เอกสารการสอน การตรวจรกและเยื่อหุ้มทารก

รายวิชา: การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1

1. บทนำ

การตรวจรกและเยื่อหุ้มทารกเป็นขั้นตอนสำคัญภายหลังรกคลอดในระยะที่สามของการคลอด เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดสูง หากมีเศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ภายในโพรงมดลูก อาจขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มดลูกเข้าอู่ช้า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายในโพรงมดลูกได้ (World Health Organization [WHO], 2012; Perlman & Carusi, 2019)

การตรวจรกภายหลังคลอดควรทำด้วยความระมัดระวัง มีแสงสว่างเพียงพอ และควรตรวจอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การตรวจเยื่อหุ้มทารก รกด้านมารดา รกด้านทารก สายสะดือ ตำแหน่งการเกาะของสายสะดือ และลักษณะผิดปกติของรก ทั้งนี้ การตรวจรกด้วยตาเปล่าหลังคลอดเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติทุกรายโดยเร็วที่สุด และควรบันทึกผลการตรวจลงในเวชระเบียน โดยเฉพาะจำนวนเส้นเลือดในสายสะดือและความผิดปกติของรกที่มองเห็นได้ (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558)

2. วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายวัตถุประสงค์ของการตรวจรกและเยื่อหุ้มทารกภายหลังคลอดได้
2. อธิบายวิธีตรวจเยื่อหุ้มทารก รกด้านมารดา รกด้านทารก และสายสะดือได้ถูกต้อง
3. วิเคราะห์ได้ว่ารกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบหรือไม่
4. ระบุลักษณะผิดปกติของรกและสายสะดือที่สำคัญได้
5. อธิบายบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างได้

3. สาระสำคัญ

การตรวจรกและเยื่อหุ้มทารกมีเป้าหมายสำคัญเพื่อประเมินความครบถ้วนของรก เยื่อหุ้มทารก และสายสะดือ รวมทั้งค้นหาความผิดปกติที่อาจสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก รกหรือเศษเยื่อหุ้มทารกที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี และอาจนำไปสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ (MSD Manual Professional Edition, n.d.; WHO, 2012)

นอกจากนี้ ลักษณะของรกยังสะท้อนสภาพแวดล้อมในครรภ์และการทำหน้าที่ของรก เช่น ขนาด น้ำหนัก รูปร่าง ความสมบูรณ์ของเนื้อรก ตำแหน่งการเกาะของสายสะดือ และความผิดปกติของเส้นเลือด ซึ่งอาจเกี่ยวข้อง

กับภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด หรือความผิดปกติของทารกแรกเกิด (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558; Mittal et al., 2019)

4. วัตถุประสงค์ของการตรวจรกและเยื่อหุ้มทารก

การตรวจรกและเยื่อหุ้มทารกมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ ได้แก่

4.1 เพื่อตรวจว่ารกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบหรือไม่

หลังรกคลอด ผู้ทำคลอดต้องตรวจความครบถ้วนของรกและเยื่อหุ้มทารกทันที เนื่องจากหากมีเศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ภายในโพรงมดลูก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มดลูกเข้าอู่ช้า และการติดเชื้อภายในโพรงมดลูก (Perlman & Carusi, 2019; WHO, 2012) หากตรวจพบว่าเนื้อรกขาดหาย เยื่อหุ้มทารกไม่ครบ หรือสงสัยว่ามีรกค้าง ควรรีบรายงานแพทย์หรือทีมสุขภาพ เพื่อประเมินและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เนื่องจาก retained placental tissue เป็นสาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอด (MSD Manual Professional Edition, n.d.)

