

# การดูแลรักษาภาวะรกค้าง

แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

## เรื่อง การดูแลรักษาภาวะรกค้าง

RTCOG Clinical Practice Guideline  
Management of Retained Placenta



แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง  
จัดทำโดย

การดูแลรักษาภาวะรกค้าง  
คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ  
พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕

วันที่อนุมัติต้นฉบับ

๑๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

ผู้อนุมัติต้นฉบับ

คณะผู้บริหารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์  
แห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕

ประกาศใช้โดย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
วันที่ ๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔

ปรับปรุงแก้ไข

ครั้งที่ วันที่

## คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับ แพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษา ที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐาน ทางทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัตินี้ ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์ใด ๆ การปฏิบัติในการดูแลรักษา ผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัด ของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้ง ความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้ไม่ได้ ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างไร แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

## ความเป็นมาของปัญหา

**รกค้าง (Retained placenta)** หมายถึง ภาวะที่รกไม่คลอดภายใน ๓๐ นาทีหลังทารกคลอด (กรณีแท้งบุตร หรือคลอดก่อนกำหนด รกอาจ จะคลอดหลังจาก ๓๐ นาที) รกที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกจะทำให้ตกเลือด หลังคลอดได้<sup>๑,๒</sup> กรณีที่เกิดรกค้างให้ระวังว่าอาจจะมีภาวะรกติดแน่น (placenta adherens) ร่วมด้วย

โดยทั่วไป รกจะคลอดภายใน ๑๐ นาทีหลังจากที่ทารกคลอดแล้ว ประมาณร้อยละ ๙๐ รกจะคลอดภายใน ๑๕ นาที มีเพียงร้อยละ ๒-๓ เท่านั้น ที่ใช้เวลานานเกิน ๓๐ นาที กรณีที่รกคลอดช้าอาจเกิดจากสาเหตุหลาย ประการ เช่น uterine atony, cervical cramp ภาวะรกติดแน่น (placenta adherens)<sup>๓</sup>

ภาวะรกติดแน่น เป็นภาวะที่อันตรายเนื่องจากรกฝังตัวลึกกว่าปกติ พบประมาณร้อยละ ๐.๐๔ ของการคลอด และสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการผ่าท้องทำคลอด<sup>๔</sup> แบ่งเป็น ๓ ชนิด ได้แก่

- ๑) Placenta accreta (รกฝังอยู่แค่วิเวจ ของกล้ามเนื้อมดลูก)
- ๒) Placenta increta (รกฝังตัวเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก)
- ๓) Placenta percreta (รกฝังตัวตลอดความหนาของกล้ามเนื้อมดลูกหรือทะลุออกมานอกตัวมดลูก)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะนี้ คือ มารดาอายุมาก ตั้งครรภ์หลายครั้ง เคยมีรกติดแน่นในครรภ์ก่อน ผ่าท้องทำคลอดหลายครั้ง รกเกาะต่ำ เคยมีแผลผ่าตัดที่ตัวมดลูกหรือเคยขูดมดลูกมาก่อน<sup>๕</sup> ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบได้มากขึ้น อัตราการเสียชีวิตจากภาวะเหล่านี้พบประมาณร้อยละ ๓ และประมาณร้อยละ ๘๕ จำเป็นต้องรักษาด้วยการตัดมดลูก<sup>๖</sup>

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรมได้ใช้อ้างอิง

## การครอบคลุม

แนวทางการปฏิบัติงานชุดนี้ครอบคลุมแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรม

## แนวทางปฏิบัติเมื่อพบภาวะรกค้าง มีขั้นตอนดังนี้

### การเตรียมตัวผู้ป่วย

๑. ให้สารน้ำ normal saline หรือ Ringer-lactate เข้าทางหลอดเลือดดำ เปิดหลอดเลือดโดยใช้เข็มเบอร์ใหญ่
๒. จ้องเลือด
๓. ตรวจสัญญาณชีพเป็นระยะ

