

บทบาทสำคัญของพยาบาลในห้องคลอด : การประเมินสภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด

The Important Role of Nurses in Labour Room : Health Assessment of the Newborn.

ยุวดี วัฒนานนท์ ค.ด.

(การวัดและการประเมินผลการศึกษา)*

บทคัดย่อ

บทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลในหน่วยห้องคลอด คือ การประเมินสุขภาพทารกแรกเกิด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพทั่วไปของทารก การบาดเจ็บของทารกที่มีสาเหตุจากการคลอด ความสามารถในการปรับตัวของทารกแรกเกิดต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกมดลูก และความผิดปกติแต่กำเนิดตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ทั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือทารกตั้งแต่แรกคลอดได้อย่างทันที่ทันที่ อันจะช่วยลดความรุนแรงของปัญหา และทารกได้รับความปลอดภัย พยาบาลผู้ตรวจต้องมีความรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพที่เป็นปกติของทารกเสียก่อน จึงจะสามารถวินิจฉัยได้ว่าทารกคนใดมีความผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนั้นพยาบาลจะต้องมีการฝึกฝนให้เกิดทักษะในการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดด้วย การตรวจร่างกายทารกแรกเกิด ต้องตรวจใน 2 ขั้นตอน โดยขั้นแรกพยาบาลผู้ตรวจจะประเมินร่างกายทั่วไปของทารกแรกเกิดเสียก่อน โดยใช้ระบบ APGAR Score

ลักษณะโดยทั่วไป สัญญาณชีพ และการเจริญเติบโตตามลำดับ หลังจากนั้นจึงตรวจร่างกายในแต่ละระบบโดยเริ่มตรวจจากศีรษะไปหาปลายเท้า ได้แก่ ผิวหนัง ศีรษะ อวัยวะบนใบหน้า ทรวงอก ปอด หัวใจ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก แขนขา และหลังตามลำดับ การประเมินสภาพร่างกายทารกแรกเกิดนั้น พยาบาลผู้ตรวจจะต้องอาศัยทั้งความรู้และทักษะต่างๆในการตรวจ จึงจะสามารถทำการประเมินได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทารกจึงจะได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ : การประเมินสภาวะสุขภาพ, ทารกแรกเกิด, พยาบาลในห้องคลอด

Abstract

One of the important role of nurses in labor and delivery unit is health assessment of the newborn. The purpose of assessment is to examine the general health including injury obtained during delivery, capability to adjust to the environment outside the uterus, and congenital anomaly in order to correct all the problems as soon as possible. Giving assistance

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

at the early stage can alleviate the severity of the problems that leads to the safety of the newborn. Nurses have to know about normal physiology of the baby in order to identify the problem. Moreover, nurses have to practice to gain more skills to examine the newborn. There are two steps to examine the newborn. First, nurses appraise the general health including APGAR Score, general appearance, vital signs, and growth of the baby. Then, they have to assess each system of the newborn body by inspecting closely from head to toe. Assessment of the newborn needs nurses' knowledge and skills.

Keyword : Health assessment, Newborn, Nurses in labour room

การประเมินสภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ประจำอยู่ในหน่วยห้องคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพทั่วไป การบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากการคลอด ความสามารถในการปรับตัวของทารกแรกเกิดต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกมดลูก และความผิดปกติแต่กำเนิด ทั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือทารกตั้งแต่แรกคลอดได้อย่างทันที่ อันจะช่วยลดความรุนแรงของปัญหา เช่น สภาวะพร่องออกซิเจน (fetal asphyxia), สภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ(hypothermia) ฯลฯ อันจะทำให้ทารกปลอดภัยจากภาวะอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ก่อนอื่นพยาบาลผู้ตรวจจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพที่เป็นปกติของทารกเสียก่อน จึงจะสามารถวินิจฉัยแยกได้ว่าทารก

คนใดมีความผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนั้นพยาบาลจะต้องมีการฝึกฝนจนเกิดทักษะในการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดด้วย

การเตรียมตรวจร่างกายทารกแรกเกิด

ก่อนทำการตรวจร่างกายทารกแรกเกิด พยาบาลผู้ตรวจจำเป็นต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการตรวจ เตรียมสถานที่สำหรับทำการตรวจ ให้มีพร้อม รวมทั้งเตรียมตัวผู้ตรวจเองให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม และเตรียมทารกแรกเกิดให้เหมาะสม ดังนี้

1. อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดที่ต้องเตรียมได้แก่ เทอร์มอมิเตอร์วัดไข้ทางทวารหนัก วาสลินสำหรับหล่อลื่นปลายเทอร์มอมิเตอร์ สายวัดที่มีหน่วยเป็นเซนติเมตรสำหรับวัดสัดส่วนของร่างกาย หูฟังสำหรับตรวจทารกเพื่อใช้ฟังเสียงหายใจและเสียงการเต้นของหัวใจ และเครื่องชั่งน้ำหนัก

2. สถานที่สำหรับทำการตรวจร่างกายควรมีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีลมโกรก อบอุ่น ซึ่งอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม คือ 32 - 34 องศาเซลเซียส ที่นอนของทารกควรแบนราบไม่นิ่มมากจนตัวทารกจม และอุณหภูมิของที่นอนต้องทำให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.7 - 37.8 องศาเซลเซียส เสมอ

3. พยาบาลผู้ตรวจ ต้องล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้งก่อนทำการตรวจร่างกายทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคสู่ทารก และป้องกันการทารกสูญเสียความร้อน

4. ทารกแรกเกิด พยาบาลเตรียมโดยจัด

จัดทารกให้อยู่ในท่านอนหงายราบอยู่ใต้เครื่องควบคุมอุณหภูมิ (preheated radiant warmer) โดยไม่สวมเสื้อผ้าขณะทำการตรวจ หรือในกรณีที่ไม่มีเครื่องควบคุมอุณหภูมิควรห่อตัวทารกให้อบอุ่นแล้วเปิดเผยอวัยวะของทารกเฉพาะส่วนที่ต้องการตรวจเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารก

ขั้นตอนในการตรวจร่างกายทารกแรกเกิด

การตรวจร่างกายทารกแรกเกิด พยาบาลต้องตรวจใน 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินร่างกายทั่วไปของทารกแรกเกิดโดยใช้ระบบ APGAR Score จะประเมินให้ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ สีผิวของทารก อัตราการเต้นของหัวใจ ปฏิกริยาโต้ตอบของทารกขณะใช้ลูกยางแดงดูดในจมูกและปาก การทำงานของกล้ามเนื้อ และตำแหน่งสุดท้ายคือความสามารถในการหายใจของทารก นอกจากนี้แล้วพยาบาลต้องประเมินลักษณะโดยทั่วไปของทารก สัญญาณชีพ และการเจริญเติบโตตามลำดับด้วย

2. การตรวจร่างกายในแต่ละระบบโดยเริ่มจากศีรษะไปปลายเท้า ได้แก่ ผิวหนัง ศีรษะ อวัยวะบนใบหน้า คอ ทรวงอก ปอด หัวใจ หน้าท้อง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทวารหนัก แขนขา และหลังตามลำดับ