4.2 เพื่อตรวจลักษณะทั่วไปและความผิดปกติของรก

การตรวจลักษณะทั่วไปของรกช่วยให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับขนาด น้ำหนัก รูปร่าง ความสมบูรณ์ของรก ตำแหน่งการเกาะของสายสะดือ และความผิดปกติของรก เช่น รกน้อย รกแผ่กว้างผิดปกติ รกมีสายสะดือเกาะผิดตำแหน่ง หรือมีเส้นเลือดทอดผ่านเยื่อหุ้มทารก ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558; Ladewig et al., 2006)

5. วิธีการตรวจรกและเยื่อหุ้มทารก

5.1 การตรวจเยื่อหุ้มทารก

การตรวจเยื่อหุ้มทารกทำโดยจับสายสะดือแล้วยกขึ้น เพื่อให้รกและเยื่อหุ้มทารกถ่วงลงด้านล่าง จากนั้นตรวจหารอยแตกของถุงเยื่อหุ้มทารก และพิจารณาความครบถ้วนของเยื่อหุ้มทารกทั้ง 2 ชั้น ได้แก่ amnion และ chorion Amnion เป็นเยื่อหุ้มทารกชั้นใน มีลักษณะบาง ใส เป็นมัน และเหนียว ส่วน chorion เป็นเยื่อหุ้มทารกชั้นนอกที่อยู่ติดกับผนังมดลูก มีลักษณะหนากว่า ไม่ใส และฉีกขาดง่ายกว่า จึงมีโอกาสค้างอยู่ภายในโพรงมดลูกได้มากกว่า amnion (Ladewig et al., 2006; มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2552)

ผู้ตรวจควรประเมินว่าเยื่อหุ้มทั้งสองชั้นมีสัดส่วนสมดุลกันหรือไม่ และขนาดของถุงเยื่อหุ้มทารกสอดคล้องกับขนาดตัวทารกหรือไม่ หากทารกมีขนาดใหญ่แต่เยื่อหุ้มทารกที่ออกมามีขนาดเล็กผิดปกติ ควรสงสัยว่าอาจมีเยื่อหุ้มทารกขาดค้างอยู่ภายในโพรงมดลูก ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการตกเลือดและการติดเชื้อหลังคลอด (Perlman & Carusi, 2019)

5.2 การตรวจเนื้อรกว่าครบหรือไม่

การตรวจเนื้อรกทำโดยแผ่รกด้านมารดาออกให้เห็นชัดเจน รกด้านมารดามีลักษณะเป็นก้อนเนื้อสีแดงเข้ม แบ่งเป็นก้อนย่อยเรียกว่า cotyledon โดยปกติจะมีประมาณ 15–20 cotyledons แต่ละก้อนแยกจากกันด้วยร่องที่เรียกว่า placental sulcus (Ladewig et al., 2006) ก่อนตรวจควรนำก้อนเลือดที่ติดอยู่บนรกออกเพื่อให้มองเห็นเนื้อรกชัดเจน จากนั้นพิจารณาว่าเนื้อรกต่อเนื่องกันครบทุกส่วนหรือไม่ หากพบว่าเนื้อรกเป็นแผ่นต่อเนื่อง ไม่มีส่วนใดขาดหาย แสดงว่ารกคลอดครบ แต่ถ้าพบเนื้อรกขาดหาย มีรอยเว้า หรือมีรอยฉีกขาด ควรสงสัยว่ามีเศษรกค้างอยู่ภายในโพรงมดลูก และควรรายงานทีมสุขภาพทันที (MSD Manual Professional Edition, n.d.; WHO, 2012)

6. การตรวจลักษณะทั่วไปของรก

เมื่อประเมินแล้วว่ารกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบ ผู้ทำคลอดควรประเมินการหดรัดตัวของมดลูก คลึงมดลูกตามความเหมาะสม และประเมินปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด เนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูกเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (NICE, 2023; WHO, 2012) โดยปกติรกครบกำหนดมักมีลักษณะกลมแบนหรือรูปรี มีความหนาประมาณ 2–4 เซนติเมตร และน้ำหนักรกเมื่อครบกำหนดโดยทั่วไปประมาณ 1 ใน 6 ของน้ำหนักตัวทารก (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558) ทั้งนี้ การตรวจลักษณะทั่วไปของรกควรประกอบด้วยการตรวจรกด้านมารดา รกด้านทารก เยื่อหุ้มทารก สายสะดือ ตำแหน่งการเกาะของสายสะดือ และความผิดปกติของรก

