยที่ประเมินเรื่องดังกล่าว

การเย็บซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ควรมีการแยกชั้นของเนื้อเยื่อและเย็บแยกกันเป็นชั้น ๆ ไม่เย็บรวบทุกอย่างไว้ในการเย็บครั้งเดียว เช่น ถ้าเป็นเยื่อหูรูดทวารหนัก ให้ทำการเย็บเฉพาะเยื่อหูรูดทวารหนัก ถ้าเป็นกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านใน ให้ทำการเย็บเข้าหากันเฉพาะกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านใน เป็นต้น

เทคนิคการเย็บซ่อมแซมเยื่อบุทวารหนัก (anorectal mucosa)

มีเทคนิคในการเย็บซ่อมหลายวิธี⁽⁶⁾ เช่น เย็บแบบ interrupted โดยใช้ 3-0 Vicryl suture ผูกปมใหม่ให้อยู่ในรูทวารหนักหรือไม่อยู่ในรูทวารหนักก็ได้ หรืออาจเย็บแบบ continuous suture ด้วย 3-0 PDS suture ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาว่า การเย็บวิธีใดดีกว่ากันในการป้องกันการเกิด anovaginal และ rectovaginal fistula ไม่ควรเย็บด้วยเทคนิค figure-of-eight sutures เพราะจะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อได้



ก.

ข.

รูปที่ 1 การเย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นนอก (external anal sphincter)

ก. เย็บแบบ overlapping ข. เย็บแบบ end to end

การเย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นใน (internal anal sphincter)

กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นใน มีความหนา 3-5 มิลลิเมตร โดยจะต่อเนื่องมาจาก rectal smooth muscle และอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นนอกและเยื่อบุทวารหนัก มีลักษณะเป็นสีชมพูจางคล้ายเนื้อปลาติดกับเยื่อบุทวารหนัก บางครั้งอาจเข้าใจผิดคิดว่าเป็นชั้น fascia ได้ กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นใน ทำงานภายใต้ autonomic control มีหน้าที่ในการรักษาภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ขณะพัก (resting incontinence) โดยร้อยละ 70-85 ของ resting anal pressure มาจากกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นใน การบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นใน อาจทำให้เกิดการกลั้นอุจจาระไม่ได้แบบที่ไหลออกมาเอง (passive incontinence)⁽⁷⁾ ดังนั้น ในกรณีที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อที่หูรูดทวารหนัก

ตั้งแต่ Grade 3c ขึ้นไป ต้องทำการเลาะหากล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นใน (internal sphincter) เพื่อทำการเย็บซ่อมแซม โดยการเย็บแบบ interrupted sutures และใช้เทคนิค end-to-end

การเย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นนอก (external anal sphincter)

เมื่อกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นนอกฉีกขาด ส่วนที่ฉีกขาดจะมีการหดเข้าไปในบริเวณเนื้อเยื่อที่อยู่โดยรอบ จากแรงดึงตัวที่มีอยู่หลังจากการฉีกขาด ดังนั้นก่อนทำการเย็บซ่อมแซมควรมีการแยกกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นนอกออกจากเนื้อเยื่อข้างเคียงก่อน การเย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นนอก สามารถทำได้ 2 แบบคือ end-to-end repair และ overlapping repair (รูปที่ 1) โดยการเย็บแบบ end-to-end จะทำการเย็บส่วนที่ฉีกขาดทั้งสองเข้าหากันด้วย mattress sutures 2 ถึง 3 ครั้ง ส่วนการเย็บแบบ overlapping repair จะต้องทำการเลาะกล้ามเนื้อหูรูดที่ฉีกขาดออกจากเนื้อเยื่อโดยรอบ เพื่อให้ดึงเข้ามาเย็บซ้อนทับกันได้ และเย็บแบบ double-breasted fashion กรณีที่มีการฉีกขาดบางส่วนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอก ควรพิจารณาเย็บแบบ end-to-end technique แต่ถ้ามีการฉีกขาดทั้งหมด สามารถเย็บแบบ overlapping หรือ end-to-end technique ก็ได้ หลังการเย็บซ่อมแซมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักชั้นนอก ให้ทำการเย็บซ่อมแซม perineal body เย็บบุช่องคลอด และผิวหนังที่ฝีเย็บต่อไป