I. การประเมินร่างกายทั่วไปของทารกแรกเกิด : ประกอบด้วย

1. การประเมิน APGAR Score ทารกแรกเกิด

ภายหลังการดูแลทารกแรกเกิดในห้องคลอดโดยดูดน้ำเมือก น้ำคร่ำออกจากปาก/จมูก/คอโดยใช้ลูกยางหรือเครื่องดูดเสมหะ จนทารกหายใจได้เองตามปกติแล้ว พยาบาลต้องจัดให้ทารกนอนตะแคงหัวต่ำประมาณ 30 ° ต่อไปอีกประมาณ 6-12 ชั่วโมง เพื่อให้น้ำและสิ่งที่ยังค้างอยู่ในทางเดินหายใจไหลออกมาได้สะดวก การประเมินทารกแรกเกิดประการแรก คือ ทารกต้องได้รับการประเมินสภาพโดยใช้ระบบ APGAR Score ในระยะ 1 นาที และ 5 นาทีแรกหลังคลอด ถ้าพบว่าทารกมีอาการผิดปกติควรประเมินทุก 5 นาทีจนกว่าทารกจะเข้าสู่สภาวะปกติ (รายละเอียดในตารางที่ 1) วัตถุประสงค์ของการประเมินทารกแรกเกิดโดยใช้ระบบ APGAR Score นี้ ก็คือ เพื่อประเมินสภาวะพร่องออกซิเจน (asphyxia) ของทารก จะทำให้ทราบได้ว่าทารกต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้การประเมิน APGAR Score ในระยะ 10 นาที แรกหลังคลอด จะช่วยให้พยากรณ์ถึงอัตราการตาย หรือ อัตราการเกิดความผิดปกติที่อาจเกิดกับทารกเมื่อโตขึ้นได้ด้วย (ประพุทธศิริบุญย์ ; ตำรากุมารเวชศาสตร์, เล่มที่ 2, 2540:15-16.)

ตารางที่ 1 การประเมินทารกแรกเกิดโดยใช้ระบบ APGAR Score

การตรวจ	0	1	2
1. สีผิวของทารก	เขียว-ซีด ทั้งตัว	ลำตัวชมพู แขน/ขาซีดเขียว	ชมพูหรือแดงทั้งตัว
2. อัตราการเต้นของหัวใจ	ไม่มี	ต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที	มากกว่า 100 ครั้ง/นาที
3. ปฏิกริยาขณะใช้ลูกยางดูดจมูก	ไม่มีปฏิกิริยา	หน้าตาเหวเก / แสยะหน้า	โอ / จาม / ร้องไห้
4. การทำงานของกล้ามเนื้อ	อ่อนปวกเปียก	แขนขาอ่อนเล็กน้อย	แข็งแรงเคลื่อนไหวดี
5. ความสามารถในการหายใจ	ไม่มี	ช้า / ไม่สม่ำเสมอ	หายใจสม่ำเสมอ/ร้องดี

การแปลความหมายของคะแนน APGAR

คะแนน 0-3 ทารกแรกเกิดมีสภาวะพร่องออกซิเจนในระดับรุนแรง (severe fetal asphyxia) ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพโดยกุมารแพทย์ และทีมงานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

คะแนน 4-7 ทารกแรกเกิดมีสภาวะพร่องออกซิเจนในระดับรุนแรง ปานกลาง ถึง เล็กน้อย (moderate to mild fetal asphyxia) สูติแพทย์ให้การช่วยเหลือโดยการดูดน้ำเมือกออกจากปาก และจมูก เพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง และให้ออกซิเจน ต้องเก็บตัวทารกให้อบอุ่นพร้อมกับสังเกตอาการผิดปกติของทารกอย่างใกล้ชิดต่อไป

คะแนน 8-10 เป็นทารกแรกเกิดที่สภาวะสุขภาพปกติ (normal) ต้องการความช่วยเหลือโดยการทำทางเดินหายใจให้โล่ง และเก็บตัวทารกให้อบอุ่นก็เพียงพอแล้ว ไม่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษแต่อย่างใด

2. ลักษณะโดยทั่วไป

เป็นการสังเกตดูลักษณะของทารกที่เห็นเป็นครั้งแรก เช่นรูปร่างสมส่วนหรือไม่ อ้วน ผอม หรือมีความผิดปกติที่สามารถสังเกตเห็นได้ทันที

เช่น ปากแหว่ง ไม่มีแขนหรือขา ลักษณะที่สังเกตเห็นได้ในทารกที่เป็นปกติ คือ ทารกจะมีศีรษะค่อนข้างใหญ่ เมื่อเทียบกับลำตัว คือประมาณ 1 ใน 4 ของความยาวร่างกาย

3. สัญญาณชีพ

เป็นการประเมินดูความสามารถในการปรับตัวของทารกต่อสภาพแวดล้อมภายนอกโพรงมดลูก สิ่งที่ต้องวัดได้แก่ อุณหภูมิของร่างกาย อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ มีวิธีการวัดดังนี้ คือ

3.1 อุณหภูมิกาย (Body temperature)

ก่อนวัดอุณหภูมิกายผู้ตรวจต้องสลัดเทอร์โมมิเตอร์ให้ลดต่ำกว่าระดับ 35 °C หล่อลื่นปลายเทอร์โมมิเตอร์ด้วยวาสลีน แล้วสอดเทอร์โมมิเตอร์เข้าทางทวารหนักลึกประมาณ 2.5 ซม. เป็นเวลานาน 1-3 นาที ขณะทำการวัดผู้ตรวจต้องจับเทอร์โมมิเตอร์ไว้ตลอดเวลา ไม่ปล่อยเทอร์โมมิเตอร์คาไว้ เพราะเทอร์โมมิเตอร์อาจเลื่อนออก ทำให้อุณหภูมิที่วัดได้ต่ำกว่าค่าที่เป็นจริง หรือเทอร์โมมิเตอร์อาจจะหลุดเข้าไปในรูทวารหนักของทารก ทำให้เกิดอันตรายได้ เมื่อครบเวลานำเทอร์โมมิเตอร์ออก แล้วเช็ดคราบวาสลีนออกเสียก่อนจึง

อ่านผล เพื่อให้มองเห็นลำเทอร์มอมิเตอร์ชัดเจน ค่าอุณหภูมิภายในที่เป็นปกติของทารกแรกเกิด จะอยู่ในช่วง 36.5–37.5 °C ถ้าพบว่าอุณหภูมิต่ำกว่า 36.5 °C ถือว่าเป็นภาวะอุณหภูมิต่ำ (hypothermia) อาจเกิดจากอากาศภายนอกที่เย็นทำให้มีการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายมากเกินไป แต่ถ้าพบว่าอุณหภูมิสูงกว่า 37.5 °C ถือว่าเป็นภาวะอุณหภูมิสูง (hyperthermia) อาจเกิดจากการติดเชื้อในร่างกาย หรือ เกิดมีภาวะร่างกายขาดน้ำ (dehydration) ควรวัดอุณหภูมิภายหลังจากการนับอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจแล้ว เพราะอาจทำให้ทารกร้องไห้ มีผลให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจสูงกว่าค่าที่เป็นจริงได้ การวัดอุณหภูมิทารกทางทวารหนัก นอกจากสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของทารกแล้ว ยังมีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะผิดปกติของรูทวารหนัก (imperforated anus) ด้วย