## การรักษาภาวะรกค้าง

### ให้พิจารณาดังนี้

#### ๑. รกไม่คลอดนานเกิน ๓๐ นาทีหลังทารกคลอด และเลือดออกไม่เกิน ๔๐๐ มิลลิลิตร<sup>๗</sup> มีทางเลือกปฏิบัติ คือ

๑.๑ ถ้าไม่ได้ทำ active management of third stage of labor อาจให้ยา oxytocin ๑๐ ยูนิตเข้ากล้ามเนื้อและทำ controlled cord traction (Quality of evidence: no formal specific evidence of benefit or harm; Strength of recommendation : weak)<sup>๗</sup>

- ไม่แนะนำให้ใช้ ergometrine เพราะจะทำให้เกิด tetanic uterine contraction ซึ่งจะทำให้การลอกตัวของรกล่าช้า (Quality of evidence: very low; Strength of recommendation: weak)<sup>๗</sup>
- ไม่แนะนำให้ใช้ prostaglandin E2 (dinoprostone และ sulprostone) (Quality of evidence: very low; Strength of recommendation: strong)<sup>๗</sup>

๑.๒ อาจพิจารณาให้ oxytocin ๑๐-๒๐ ยูนิต และ saline ผสมให้ได้ ๒๐ มิลลิลิตร ฉีดทาง intraumbilical vein (Quality of evidence: moderate; Strength of recommendation : weak)<sup>๗,๘</sup>

๑.๓ ล้วงรก

ถ้าทำการรักษาด้วยวิธีตามข้อ ๑.๑ และ ๑.๒ แล้วรกยังไม่คลอด ให้ล้วงรกทันที (No formal assessment of quality of evidence; Strength of recommendation: strong)<sup>๗</sup>

๒. กรณีที่เลือดออกมากเกินไป ๔๐๐ มิลลิลิตร แนะนำให้ล้วงรกทันที โดยไม่ต้องรอนจนถึง ๓๐ นาที”

### การล้วงรก”

#### ๑. การระงับความรู้สึก

- ๑.๑ ตามวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล เพื่อวางยาสลบผู้ป่วยให้ลึกพอ วิธีที่แนะนำคือ general anaesthesia<sup>๔</sup>
- ๑.๒ อาจใช้การระงับความรู้สึกด้วยวิธีอื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสม

#### ๒. วิธีการล้วงรก

- ๒.๑ จัดผู้ป่วยให้นอนในท่าขบนิ้ว (lithotomy)
- ๒.๒ ทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บและหน้าขาใหม่อีกครั้ง แล้วปูผ้าปราศจากเชื้อ
- ๒.๓ สวนปัสสาวะ
- ๒.๔ ใส่ถุงมือล้วงรกซึ่งเป็นถุงมือยาว
- ๒.๕ เริ่มล้วงรกเมื่อให้การระงับความรู้สึกเรียบร้อยแล้ว
- ๒.๖ เช็ดสายสะดือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโดยเฉพาะในรายที่มีการปนเปื้อนระหว่างทำคลอด
- ๒.๗ สำหรับผู้ที่ถนัดขวา ให้ใช้มือซ้ายจับสายสะดือไว้แต่พอดี แล้วสอดมือขวาโดยห้อมือแบบ accoucheur’s hand ตามสายสะดือผ่านปากมดลูกขึ้นไปในโพรงมดลูกจนถึงตำแหน่งที่สายสะดือเกาะติดกับรก แล้วจึงเลื่อนมือออกมาหาขอบรก
- ๒.๘ เปลี่ยนมือซ้ายที่ดึงสายสะดือไว้มาจับที่ยอดมดลูกทางหน้าท้อง กดลงในแนวกลางลำตัวให้ลงต่ำที่สุดเพื่อช่วยให้มือขวาเขาระกได้ง่ายขึ้น

๒.๙ ใช้สันมือทางนิ้วก้อย (ulnar side) เขาะแยกรกจากผนังมดลูก โดยหลังมือต้องสัมผัสกับผนังมดลูกตลอดเวลา ทำต่อไปจน เขาะรอกออกได้หมดทั้งอัน โดยทั่วไปจะทำได้ไม่ยากนัก เนื่องจากชั้น spongiosa ของ decidua สามารถแยกออก ได้ง่าย

**ในกรณีที่เขาะแล้วติดให้หยุดทันที เพราะอาจจะเป็น placenta increta หรือ placenta percreta ซึ่งจำเป็นต้องรักษาโดยการตัดมดลูก**