7. การตรวจรกด้านมารดา

รกด้านมารดาเป็นด้านที่ติดกับผนังมดลูก มีสีแดงเข้มและปกคลุมด้วย decidua บาง ๆ ซึ่งลอกติดออกมาพร้อมกับรก ลักษณะของรกด้านนี้จะไม่เรียบเป็นแผ่นเดียว แต่จะเห็นเป็นก้อน ๆ เรียกว่า cotyledons (Ladewig et al., 2006) สิ่งที่ควรตรวจ ได้แก่ จำนวนและความครบถ้วนของ cotyledons รอยฉีกขาดหรือเนื้อรกขาดหาย ก้อนเลือดที่ติดอยู่บนเนื้อรก ลักษณะการเสื่อมของเนื้อรก และการมีแคลเซียมเกาะบนเนื้อรก หากพบลักษณะเสื่อมของรกมาก ควรบันทึกไว้และนำไปประกอบการประเมินภาวะของทารกและประวัติการตั้งครรภ์ (Mittal et al., 2019)

8. การตรวจรกด้านทารก

รกด้านทารกเป็นด้านที่มีสายสะดือเกาะอยู่ มีสีเทาอ่อน เป็นมัน เนื่องจากมีเยื่อหุ้มชั้น amnion คลุมอยู่ เมื่อมองจากด้านนี้จะเห็นเส้นเลือดแผ่ออกจากบริเวณที่สายสะดือเกาะเป็นรัศมีไปยังขอบรก โดยปกติเส้นเลือดบน chorionic plate มักสิ้นสุดก่อนถึงขอบรก (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558)

หากพบว่าเส้นเลือดทอดไปจนถึงขอบรกหรือทอดต่อไปยังเยื่อหุ้มทารก ควรสงสัยความผิดปกติ เช่น รกน้อย หรือการเกาะของสายสะดือผิดปกติ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะ vasa previa หรือ velamentous cord insertion ได้ (Siminel et al., 2015)

9. การตรวจสายสะดือ

สายสะดือปกติมีความยาวประมาณ 35–100 เซนติเมตร โดยเฉลี่ยประมาณ 50 เซนติเมตร และมีลักษณะบิดเป็นเกลียว การบิดเป็นเกลียวช่วยลดโอกาสการหักพับของสายสะดือ หากสายสะดือถูกกดทับหรือมีความผิดปกติ อาจส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดระหว่างรกและทารกได้ (Ladewig et al., 2006) โดยปกติสายสะดือมีเส้นเลือด 3 เส้น ได้แก่ umbilical vein 1 เส้น และ umbilical arteries 2 เส้น โดย umbilical vein ทำหน้าที่นำเลือดที่มีออกซิเจนจากรกเข้าสู่ตัวทารก ส่วน umbilical arteries ทำหน้าที่นำเลือดจากทารกกลับไปยังรก การตรวจจำนวนเส้นเลือดในสายสะดือเป็นประเด็นสำคัญที่ควรบันทึกในการตรวจรกหลังคลอด (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558) นอกจากนี้ ควรตรวจความผิดปกติของสายสะดือ เช่น false jelly knot, false vascular knot และ true knot โดย true knot คือสายสะดือผูกเป็นปมจริง หากปมรัดแน่นอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงทารกลดลงและเป็นอันตรายต่อทารกได้ (Ladewig et al., 2006)

10. ตำแหน่งการเกาะของสายสะดือบนรก

ตำแหน่งการเกาะของสายสะดือบน chorionic plate แบ่งได้เป็น 3 แบบ ได้แก่

1. **Central insertion** คือ สายสะดือเกาะบริเวณกลาง chorionic plate
2. **Lateral insertion** คือ สายสะดือเกาะค่อนไปทางด้านใดด้านหนึ่งของ chorionic plate
3. **Marginal insertion** คือ สายสะดือเกาะบริเวณริมขอบรก หรือเรียกว่า battledore placenta