3.2 การหายใจ (Respiration)

การนับอัตราการหายใจประเมินได้จากการสังเกตการเคลื่อนไหวที่บริเวณหน้าอกและหน้าท้อง เนื่องจากทารกแรกเกิดใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมในการหายใจ นับเต็ม 1 นาที โดยปกติทารกแรกเกิดจะมีอัตราการหายใจอยู่ในช่วง 30–60 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจจะตื่นและอาจพบว่าการหายใจไม่สม่ำเสมอได้ ในทารกบางรายอาจมีการหยุดหายใจเป็นช่วงๆ นานประมาณ 5–10 วินาที โดยไม่มีอาการเขียวหรือหัวใจเต้นช้าร่วมด้วย เรียกว่า Periodic breathing ถือว่าเป็นภาวะปกติ ความผิดปกติที่อาจพบได้ คือ มีภาวะหายใจเร็ว (tachypnea) อัตราการหายใจจะมากกว่า 60

ครั้ง/นาที และภาวะการหยุดหายใจ (apnea) คือมีการหยุดหายใจนานกว่า 20 วินาที มีอาการเขียวหัวใจเต้นช้า (bradycardia) ร่วมด้วย

3.3 อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate)

ประเมินโดยใช้ stethoscope ฟังบริเวณ midclavicle line ที่ตำแหน่ง intercostal space ที่ 3 หรือ 4 ทารกแรกเกิดจะมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 120–160 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ อาจฟังได้ยินเสียง murmur ได้เนื่องจาก shunt ต่างๆ ยังปิดไม่สนิท ความผิดปกติที่อาจพบได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ (irregular) ภาวะของหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) คือมีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 160 ครั้ง/นาที และหัวใจเต้นช้า (bradycardia) คือมีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที

4. การเจริญเติบโต

การวัดสัดส่วนของร่างกายและการชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิดเป็นวิธีประเมินว่าทารกมีการเจริญเติบโตได้สัดส่วนและเหมาะสมกับอายุครรภ์หรือไม่ สัดส่วนร่างกายที่ต้องวัดได้แก่ เส้นรอบวงศีรษะ (head circumference) เส้นรอบอก (Chest circumference) ความกว้างของไหล่และความยาวลำตัว (crown – heel length)

ก. วิธีการวัดสัดส่วนของร่างกาย

1). เส้นรอบวงศีรษะ (Head circumference)

- Occipitotmentum (OM) โดยใช้สายวัดทาบผ่านปุ่มกระดูกท้ายทอย (occipital protuberance) และปลายคาง (mentum) ในทารก

คลอดครบกำหนดมีค่าความยาว OM ประมาณ 36 เซนติเมตร

- Occipitofrontal (OF) โดยใช้ สายวัดทาบบนปุ่มกระดูกท้ายทอย (occipital protuberance) และบริเวณหน้าผาก (fore head) ในทารกคลอดครบกำหนดมีค่าความยาว OF ประมาณ 34 เซนติเมตร ซึ่งใหญ่กว่าเส้นรอบอก ประมาณ 2-3 เซนติเมตร

- Suboccipitobregmatic (SOB) โดยใช้สายวัดทาบบนปุ่มกระดูกท้ายทอย (occipital protuberance) และบริเวณขม่อมหน้า (Anterior fontanelle) ในทารกคลอดครบกำหนดมีค่าความยาว SOB ประมาณ 32 เซนติเมตร

2). ความกว้างของไหล่(bisacromial length) จะมีค่าประมาณ 12 เซนติเมตรในทารกคลอดครบกำหนด โดยวัดจาก Acromial process ข้างหนึ่งไปอีกข้างหนึ่ง และสายวัดต้องตึงไม่โค้งไปตามทรงอก

3). เส้นรอบอก (chest circumference) โดยใช้สายวัดทาบบนที่ระดับ nipple ทั้งสอง ข้าง จะมีความยาวเท่ากับ 30.5-33 เซนติเมตร ในทารกคลอดครบกำหนด

4). ความยาวของทารก (crown- heel length)

ใช้สายวัดวัดจากสันเท้าไปถึงข้อพับใต้เข่าแล้วจับสายวัดไว้ไม่ให้เลื่อนไปมา แล้ววัดต่อไปจนถึงระดับเดียวกับเส้นที่ลากจาก parietal eminence มาตั้งฉากกับสายวัดโดยสายวัดจะต้องตึงตรงไม่แนบไปกับส่วนโค้งของหลังและคอ ในทารกคลอดครบกำหนดจะมีความยาวเฉลี่ยประมาณ 50 เซนติเมตร

ข. การประเมินอายุครรภ์ของมารดา

เมื่อประเมินสัดส่วนของทารกแล้ว สิ่งสำคัญที่สุด คือ พยาบาลควรทราบวิธีการประเมินอายุครรภ์ของมารดาด้วย ทั้งนี้เมื่อทราบอายุครรภ์ที่แน่นอนของมารดาแล้วจะทำให้สามารถดูแลทารกได้อย่างเหมาะสม การประเมินอายุครรภ์ของมารดาโดยประเมินจากสภาพของทารกแรกเกิด มีวิธีการตรวจที่ไม่ยุ่งยากและพยาบาลก็สามารถตรวจได้เองโดยง่าย วิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ วิธีการตรวจของ Usher (ประพุทธ คิริปุณย์ ; ทารกแรกเกิด, 2536:78-79) โดยมีการตรวจลักษณะของทารก 5 ประการ ได้แก่ ลายฝ่าเท้า ขนาดของเต้านม ผมหงอกที่ศีรษะ ลักษณะใบหู และถุงอัมตะในทารกเพศชายหรือลักษณะอวัยวะเพศของทารกเพศหญิง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 2 การตรวจแยกทารกเกิดก่อนกำหนดจากทารกเกิดครบกำหนดโดยวิธีการของ Usher
อายุครรภ์