๒.๑๐ เขาะรอกออกจากตัวมดลูกโดยใช้มือซ้ายซึ่งจับที่ยอดมดลูก คลึง ยอดมดลูกเพื่อให้มดลูกหดตัวบีบไล่รก และมือขวาที่จับรก อยู่ทั้งอัน ให้เคลื่อนผ่านโพรงมดลูกออกมา ไม่ควรใช้มือขวา ดึงรกทันทีหลังจากเขาะจนรกลอกตัวหมด เพราะอาจจะทำให้ มดลูกปลิ้นได้ กรณีที่ยังมีส่วนของรกค้างติดอยู่ แต่ผู้ล้วงรก คิดว่ารกลอกหมดแล้ว

๒.๑๑ เมื่อรอกออกมาแล้ว ให้ตรวจโพรงมดลูกซ้ำ โดยมือซ้ายกดที่ ยอดมดลูก มือขวาสอดเข้าไปในโพรงมดลูก ใช้ผ้ากอซพันนิ้วชี้ และนิ้วกลางแล้วลูบแรง ๆ (digital curettage) ให้ทั่วโพรง มดลูก เพื่อเอาเศษรก เยื่อหุ้มเด็กหรือก้อนเลือดที่ตกค้าง ออกมาให้หมด ตรวจหารอยทะลุหรือรอยฉีกขาดของมดลูก กรณีที่มีเศษรกติดอยู่ ล้วงไม่ออก อาจใช้ curet ขนาดใหญ่ ขูดด้วยความระมัดระวัง ถ้าเลือดยังออกไม่หยุด อาจต้อง พิจารณาตัดมดลูก

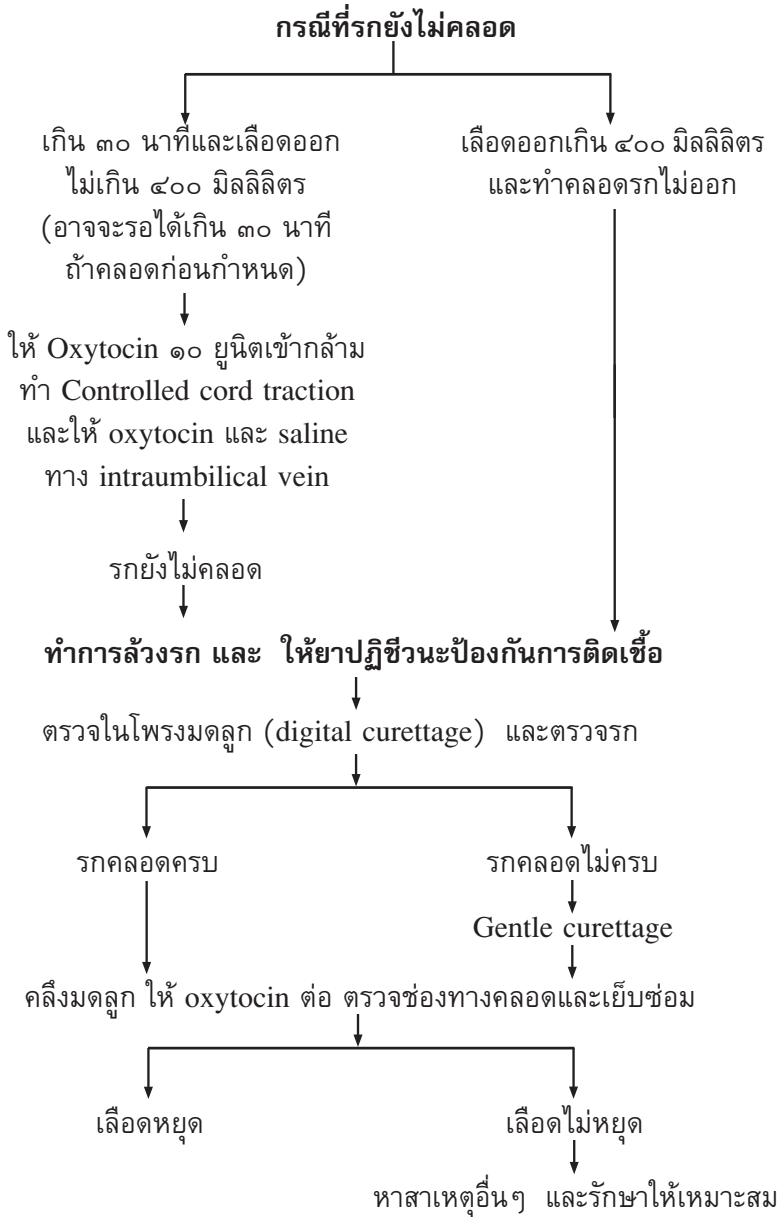
๒.๑๒ ตรวจรกและเยื่อหุ้มเด็กอย่างละเอียดดูว่ามีส่วนใดขาดหายไป หรือไม่ อย่างไรก็ตามรกที่ล้วงออกมา มักจะอยู่ในสภาพที่ ไม่สมบูรณ์ อาจจะออกมาเป็นชิ้น ๆ ไม่ต่อกัน ดังนั้นการ พิสูจน์ว่า ล้วงรกได้ครบหรือไม่ ไม่ควรดูเฉพาะรกที่ล้วง ออกมาเท่านั้น แต่ควรใช้การตรวจโพรงมดลูกซ้ำ หลังล้วงรก เสร็จแล้ว หรืออาจใช้คลื่นเสียงความถี่สูงช่วยตรวจดู