การตรวจตำแหน่งการเกาะของสายสะดือมีความสำคัญ เนื่องจากตำแหน่งการเกาะที่ผิดปกติอาจสัมพันธ์กับการไหลเวียนเลือดไปยังทารกผิดปกติ หรือพบร่วมกับความผิดปกติของรกและเยื่อหุ้มทารก (Ladewig et al., 2006; Siminel et al., 2015)

11. รกที่ผิดปกติ

11.1 Placenta velamentosa

Placenta velamentosa เป็นภาวะที่สายสะดือไม่ได้เกาะบนตัวรกโดยตรง แต่เกาะบนเยื่อหุ้มทารก แล้วมีแขนงเส้นเลือดทอดผ่านเยื่อหุ้มทารกไปยัง chorionic plate ภาวะนี้มีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากเส้นเลือดที่ทอดผ่านเยื่อหุ้มทารกไม่มี Wharton’s jelly หุ้มป้องกัน จึงเสี่ยงต่อการถูกกดทับหรือฉีกขาดได้ง่าย (Siminel et al., 2015) หากเส้นเลือดทอดผ่านบริเวณปากมดลูก เรียกว่า vasa previa เมื่อถุงน้ำคร่ำแตก

เส้นเลือดอาจฉีกขาด ทำให้เกิดเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งเป็นเลือดของทารก ส่งผลให้ทารกเสียเลือดอย่างรวดเร็ว และอาจเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือทันที (Bohîlţea et al., 2016)

11.2 Placenta succenturiata

Placenta succenturiata คือ รกที่มีรกน้อยหรือ accessory lobe แยกออกจากรกหลัก แต่มีเส้นเลือดเชื่อมต่อระหว่างรกหลักและรกน้อย ภาวะนี้มีความสำคัญ เนื่องจากรกน้อยอาจค้างอยู่ในโพรงมดลูกหลังจากรกหลักคลอดแล้ว และอาจทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรงได้ (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558) ดังนั้น หากตรวจพบเส้นเลือดทอดไปถึงขอบรก หรือพบรอยแตกของเยื่อหุ้มทารกอยู่ใกล้ขอบรกมาก ควรสงสัยภาวะรกน้อย และควรตรวจความครบถ้วนของรกและเยื่อหุ้มทารกอย่างละเอียด (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558)

11.3 Placenta spurium

Placenta spurium เป็นภาวะที่มีรกน้อยร่วมด้วยเช่นเดียวกับ placenta succenturiata แต่ไม่มีเส้นเลือดเชื่อมต่อระหว่างรกหลักและรกน้อย ภาวะนี้พบได้น้อย แต่ยังคงต้องตรวจความครบถ้วนของรกและเยื่อหุ้มทารกอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการค้างของเนื้อรกหรือเยื่อหุ้มทารกในโพรงมดลูก (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558)

11.4 Placenta membranacea

Placenta membranacea หรือ placenta diffusa เป็นภาวะที่รกมีลักษณะเป็นแผ่นกว้างใหญ่และบางกว่าปกติ อาจคลุมพื้นที่ของถุงหุ้มทารกเกือบทั้งหมด ภาวะนี้อาจสัมพันธ์กับรกเกาะต่ำ เลือดออกก่อนคลอด รกเกาะแน่น รกลอกตัวลำบาก และการตกเลือดหลังคลอดจากรกลอกตัวไม่หมด (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558)

11.5 Placenta circumvallata

Placenta circumvallata เป็นความผิดปกติของ chorionic plate โดยมีขอบรกหนาหรือม้วนขึ้น ภาวะนี้อาจสัมพันธ์กับการตกเลือดก่อนคลอด การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และอัตราการเสียชีวิตปริกำเนิดที่เพิ่มขึ้น (ปกรณ์ จักษุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2558)

หากตรวจพบรกชนิดนี้ ควรบันทึกลักษณะผิดปกติอย่างครบถ้วน และรายงานทีมสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการประเมินภาวะของมารดาและทารก

12. บทบาทพยาบาลในการตรวจรกและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