การตรวจ	36 สัปดาห์	37-38 สัปดาห์	39 สัปดาห์
ลายฝ่าเท้า	มีเส้นเฉพาะทางด้านปลายเท้า	มีเส้นมากขึ้นประมาณ 2/3 ของฝ่าเท้า	มีลายเส้นถึงสันเท้า
ขนาดของเต้านม	2 ม.ม.	4 ม.ม.	7 ม.ม.
ผมที่ศีรษะ	คล้ายขนสัตว์อ่อนเป็นปุย	อ่อนเป็นปุยแต่เริ่มเห็นเป็นเส้นบ้างเล็กน้อย	เป็นเส้นผมชัดเจนคล้ายเส้นไหม
ลักษณะใบหู	อ่อนนิ่มไม่คงรูปร่าง เพราะไม่มีกระดูกอ่อนหรือมีน้อย	มีกระดูกอ่อนเพิ่มมากขึ้น	มีรูปร่างคงตัวชัดเจน มีกระดูกอ่อนสมบูรณ์
ลักษณะของอวัยวะเพศ (พบได้ชัดเจนในทารกเพศชายมากกว่าเพศหญิง)	<ul style="list-style-type: none"> • ทารกเพศชายมีถุงอัณฑะเล็ก อัณฑะยังไม่ลงมาในถุง • ทารกเพศหญิงแคมใหญ่ยังไม่ปิด 	<ul style="list-style-type: none"> • ทารกเพศชายมีถุงอัณฑะใหญ่ขึ้น อัณฑะลงมาเป็นบางส่วน • ทารกเพศหญิงแคมใหญ่ปิดแต่ไม่สนิท 	<ul style="list-style-type: none"> • ทารกเพศชายอัณฑะลงมาในถุงเรียบร้อย ถุงอัณฑะมีรอยย่น • ทารกเพศหญิงแคมใหญ่ปิดสนิท

ค. การชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิด (birth weight) ก่อนชั่งน้ำหนักต้องปรับสมดุลของเครื่องชั่งน้ำหนักเสียก่อน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของน้ำหนัก หลังจากนั้นจึงชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยถอดเสื้อผ้า ทารกคลอดครบกำหนดจะมีน้ำหนักอยู่ในช่วง 2500 – 4000 กรัม ถ้าทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม ถือว่าเป็นทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight baby) แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด (premature infant) คือทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาน้อยกว่า 37 สัปดาห์ กับทารกที่อยู่ในครรภ์ครบกำหนดแต่มีการเจริญเติบโตช้าขณะอยู่ในครรภ์มารดา ทำให้ทารกมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่อยู่ในครรภ์มารดานานเท่ากัน ทารกในกลุ่มที่สองนี้จะเรียกว่า Small gestational age [SGA] ส่วนทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4000 กรัม เรียกว่า Oversize baby นั้นส่วนใหญ่พบในทารกแรกเกิดที่มารดาเป็นโรคเบาหวาน

II. การประเมินอวัยวะต่างๆ ของร่างกายทารกแรกเกิด

1. การตรวจผิวหนัง พยาบาลควรตรวจทารกให้ทั่วทั้งตัว ในขณะที่ตรวจต้องดูและคลำไปพร้อมๆ กัน รวมทั้งสังเกตสีผิว ความชุ่มชื้น ความละเอียด (texture) ความยืดหยุ่น (turgor) การบวม

ผื่น ตำหนิ และบาดแผล ผิวหนังปกติควรมีสีส้มอำเสมอกัน ความเข้มข้นของสีผิวขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและพันธุกรรม สีผิวที่เปลี่ยนไปอาจแสดงถึงความผิดปกติของระบบอื่นๆได้ โดยปกติสีผิวของทารกแรกเกิดที่คลอดครบกำหนดจะเป็นสีชมพู ผิวหนังเรียบ อ่อนนุ่ม มีความยืดหยุ่นดี มีขนอ่อน (lanugo) อยู่บริเวณหลัง แขน ขา และ หน้าผากเล็กน้อย ผิวหนังจะปกคลุมด้วยไข (vernix caseosa) โดยเคลือบอยู่ตามซอกคอ แขนและขา ส่วนทารกที่คลอดก่อนกำหนดสีผิวจะเป็นสีชมพู บางใส มองเห็นเส้นเลือดค่อนข้างชัดเจน มีขนอ่อนมากเต็มตัว มีมากที่สุดเมื่ออายุครรภ์ 32-33 สัปดาห์ ให้สังเกตสิ่งนี้อาจพบได้ในทารกแรกเกิดดังนี้

1.1 ปลายมือปลายเท้าเขียว (peripheral cyanosis or acrocyanosis) เป็นภาวะที่มีอาการเขียวบริเวณปลายมือและเท้า ถือว่าเป็นภาวะปกติที่พบได้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด แต่ถ้าเกินกว่านี้ถือว่าเป็นความผิดปกติ เกิดจากการไหลเวียนเลือดบริเวณมือและเท้ายังไม่ดี หากพบภาวะนี้ให้ระลึกเสมอว่าทารกอาจอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เย็นไปและ / หรืออาจมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia)

1.2 ผิวหนังลายเหมือนร่างแห (cutis marmorata) ผิวหนังจะมีลวดลายเหมือนร่างแห เป็นจ้ำสีขาวซีดสลับกับสีคล้ำ ภาวะนี้เกิดจากการทำงานของศูนย์ควบคุมหลอดเลือด (Vasomotor center) ยังทำงานไม่สมบูรณ์ ขณะร่างกายสัมผัสอุณหภูมิภายนอกที่เย็นหรือร้อนเกินไป ทำให้หลอดเลือดฝอยบางส่วนขยายตัว บางส่วนหดตัว พบได้ในทารกแรกเกิดปกติ

1.3 Harlequin color change เป็นการ

เปลี่ยนแปลงสีผิวเมื่อทารกนอนตะแคง ครึ่งล่างอาจจะเป็นสีชมพู ส่วนครึ่งบนจะซีด เกิดจากการที่หลอดเลือดของร่างกายซีกหนึ่งมีการหดตัวในขณะที่อีกซีกหนึ่งมีการขยายตัว

1.4 จุดเลือดออก (petechia) อาจเกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำจากการติดเชื้อในครรภ์มารดา เช่น หัดเยอรมัน หรือจากการแตกของหลอดเลือดฝอยจากการบาดเจ็บจากการคลอด เป็นต้น

1.5 อาการบวม (edema) อาจพบบริเวณหน้าตา หลังมือ เท้า ถุงอัณฑะ หรือ Labia และบริเวณที่เป็นส่วนนำในการคลอด ถือว่าเป็นสิ่งปกติที่พบได้ ซึ่งสามารถหายได้เอง

1.6 ผิวหนังแห้งลอก (peeling of the skin) การมีผิวหนังลอกเมื่อคลอดออกมาทันทีพบในทารกครรภ์เกินกำหนดที่มีภาวะขาดสารอาหาร ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เนื่องจากสมรรถภาพการทำงานของรกเสื่อมลงหรือมีการติดเชื้อ เช่น ซิฟิลิส นอกจากนี้ควรสังเกตตำแหน่งของสิ่งผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับทารกด้วย ได้แก่

(1) มิเลีย (milia) เป็นการอุดตันของต่อมไขมัน (sebaceous gland) จะเห็นเป็นจุดนูนเล็กๆสีขาว พบที่แก้ม จมูก คาง และหน้าผาก พบได้ร้อยละ 40 ของทารกครบกำหนด สามารถหายได้เองเมื่ออายุ 2-3 สัปดาห์