- ๒.๑๓ คลึงมดลูกให้หดรัดตัว และให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ได้แก่ oxytocin ๑๐ ยูนิตเข้ากล้ามเนื้อหรือให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกอื่น ๆ ได้และให้ oxytocin ๒๐ ยูนิตในสารน้ำ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร. เข้าหลอดเลือดดำ
- ๒.๑๔ ตรวจการฉีกขาดของแผลและช่องทางคลอด แล้วเย็บซ่อมแซม

### ๓. การดูแลผู้ป่วยหลังลักรก

- ๓.๑ ตรวจสัญญาณชีพ ทุก ๑๕ นาที ในช่วง ๑-๒ ชั่วโมงแรก
- ๓.๒ หมั่นคลึงมดลูกและสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด
- ๓.๓ ควรให้ oxytocin ผสมในสารน้ำเข้าหลอดเลือดดำต่อเพื่อป้องกันการตกเลือด
- ๓.๔ ตรวจติดตามระดับความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ทุก ๔-๖ ชั่วโมง พิจารณาให้เลือดเมื่อจำเป็น
- ๓.๕ พิจารณาคายสวนปัสสาวะไว้ เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็มและติดตามปริมาณปัสสาวะ
- ๓.๖ ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (single dose of ampicillin ๒ gram หรือ first-generation cephalosporin: cefazolin ๑ gram, Quality of evidence: very low ; Strength of recommendation: strong )<sup>๗</sup>

# สรุปขั้นตอนการดูแลรักษาภาวะรกค้าง





## เอกสารอ้างอิง

๑. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York, McGraw-Hill;2010:774.
๒. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization, 2007.
๓. จิตเกษม เก่งพล. การล้่วงรก. ใน: ทศิณญ์ ถิ่นธำรณ, ฐิติมณ สุณทรล้จ, บรณณณธิกรณ. สูติศณศตร.พิมพ์คร้ังที่ 1.สงขลณ: ลิมบรณเดอร้ การพิมพ์ 2546:189-92.
๔. Anderson JM. Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician 2007;75:875-82.
๕. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. Placenta accrete. Am J Obstet Gynecol 2010;203:430-9.
๖. Throp JMJ, Councell RB, Sandridge DA, Wiest HH. Antepartum diagnosis of placenta previa percreta by magnetic resonance imaging. Obstet Gynecol 1992;80:506-8.
๗. WHO recommendations for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva, World Health Organization, 2009.
๘. Carroli G, Bergel E. Umbilical vein injection for management of retained placenta. Cochrane Database of Systematic Reviews,2001, Issue 4. Art. No.: CD001337.
๙. ชุศรี พิศลยบุดร. ภณวะเลื้อดออกในสตรีมีครรรภ์. ใน: ชุศรี พิศลยบุดร, พงษ์ธำรณ วิจิตรเวชไพศณล, บรณณณธิกรณ. วิสัณญ์วิทยณทณงสูติกรรณ.