การดูแลหลังการเย็บซ่อมแซมการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร

ควรมีการตรวจทางทวารหนักอีกครั้งหลังจากที่เย็บซ่อมแซมแล้ว เพื่อตรวจสอบความเรียบร้อยในการเย็บและไม่ควรพบไหมในรูทวารหนัก ในกรณีที่เย็บแบบไม่ให้ไหมอยู่ในทวารหนัก ในกรณีที่ฉีกขาดชนิด fourth degree tear เพื่อป้องกันการเกิด recto-vaginal fistula ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ทั้งชนิด fecal และ flatus incontinence ซึ่งทำให้ยากต่อการแก้ไข

การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Prophylactic Antibiotics)

การศึกษาคือเป็นการทดลองแบบสุ่ม⁽⁸⁾ พบว่า การให้ยา second generation cephalosporin (cefotetan หรือ cefoxitin) ขนาด 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียวหรือในกรณีที่แพ้ยา penicillin ให้ยา clindamycin ขนาด 900 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว สามารถลดการเกิดการติดเชื้อที่ฝีเย็บในช่วง 2 สัปดาห์หลังเย็บซ่อมแซมฝีเย็บที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก โดยพบว่า การติดเชื้อที่ฝีเย็บในกลุ่มที่ได้ยาปฏิชีวนะและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเท่ากับร้อยละ 8.2 และ 24.1 ตามลำดับ ($P < 0.05$) relative risk เท่ากับ 0.34 (95% CI, 0.12-0.96) ยังไม่มีการศึกษาถึงประโยชน์ของการใช้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องตามหลังการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก

การใช้ยาระบาย (Postoperative bowel regimen)⁽⁷⁾

ยาระบาย ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นหลังจากการเย็บซ่อมแซมการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตร อุจจาระที่แข็งอาจทำให้แผลที่เย็บไว้เกิดการปริแตกได้ การให้ยาระบายจะลดภาวะดังกล่าวได้ กลุ่มของยาระบายที่ควรใช้คือ osmotic laxatives เช่น lactulose ระยะเวลาอย่างน้อย 3-10 วันหลังผ่าตัดซ่อมแซมฝีเย็บเพราะช่วยให้การถ่ายอุจจาระได้สะดวก ลดอาการเจ็บขณะถ่ายอุจจาระ ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน ไม่ควรใช้ยาระบายกลุ่ม stimulant laxatives เช่น senna (senokot®) และ bulk-forming laxatives เช่น ispaghula husk (Fybogel®) เพราะอาจทำให้แผลที่เย็บเกิดการปริแตกได้เมื่อถ่ายอุจจาระ เนื่องจากอุจจาระแข็งและขนาดใหญ่ ในบางครั้งอาจทำให้ท้องผูกได้

การให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด (Postoperative analgesia)

Non steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ acetaminophen เป็นยาแก้ปวดที่ควรใช้เพื่อลดอาการปวดจากแผลฝีเย็บ ในบางครั้งอาจพิจารณา NSAIDs หนีบทางทวารหนัก แต่ควรหลีกเลี่ยงในกรณีที่มีการฉีกขาดเข้าไปในเยื่อหูรูดทวารหนัก เพราะอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของบาดแผลที่ชำรุดได้ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ opioids แก้ปวด เพราะอาจทำให้ท้องผูก แต่ถ้าจำเป็นที่จะต้องใช้ opioids ควรใช้ร่วมกับยาระบาย stool softener เช่น ยา docusate sodium (dioctyl®)