(2) ผื่น (erythema toxicum) มีลักษณะเป็นผื่นแดง ตรงกลางมีตุ่มนูนขนาดเท่าหัวเข็มหมุด มีสีนวลหรือซีด บางครั้งอาจเป็นตุ่มน้ำ (Vesicle) พบได้ตามผิวหนังทั่วไปโดยเฉพาะตามลำตัว ยกเว้นฝ่ามือ ฝ่าเท้า พบได้ทันทีหลังคลอด หายได้เองใน 2-3 ชั่วโมง

(3) ปานเขียว (mongolian spot) ผิวหนังจะเป็นสีน้ำเงินปนเทา มีขนาดต่างๆกัน ขอบเขตไม่ชัดเจน พบบริเวณก้นกบ ก้น หลังส่วนเอว (Lumbar) และอาจพบได้ที่หลังส่วนบน หัวไหล่ แขนและขา เกิดจากการมีเซลล์เมลานินแทรกอยู่ในชั้นผิวหนังมาก มักจะจางหายไปก่อนพ้นวัยทารก

(4) ปานแดง (hemangioma) เกิดจากการงอกขยายของกลุ่มเส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนัง มักพบบริเวณท้ายทอย หน้าผาก ริมฝีปากบน ซึ่งปานแดงบริเวณหน้าผากจะหายเมื่อทารกมีอายุ 1 ปี ส่วนปานที่หน้าผากและท้ายทอยจะปรากฏนานกว่า 1 ปี และอาจคงอยู่ให้เห็นได้ในทารกโต หากเป็นรอยแดงจาง เรียกว่า Stork mark หากปานแดงมีลักษณะตะปุ่มตะป่ำคล้ายลูกสตรอเบอร์รี่ เรียกว่า Strawberry type หายได้เองภายใน 10 ปี

2. การตรวจศีรษะ อวัยวะบนใบหน้าและคอ

อวัยวะต่างๆที่ควรตรวจ คือ ศีรษะ ใบหน้า ตา หู จมูก ช่องปากและลักษณะภายนอกของคอ ซึ่งมีรายละเอียดของการตรวจแต่ละอวัยวะดังนี้

2.1 การตรวจศีรษะ

การตรวจศีรษะประกอบด้วย การตรวจกะโหลกศีรษะและหนังศีรษะโดยการสังเกตดูขนาด รูปร่าง ความสมมาตร ก้อนโน บาดแผล และการคลำส่วนต่างๆของศีรษะ มีรายละเอียดดังนี้ คือ

(1) ผม ตรวจโดยการสังเกตดูสีและการกระจายของผมและคลำดูความนุ่มละเอียดของเส้นผม โดยปกติผมจะมีการกระจายทั่วศีรษะเท่ากัน ส่วนสีผมและความนุ่มละเอียดขึ้นอยู่กับ

พันธุกรรม

(2) หนังศีรษะ ตรวจโดยการดูบาดแผลก่อนบวมโน และคลำหนังศีรษะ โดยปกติเมื่อคลำหนังศีรษะจะรู้สึกนุ่ม มีความชุ่มชื้นและยืดหยุ่นดี สิ่งนี้อาจตรวจพบได้แก่ Caput succedaneum เป็นก้อนบวมน้ำ เกิดขึ้นใต้หนังศีรษะ ขอบเขตไม่ชัดเจน อาจข้ามรอยต่อของกะโหลกศีรษะ (suture) กดปุ่มเป็นรอย ก้อนโนนี้มักจะเล็กลงและหายไปภายใน 2-3 วัน ไม่จำเป็นต้องรักษา พบได้ในรายที่ถุงน้ำทันทิวแตกก่อนปากมดลูกเปิดหมด ระยะเบ่งยาวนาน มารดาเบ่งก่อนเวลา และอาจพบได้ในรายที่ทำคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ก้อนบวมนี้ต่างจาก Cephalhematoma ซึ่งจะมีลักษณะเป็นก้อนที่มีขอบเขตชัดเจน และไม่ข้ามรอยต่อกะโหลกศีรษะ หายไปภายใน 2-3 สัปดาห์

(3) กระดุกกะโหลกศีรษะ กระดุกกะโหลกศีรษะประกอบด้วยกระดุกจำนวน 7 ชิ้น ได้แก่

- กระดุก frontal จำนวน 2 ชิ้น
 - กระดุก parietal จำนวน 2 ชิ้น
 - กระดุก temporal จำนวน 2 ชิ้น
 - กระดุก occipital จำนวน 1 ชิ้น
- กระดุกทั้งหมดนี้เชื่อมติดกันด้วยเนื้อเยื่อต่างๆ เรียกว่า suture มี 4 แห่ง ได้แก่

- frontal suture เป็นรอยต่อระหว่างกระดุก frontal ทั้งสองข้าง
- coronal suture เป็นรอยต่อระหว่างกระดุก frontal กับกระดุก parietal
- sagittal suture เป็นรอย

ต่อระหว่างกระดูก parietal ทั้งสองข้าง

- lambdoidal suture เป็นรอย

ต่อระหว่างกระดูก parietal กับกระดูก occipital

เมื่อคลำดูจะพบว่ากะโหลกศีรษะมีลักษณะแข็งเรียบ มีขนาดและรูปร่างเหมือนกันทั้งซ้ายและขวา และรอยต่อต่างๆจะต้องมีความกว้างไม่เกิน 1 เซนติเมตร ถ้าตรวจพบความกว้างต่ำกว่า 1 เซนติเมตรอาจพบปัญหาความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ศีรษะบวม (hydrocephalus) และบางครั้งอาจพบว่าการเกาะกันของกระดูกกะโหลกศีรษะเรียกว่า Molding ทำให้รูปร่างของศีรษะดูไม่สมมาตรกัน ซึ่งพบได้ในทารกที่คลอดโดยใช้ศีรษะเป็นส่วนนำ เกิดจากการปรับสภาพให้ขนาดศีรษะของทารกเล็กลงสามารถผ่านหนทางคลอดออกมาทางช่องคลอดได้ สามารถหายได้เองภายใน 2-3 วันหลังคลอด

(4). ขม่อม (fontanels) เป็นช่องว่างที่เกิดระหว่างรอยต่อของ parietal bone กับ occipital bone และ frontal bones มี 2 ขม่อม คือ ขม่อมหน้า (anterior fontanel) และขม่อมหลัง (posterior fontanel)

4.1 ขม่อมหน้า (anterior fontanel) จะคลำได้รูปสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูน มีขนาดยาว 3-4 เซนติเมตร และกว้าง 2-3 เซนติเมตร อยู่ตรงรอยต่อของ frontal bones และ parietal bones ขม่อมหน้าจะปิดเมื่อทารกอายุประมาณ 1 1/2 - 2 ปี

4.2 ขม่อมหลัง (posterior fontanel) จะคลำได้รูปสามเหลี่ยมขนาดเล็กประมาณ 1 เซนติเมตร ขม่อมหลังอยู่ตรงรอยต่อของ parietal bones และ occipital bone ขม่อมหลังจะปิดเมื่อทารกอายุ