ระยะที่สามของการคลอดเป็นระยะที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการตรวจรก เยื่อหุ้มทารก และสายสะดืออย่างเป็นระบบ ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ประเมินปริมาณเลือดออก และรายงานความผิดปกติอย่างทันท่วงที (NICE, 2023; WHO, 2012)

บทบาทสำคัญของพยาบาล ได้แก่

1. เตรียมอุปกรณ์และสถานที่ให้พร้อม มีแสงสว่างเพียงพอ
2. ตรวจรกและเยื่อหุ้มทารกทันทีหลังรกคลอด
3. ตรวจความครบถ้วนของ cotyledons และเยื่อหุ้มทารก
4. ตรวจสายสะดือและจำนวนเส้นเลือดในสายสะดือ
5. ประเมินตำแหน่งการเกาะของสายสะดือ
6. สังเกตความผิดปกติของรกและเส้นเลือดบนเยื่อหุ้มทารก
7. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดออก
8. รายงานแพทย์หรือทีมสุขภาพเมื่อสงสัยรกค้าง มดลูกหดรัดตัวไม่ดี หรือมีเลือดออกผิดปกติ
9. บันทึกผลการตรวจรกและความผิดปกติที่พบอย่างครบถ้วน

13. ข้อควรจำสำหรับนักศึกษา

การตรวจรกไม่ใช่เพียงการดูว่ารกคลอดออกมาแล้วหรือไม่ แต่เป็นการประเมินความปลอดภัยของมารดาหลังคลอดอย่างสำคัญ หากตรวจไม่ละเอียดและมีเศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ อาจทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว (WHO, 2012)
นักศึกษาพยาบาลควรฝึกตรวจรกอย่างเป็นขั้นตอน ได้แก่

1. ตรวจเยื่อหุ้มทารก
2. ตรวจรกด้านมารดา
3. ตรวจรกด้านทารก
4. ตรวจสายสะดือ
5. ตรวจตำแหน่งการเกาะของสายสะดือ
6. ประเมินความผิดปกติของรก
7. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดออกหลังรกคลอด

14. สรุป

การตรวจรกและเยื่อหุ้มทารกเป็นทักษะสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในระยะที่สามของการคลอด มีเป้าหมายหลักเพื่อประเมินว่ารกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบหรือไม่ และเพื่อตรวจหาความผิดปกติของรก สายสะดือ และเยื่อหุ้มทารก การตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นระบบช่วยป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และส่งเสริมความปลอดภัยของมารดา (Perlman & Carusi, 2019; WHO, 2012)

พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความชำนาญ และความรอบคอบในการตรวจรก พร้อมทั้งสามารถเชื่อมโยงสิ่งที่ตรวจพบกับการดูแลผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้การพยาบาลในระยะคลอดรกมีคุณภาพ ปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

ปกรณ์ จักษุวัชร, และ เฟื่องลดา ทองประเสริฐ. (2558). *ความผิดปกติของรก (Placental abnormalities)*. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2552). *การพยาบาลมารดาและทารก*.

Bohîlțea, R. E., Turcan, N., Cîrstoiu, M. M., & Ionescu, C. A. (2016). Velamentous insertion of umbilical cord with vasa praevia. *Journal of Medicine and Life, 9*(2), 126–129.

Ladewig, P. A., London, M. L., & Davidson, M. R. (2006). *Contemporary maternal-newborn nursing care*. Pearson Prentice Hall.

Mittal, N., Byard, R. W., & Duncan, J. R. (2019). A practical guide to placental examination for forensic pathologists. *Forensic Science, Medicine and Pathology, 15*, 431–441.

MSD Manual Professional Edition. (n.d.). *Postpartum hemorrhage*. Merck & Co.

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum care: NICE guideline NG235*. NICE.

Perlman, N. C., & Carusi, D. A. (2019). Retained placenta after vaginal delivery: Risk factors and management. *International Journal of Women's Health, 11*, 527–534.

Siminel, M. A., et al. (2015). Velamentous insertion of the umbilical cord vessels with vasa previa. *Romanian Journal of Morphology and Embryology, 56*(1), 301–308.

World Health Organization. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. World Health Organization.