การใส่สายสวนปัสสาวะ

มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการฉีกขาดของฝีเย็บและภาวะปัสสาวะไม่ออก โดยพบภาวะปัสสาวะไม่ออกสูงถึงร้อยละ 33 ในรายที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักหลังการคลอด ในขณะที่พบภาวะนี้ภายหลังการคลอดปกติเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น⁽⁹⁾ ภาวะปัสสาวะไม่ออกหลังคลอดมีพยาธิกำเนิดที่ไม่ชัดเจน อาจเกิดจากการเจ็บบริเวณแผลฝีเย็บ มีการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณท่อปัสสาวะและฝีเย็บ และการบาดเจ็บของเส้นประสาทจากการคลอดบุตร ดังนั้น ควรพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะในรายที่มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ภายหลังจากที่ได้ทำการเย็บซ่อมแซมเรียบร้อยแล้ว ควรใส่สายสวนปัสสาวะทุกรายอย่างน้อย 24 ชั่วโมง⁽¹⁰⁾ และตรวจปัสสาวะค้างหลังถอดสายสวนว่าเกิน 150 มิลลิลิตรหรือไม่ ถ้าพบว่ามีปัสสาวะค้างเกิน 150 มิลลิลิตร ให้พิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะต่อเนื่องไว้ 5-7 วัน⁽¹⁰⁾ ขึ้นกับความรุนแรงของแผลบริเวณฝีเย็บ โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปัสสาวะได้ปกติภายในเวลา 5-7 วัน^(11,12)

การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน

ควรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนถึงระดับความรุนแรงของการฉีกขาด การเย็บซ่อมแซม ใหมที่ใช้เย็บและยาปฏิชีวนะที่ใช้ และควรแจ้งสตรีหลังคลอดถึงการบาดเจ็บของหูรูดกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักและการ

บาดเจ็บถึงขั้นเยื่อหูรูดทวารหนักด้วย เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การดูแลหลังคลอดและวางแผนในการคลอดในครรภ์ถัดไป

การคลอดบุตรในครรภ์ถัดไป

ผู้ที่มีประวัติการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักมาก่อน จะมีโอกาสเกิดการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักซ้ำหลังการคลอดได้ร้อยละ 3-8 การตัดฝีเย็บแบบ mediolateral ในการคลอดทางช่องคลอดครั้งถัดไปจะช่วยลดการเกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักได้ถึงร้อยละ 80⁽¹³⁾

มีการศึกษาของ Jordan และคณะ⁽¹⁴⁾ แนะนำการเลือกวิธีคลอดในสตรีที่เคยมีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักในครรภ์ก่อน โดยให้ประเมินความสมบูรณ์ของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (endoanal ultrasound) และประเมินแรงบีบของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anal manometry) ซึ่งจะถือว่า ปกติ คือ มีการขาดหายไปของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอกจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงน้อยกว่า 30 องศา ดังรูปที่ 2⁽¹⁴⁾ และมีแรงบีบของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท การพิจารณาเลือกวิธีคลอด มีหลักการดังนี้

1. ให้คลอดทางช่องคลอด

- ในรายที่มีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ ร่วมกับผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางทวารหนักและแรงบีบของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก **ปกติ**
- ในรายที่ไม่มีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ ร่วมกับผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางทวารหนักและแรงบีบของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก **ปกติ**
- ในรายที่มีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้อย่างรุนแรงร่วมกับมีผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางทวารหนัก และ/หรือ แรงบีบของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก **ผิดปกติ** (ให้คลอดทางช่องคลอดและเย็บซ่อมแซมหูรูดทวารหนัก ถ้ามีบุตรเพียงพอแล้ว)

2. ให้ผ่าตัดคลอด

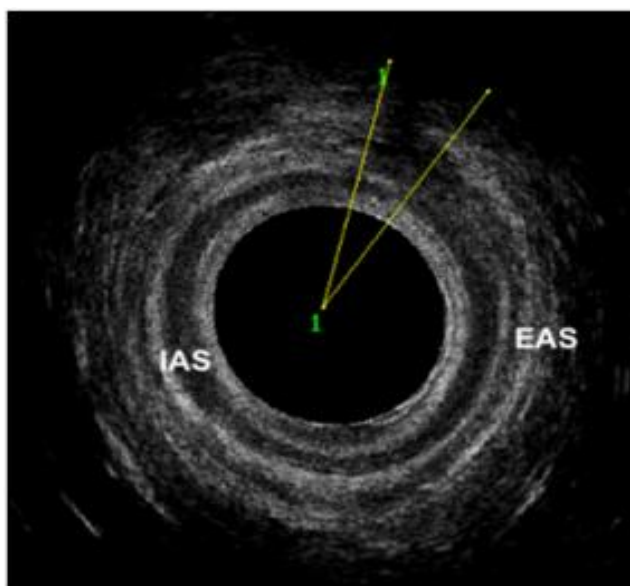
- ในรายที่ไม่มีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยร่วมกับผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางทวารหนัก และ/หรือ แรงบีบของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก **ผิดปกติ**