ประมาณ 1 1/2 - 2 เดือน

2.2 การตรวจใบหน้า

ควรสังเกตดูความสมมาตรของใบหน้า และอวัยวะบนใบหน้าทั้งซ้ายและขวา และการเคลื่อนไหวบนใบหน้าขณะปกติและขณะร้องไห้ ลักษณะใบหน้าปกติควรมีรูปร่างและขนาดเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีการบิดเบี้ยว แนวผมอยู่ในระดับปกติ ตาทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน มีขนตาและขนคิ้ว รุงมุกเท่ากัน แก้มอ้ม ริมฝีปากเท่ากันทั้งสองข้าง คางเล็ก ไม่มีการกระดูกหรือติ่งรังของกล้ามเนื้อบนใบหน้า มีการเคลื่อนไหวเท่ากันทั้ง 2 ข้างทั้งในขณะปกติและขณะร้องไห้ ขณะทารกร้องไห้ อาจพบว่าใบหน้าทั้งสองข้างไม่เท่ากัน เช่น ปากเบี้ยว อาจเกิดจาก facial nerve ได้รับอันตรายทำให้เป็นอัมพาต เรียกว่า Facial nerve palsy ลักษณะเช่นนี้อาจพบได้ในรายที่คลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด (forceps extraction) ซึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติ

2.3 การตรวจตา

ทารกแรกเกิดมักจะไม่วางสายตาสีเทาและถ้าผู้ประเมินพยายามแหวกตา ทารกจะยิ่งหลับตา ซึ่งการบังแสงสว่างให้น้อยลงจะช่วยให้ทารกลืมตาได้เองช่วยให้การตรวจง่ายขึ้น สิ่งที่ควรสังเกตดูได้แก่ เปลือกตา (eye lids) เยื่อตาขาว (conjunctiva) ตาขาว (sclera) กระจกตา (cornea) ตาของทารกควรอยู่ในระดับเดียวกันทั้งสองข้าง ไม่ห่างหรือชิดกันจนเกินไป หนังตาไม่ตก อาจพบว่ามีอาการบวมซึ่งสามารถหายได้เอง ลูกตามีลักษณะกลม ขณะเคลื่อนไหวอาจพบว่ามีอาการกระดูกได้ และอาจพบว่ามิดตาเหล่เนื่องจากกล้ามเนื้อตาของทารกยังไม่แข็งแรง ถือว่าเป็นสิ่งปกติ เยื่อตาจะเป็นสีชมพู แต่

ถ้าเยื่อตาเป็นสีเหลือง พบได้ในทารกที่มีบิลิรูบินในเลือดสูง และบางครั้งอาจพบว่าเยื่อตาเป็นสีแดง เกิดได้จากการระคายเคืองในทารกที่หยอดตาด้วย Silver nitrate เรียกว่า Chemical conjunctivitis สามารถหายได้เองใน 1-2 วัน ตาขาวจะมีลักษณะเรียบและเป็นสีขาวทึบ อาจพบว่ามีจุดสีแดงบริเวณตาขาว ซึ่งเป็นภาวะที่มีเลือดออกใต้เยื่อตา เรียกว่า Subconjunctival hemorrhage เกิดจากเส้นเลือดฝอยแตก มักจะหายได้เอง แก้วตาและกระจกตาควรจะใส ไม่มีลักษณะขุ่นทึบซึ่งเป็นลักษณะของต้อกระจก (cataract) เป็นความผิดปกติที่ต้องรักษาต่อไป พบได้ในทารกบางรายที่มารดาติดเชื้อ หัดเยอรมัน หรือซิฟิลิส

2.4 การตรวจจมูก

ควรสังเกตลักษณะจมูก ความสมมาตร จมูกและผนังกันจมูก (septum) ลักษณะภายนอกของจมูกอาจแบนได้เนื่องจากการคลอด จมูกจะมีขนาดเล็กและแคบ อยู่ในแนว midline มีรูจมูกทั้งสองข้าง และไม่มีการตีบตัน ผนังกันจมูกควรอยู่ในแนว Midline ไม่บิดเบี้ยว ถ้ามีการตีบหรือตันของรูจมูกจะส่งผลให้เกิด Respiratory distress ได้เพราะทารกแรกเกิดจะหายใจได้ทางจมูกเท่านั้น ไม่สามารถหายใจทางปากได้ การตีบตันของรูจมูกสามารถประเมินได้โดยปิดปากและรูจมูกที่ละข้าง แล้วสังเกตว่าทารกสามารถหายใจผ่านทางรูจมูกที่ไม่ได้ปิดได้หรือไม่ และควรสังเกตด้วยว่าขณะหายใจมีปีกจมูกบานหรือไม่ ซึ่งเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของภาวะหายใจลำบาก

2.5 การตรวจปาก

อวัยวะที่ควรดูตั้งแต่ภายนอกเข้าไป คือ ริมฝีปาก เยื่อปาก เหงือก เพดานปาก และลิ้นไก่ ซึ่งควรมีลักษณะดังนี้คือ ริมฝีปากเป็นสีชมพูเรียบ ชุ่มชื้น เชื่อมติดกันตรงกลางและอยู่ในแนว Midline มีขนาดเท่ากันทั้งซ้ายและขวา มุมปากอยู่ระดับเดียวกันทั้ง 2 ข้าง แม้ในขณะที่เคลื่อนไหว เยื่อปากจะเรียบและเป็นสีชมพู เพดานปากเป็นรูปโค้ง เรียบและเชื่อมติดกัน ลิ้นไก่อยู่ในแนว Midline สิ่งนี้อาจตรวจพบในทารกแรกเกิด คือ

(1) ปากเบี้ยว อาจเกิดจากการอัมพาตของ facial nerve จากแรงกดของคีมในรายที่ช่วยคลอดด้วย Forceps Extraction

(2) ปากแหว่งหรือเพดานโหว่ (cleft lip or cleft palate) เป็นความผิดปกติ อาจก่อให้เกิดปัญหาในการดูดนม หรือเกิดอาการหูอักเสบได้ควรได้รับการแก้ไขโดยการผ่าตัด

(2) Epithelial pearl Epstein's pearls มีลักษณะเป็นจุดกลม สีขาวนวล ขนาดเท่าหัวเข็มหมุด อาจพบจุดเดี่ยวหรือหลายจุดที่บริเวณเหงือกหรือเพดานปาก สามารถหายได้เองภายใน 2-3 สัปดาห์โดยไม่ต้องรักษา

(4) ฟันเกิน (precocious teeth) อาจพบว่าทารกมีฟันโผล่ออกมาที่เหงือกด้านล่าง ฟันมักจะโยกและอาจหลุดลงคอหรือสำลักเข้าปอดได้ ควรได้รับการถอนออก

(5) ลิ้นติด (tongue-tied) เกิดจากเยื่อรั้งลิ้น (frenulum) สั้นและติดค่อนไปทางด้านปลายลิ้น ทำให้ลิ้นถูกรั้งไว้ อาจรบกวนการดูดนมและการหัดพูดเมื่อโตขึ้น

2.6 การตรวจหู

ควรสังเกตลักษณะและตำแหน่งของใบหู ซึ่งลักษณะใบหูของทารกคลอดครบกำหนดควรจะมีรูปร่างที่สมบูรณ์ มีรูปทรงดี เมื่อทดสอบโดยการพับใบหูแล้วปล่อยใบหูจะกลับคืนสู่สภาพเดิมทันที สำหรับตำแหน่งของใบหูนั้น ขอบบนของใบหูควรอยู่ในระดับเดียวกับหางตา ถ้าอยู่ต่ำกว่าปกติ (Low-set ears) มักมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของโครโมโซม (preauricular sinus)

2.7 การตรวจคอ

ลักษณะคอของทารกแรกเกิดจะค่อนข้างสั้น มีความสมมาตร ตั้งอยู่ในแนว Midline กล้ามเนื้อคอตึงไม่แข็งแรง ไม่มีปีก (web) ที่คอทั้ง 2 ข้าง ซึ่งถ้าพบมีปีกแผ่ติดไปยังไหล่ให้คำนึงถึง Turner's Syndrome

2.8 การตรวจทรวงอก ปอดและหัวใจ

เป็นการตรวจดูลักษณะทั่วไปของทรวงอก การทำงานของปอดและหัวใจ มีสิ่งที่ควรสังเกตได้แก่ รูปร่างของทรวงอก ลักษณะเต้านม การเคลื่อนไหวของทรวงอก ลักษณะทรวงอกของทารกแรกเกิดจะมีลักษณะค่อนข้างกลม กระดูกซี่โครงจะโค้ง มีความสมมาตรกันทั้งซ้ายและขวา ทรวงอกไม่บวม ไม่โป่งหรือแบนราบข้างใดข้างหนึ่ง เต้านมอาจมีการคัดตึงได้เป็นผลจากฮอร์โมนของมารดา ทารกครบกำหนดจะมีลานนมขนาดประมาณ 7 มิลลิเมตร และควรสังเกตว่ามีหัวนมมากกว่าปกติ (supernumerary nipple) หรือไม่ ขณะหายใจทรวงอกจะมีการขยับขึ้นลงสัมพันธ์กับการหายใจ และขณะหายใจเข้าทรวงอกจะขยายออกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจ หายใจ

ไม่มีเสียงดัง เมื่อฟังปอดเสียงหายใจไม่ควรมีเสียงแทรก เมื่อสังเกตดูบริเวณทรวงอกด้านหน้า บริเวณตำแหน่งของหัวใจอาจพบว่ามี การเคลื่อนไหวเล็กน้อยตามจังหวะการเต้นของหัวใจได้ อัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจประเมินโดยการฟังบริเวณ midclavicular line ที่ intercostal space ที่ 3 หรือ 4 ทางด้านซ้าย อัตราการเต้นของหัวใจทารกแรกเกิดจะอยู่ในช่วง 120-160 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ และอาจฟังได้ยินเสียง murmur ได้ในทารกปกติ

สิ่งที่ผิดปกติที่อาจตรวจพบในการฟังเสียงหัวใจ ได้แก่

- อัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่าปกติ (bradycardia) : HR < 100 ครั้ง/นาที
- อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ (tachycardia) : HR > 160 ครั้ง/นาที
- จังหวะการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ (irregular)

2.9 การตรวจหน้าท้อง

การตรวจหน้าท้องจะใช้เทคนิคการตรวจทั้ง 4 คือการดู ฟัง เคาะและคลำ การคลำควรทำเป็นลำดับสุดท้าย เพราะถ้าคลำก่อนจะมีผลต่อการเคลื่อนไหว อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม เช่น ฟังเสียงที่หน้าท้องหลังจากฟังปอดและหัวใจทันที ในการตรวจหน้าท้องควรสังเกตลักษณะของหน้าท้อง การเคลื่อนไหวและลักษณะของสะดือ โดยปกติหน้าท้องของทารกจะค่อนข้างกลมและนูนเล็กน้อย มีความสมมาตร มีการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับการหายใจ และในบางครั้งขณะที่ทารกร้องอาจพบว่ามียอโยป่องนูนเป็นแนวยาวที่หน้าท้อง เกิดจากการแยกของ Rectus muscle ท่างกันประมาณ

1 เซนติเมตร เรียกว่า Diastasis recti สามารถหายไปได้เอง สายสะดือจะต้องมีเส้นเลือด 3 เส้น คือ Vein 1 เส้น และ Artery 2 เส้น และไม่มีเลือดออกเมื่อฟัง Bowel sound จะได้ยินหลังคลอด 1 ชั่วโมง ทุก 10-30 วินาที และเมื่อเคาะท้อง อาจพบว่ามีลมอยู่ในกระเพาะและลำไส้จากการที่ทารกกลืนลมเข้าไปขณะดูดนมและร้องไห้

การคลำท้องมี 2 วิธี คือ

9.1 การคลำตื้น เป็นการคลำครั้งแรกโดยการคลำทั่วไป คลำเบาๆจากซ้ายไปขวา หรือจากขวามาซ้าย เพื่อดูความนุ่ม

9.2 การคลำลึก เป็นการคลำหาตำแหน่งของอวัยวะในช่องท้องเพื่อดูรูปร่าง ขอบเขต ความแข็ง การเคลื่อนไหว การเต้น เมื่อคลำหน้าท้องทารกจะพบว่ามีลักษณะค่อนข้างนุ่ม ถ้ารู้สึกตึงๆทารกอาจมีอาการท้องอืด นอกจากนี้อาจคลำพบตับได้บริเวณต่ำกว่าชายโครงขวา แต่ไม่เกิน 2 เซนติเมตร

2.10 การตรวจอวัยวะเพศและทวารหนัก

(1) การตรวจอวัยวะเพศ จะใช้วิธีการดูและคลำ ซึ่งลักษณะปกติที่ควรทราบและวิธีการตรวจมีดังนี้

ก. การตรวจอวัยวะเพศชาย สิ่งที่ต้องตรวจดูได้แก่ องคชาติและลูกอัณฑะ องคชาติควรสังเกตขนาด เยื่อหุ้ม (fore skin) และรูเปิดของท่อปัสสาวะ (urethral meatus) ลักษณะขององคชาติปกติหนังหุ้มปลายจะปิดคลุมถึงปลายสุดขององคชาติและมักรัดหนังหุ้มขึ้นไม่ได้ ถ้าพบว่าหนังหุ้มปลายไม่เปิด (phimosis) ควรได้รับการแก้ไข รูเปิดท่อปัสสาวะปกติจะเปิดตรงปลายสุดขององคชาติ ถ้าพบว่าเปิดใต้องคชาติ (hypospadias) หรือเปิดด้านบน

ขององคชาติ (epispadias) ถือว่าเป็นความผิดปกติที่ต้องการการผ่าตัดแก้ไข ลูกอัณฑะ (Testis) จะมีลักษณะกลมรีเหมือนไข่ ค่อนข้างนุ่ม ในทารกครบกำหนดลูกอัณฑะจะมีลักษณะย่น มีสีคล้ำกว่าผิวหนังทั่วไปของร่างกาย และลูกอัณฑะจะลงมาอยู่ในถุงอัณฑะครบทั้งสองข้างแล้ว บางครั้งอาจพบว่าลูกอัณฑะมีลักษณะบวมเป็นถุงน้ำตึงเรียกว่า Hydrocele