ถ้าไม่สามารถตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางทวารหนักและวัดแรงบีบของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักได้

ก. ในรายที่ไม่มีอาการหรือมีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้เพียงเล็กน้อย แนะนำให้ทำผ่าตัดคลอด

ข. รายที่มีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้อย่างรุนแรง พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด และเย็บแผลตามระดับความรุนแรงของการคลอดครั้งนั้น

ส่วนการเย็บซ่อมแซมหูรูดทวารหนักที่มีการฉีกขาด จะทำเมื่อมีบุตรเพียงพอแล้ว โดยต้องทำภายหลังคลอดตั้งแต่ 4-6 สัปดาห์ขึ้นไป



IAS; Internal anal sphincter, EAS; External anal sphincter

รูปที่ 2 การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางทวารหนัก (endoanal ultrasound) พบมีการขาดหายไปของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอกน้อยกว่า 30 องศา⁽¹⁴⁾

สรุป

การฉีกขาดของหูรูดทวารหนักตามหลังการคลอดบุตรถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและอาจพบได้หลังการคลอดบุตรทางช่องคลอด การตรวจภายในและการตรวจทางทวารหนักเป็นสิ่งที่ต้องทำก่อนที่จะทำการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเย็บซ่อมแซมที่ไม่ครบถ้วน เมื่อตรวจพบว่า มีการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก ต้องทำการเย็บเป็นชั้น ๆ ผู้เย็บต้องมีประสบการณ์ในการเย็บทำในห้องปราศจากเชื้อและมีการติดตามหลังรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:59.
2. Roper JC, Amber N, Wan OYK, Sultan AH, Thakar R. Review of available national guidelines for obstetric anal sphincter injury. *Int Urogynecology J* 2020;31:2247–59.
3. Wilson AN, Homer CSE. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2020;60:175–82.
4. Nordenstam J, Mellgren A, Altman D, López A, Johansson C, Anzén B, et al. Immediate or delayed repair of obstetric anal sphincter tears—a randomised controlled trial. *BJOG* 2008;115:857-6.
5. Williams A, Adams EJ, Tincello DG, Alfirevic Z, Walkinshaw SA, Richmond DH. How to repair an anal sphincter injury after vaginal delivery: results of a randomised controlled trial. *BJOG* 2006;113:201–7.
6. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002;16:99–115.
7. Harvey MA, Pierce M, Alter JEW, Chou Q, Diamond P, Epp A, et al. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. *J Obstet Gynaecol Can* 2015;37:1131–48.
8. Duggal N, Mercado C, Daniels K, Bujor A, Caughey AB, El-Sayed YY. Antibiotic prophylaxis for prevention of postpartum perineal wound complications: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;111:1268–73.
9. Glavind K, Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:119–21.
10. Nutaitis AC, Meckes NA, Madsen AM, Toal CT, Menhaji K, Carter-Brooks CM, Propst KA, Hickman LC. Postpartum urinary retention: an expert review. *Am J Obstet Gynecol* 2023;228:14-21.
11. Bouhours AC, Bigot P, Orsat M, Hoarau N, Descamps P, Fournié A, Azzouzi AR. Rétention vésicale du post-partum [Postpartum urinary retention]. *Prog Urol*. 2011;21:11-7.
12. Gupta A, Pampapati V, Khare C, Murugesan R, Nayak D, Keepanasseril A. Postpartum urinary retention in women undergoing instrumental delivery: A cross-sectional analytical study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100:41-7.

13. Antonakou A, Papoutsis D, Henderson K, Qadri Z, Tapp A. The incidence of and risk factors for a repeat obstetric anal sphincter injury (OASIS) in the vaginal birth subsequent to a first episode of OASIS: a hospital-based cohort study. *Arch Gynecol Obstet* 2017;295:1201-9.
14. Jordan PA, Naidu M, Thakar R, Sultan AH. Effect of subsequent vaginal delivery on bowel symptoms and anorectal function in women who sustained a previous obstetric anal sphincter injury. *Int Urogynecol J* 2018;29:1579-88.