ข. การตรวจอวัยวะเพศหญิงควร

สังเกตดูลักษณะของ Labia majora, Labia minora, Clitoris รูเปิดท่อปัสสาวะ ช่องคลอดและdischarge ในทารกที่ครบกำหนด Labia majora จะคลุม Labia minora และอยู่ชิดกับ Clitoris ส่วน Labia majora จะมีสีคล้ำ บริเวณช่องคลอดอาจพบว่ามีชิ้นเนื้อเล็กๆ ยื่นออกมาเรียกว่า Hymen tag และอาจพบว่ามี Pseudomenstruation มีลักษณะเป็นเมือกข้น สีเทานวลคล้ายตกขาว หรือมีเลือดออกคล้ายประจำเดือน เกิดจากระดับ Estrogen และ Progesterone จากมารดาลดลง

(2) การตรวจทางทวารหนักควร

ตรวจดูว่ามีรูทวารหนักหรือไม่มีรูทวารหนัก (imperforated anus) การที่ทารกถ่ายขี้เทาออกมาแล้วแสดงว่ามีรูทวารหนัก ถ้าพบว่าภายใน 24 ชั่วโมงยังไม่ถ่ายขี้เทา ต้องทำการตรวจโดยใช้สายยางเล็กๆ หล่อลื่นด้วยวาสลีนใส่เข้าไป ถ้าพบว่าไม่มีรูทวารหนักต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขอย่างเร่งด่วน

2.11 การตรวจแขนและขา

สิ่งที่ต้องตรวจดู คือความยาวของแขนและขาจะต้องเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เมื่อจับเหยียดออกขนาดเท่ากัน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดี มีการเคลื่อนไหวได้ดีทั้งสองข้าง มีนิ้วมือและนิ้วเท้า

ครบ เล็บอาจยาวเลยปลายนิ้วเล็กน้อย อาจพบว่า หน้าแข้งของทารกมีลักษณะโค้งเล็กน้อยและมีเท้าแป้นได้บ้างเกิดจากท่านอนในโพรงมดลูก ความผิดปกติที่อาจตรวจพบได้คือ

(1) Duchene - Erb paralysis ($C_5 - C_6$ Injury) แขนจะอยู่ในลักษณะ Tight adduction และมี internal rotation ที่ไหล่ เมื่อตรวจ grasp reflex อาจจะมีอยู่ แต่เมื่อตรวจ Moro's reflex ไม่พบเป็นตัวบ่งชี้ว่ามี CNS Injury กระดูกหักหรืออาจเกิด Brachial nerve injury

(2) Polydactyly เป็นภาวะนิ้วมือ นิ้วเท้า มีจำนวนมากกว่าปกติ

(3) Syndactyly เป็นภาวะนิ้วมือ นิ้วเท้า มีการติดกันบางนิ้วหรือทุกนิ้ว

(4) Club foot (เท้าปุก) ลักษณะของเท้าจะมีการบิด 1 หรือ 2 ข้าง ซึ่งอาจบิดเข้าด้านในหรือ บิดออกนอก

(5) Congenital dislocated hip เป็นการเคลื่อนของข้อสะโพกของทารกแต่กำเนิด สามารถประเมินได้โดยจับทารกนอนหงาย จับเข่าชันขึ้นแล้ว จึงค่อยๆ กดลงให้สัมผัสกับที่นอน (90 องศา) ถ้ามีการเคลื่อนของข้อสะโพกจะไม่สามารถกดลงได้ อาจ

กดได้เพียง 45 องศาเท่านั้น และเมื่อจับทารกนอนคว่ำจะสังเกตเห็นว่า Gluteal fold ทั้งสองข้างไม่เท่ากัน

2.12 การตรวจหลัง

โดยการดูและการคลำ เพื่อดูว่าแนวกระดูกสันหลังตรงหรือไม่ หลังข้างซ้ายและขวาสมมาตรหรือไม่ และสังเกตว่ามีรูเปิดหรือก้อนโป่งยื่นออกมาที่ส่วนใดของแนวกระดูกสันหลังหรือไม่ โดยเฉพาะบริเวณก้นกบ ในทารกแรกเกิดกระดูกสันหลังควรมีลักษณะเรียบตรง และไม่มีรูเปิดหรือก้อนโป่งยื่นออกมา

สรุป

ในการประเมินสภาพร่างกายทารกแรกเกิดนั้นจะเห็นได้ว่า พยาบาลผู้ตรวจจะต้องสามารถแยกแยะลักษณะที่ปกติและผิดปกติของร่างกายทารกให้ได้ ซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้และทักษะต่างๆ ในการตรวจ จึงจะสามารถทำการประเมินได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทารกจึงจะได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมทันทีหลังคลอด และสามารถอธิบายให้มารดาเข้าใจถึงลักษณะบางอย่างที่เกิดขึ้นได้ในทารกที่ไม่ใช่ความผิดปกติ เพื่อลดความวิตกกังวลแก่มารดาได้อีกด้วย

บรรณานุกรม

- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2536). การดูแลระบบการหายใจในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว
การพิมพ์.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2541). ภาวะปรกติในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : ไวเอท-เอเยอร์สท์.
- ประพุก ศิริบุญ และคณะ(บรรณาธิการ). (2536) ทารกแรกเกิด . พิมพ์ครั้งที่2, โครงการตำราศิริราช
โรงพยาบาลเรือนแก้ว กรุงเทพฯ.
- วราวุธ สุมาวงศ์. (2515), คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด , พิมพ์ครั้งที่5, ภาควิชาสูติศาสตร์-
นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี วราวิทย์ และ คณะ (บรรณาธิการ). (2540). ตำรากุมารเวชศาสตร์, เล่มที่2, พิมพ์ครั้งที่2,
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, โรงพิมพ์โกลด์สตาร์ พลัสซึ่ง
จำกัด, กรุงเทพฯ.
- Ledewig, P.W.; London, M.L. and Olds, S.B. (1994). *Maternal-Newborn Nursing*. (3rd.ed.)
California : Addison-Wesley Nursing.
- Lowdermilk, D.L.; Perry, S.E. and Bobak, I.M. (1999). *Maternity Nursing*_(5th.ed.). St.Louis :
Mosby.
- Myles, Margaret F.(1971). *A Textbook for Midwives*, 7th ed., Longman Group Limit, Great Britain.
- Shapiro, P.J. (1995). *Basic Maternal Pediatric Nursing*_USA : Delmar Publisher.
- Simpson, K.R. and Creena, P.A. (1996). *AWHONN's Perinatal Nursing*. Philadelphia : Lippincott-
Raven Publishers.
- Varney, H. (1987). *Nursing-Midwifery*. (2nd.ed.). Boston : Jones and Bartlett Publishers.