



ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ การคลอด ปังจัยเสี่ยง และผลของการดูแล ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นที่เข้ารับบริการ ในหน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

นิตยา ปานเพชร^{1*}, ลัดดาภรณ์ ชินทอง^{1*}, เกียรติศักดิ์ คงวัฒนกุล^{2*}

¹ หน่วยห้องคลอด งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Pregnant Outcomes, Pregnancy Delivery, Risk Factors and Nursing Care in Pregnant Women with Placenta Accreta Spectrum in the Delivery Room Unit, Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province, Thailand

Nittaya Panphet^{1*}, Laddaporn Chintong^{1*}, Kiattisak Kongwattanakul^{2*}

¹ Labor room, Obstetrics and Gynecological Nursing Department, Srinagarind Hospital,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

² Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 2 April 2024 / Review: 12 April 2024 / Revised: 8 June 2024 / Accepted:
8 June 2024

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ภาวะรกเกาะแน่นเป็นความเสี่ยงสูงต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ การคลอด ปังจัยเสี่ยง และการดูแลทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่น

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบรายงานการทำคลอด และระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 ใช้แบบเก็บข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด 3) ผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอด และ 4) ผลลัพธ์การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่เชิงปริมาณ และร้อยละ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 36 ราย ตรวจพบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด (ร้อยละ 97.23) ตรวจพบระหว่างการทำคลอดรก (ร้อยละ 2.77) อายุครรภ์ที่คลอดมากกว่า 34 สัปดาห์ (ร้อยละ 52.80) ผ่าตัดคลอดและตัดมดลูก (ร้อยละ 91.67) คลอดตามแผน (ร้อยละ 72.24) น้ำหนักทารกแรกเกิด 1,001-2,500 กรัม (ร้อยละ 75.68) ทารกแรกเกิดได้รับการช่วยชีวิต (ร้อยละ 68.86) ทารกย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (ร้อยละ 56.76) ปังจัยเสี่ยงของภาวะรกเกาะแน่น ได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอด การชุดมดลูก การแท้งบุตร มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมด้วย สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด

สรุป: สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นที่ตรวจพบก่อนคลอด วิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดและตัดมดลูก ส่วนใหญ่เป็นการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 1,001-2,500 กรัม ทารกแรกเกิดได้รับการช่วยชีวิต และย้ายสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ปังจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะรกเกาะแน่น ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอด การชุดมดลูก มีรกเกาะต่ำร่วมด้วย และผลลัพธ์การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

คำสำคัญ: รกเกาะแน่น, การผ่าตัดคลอดและตัดมดลูก, โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: Nittaya Panphet, E-mail: nitpan@kku.ac.th

Abstract

Background and Objectives: Placenta accreta spectrum (PAS) was a high risk to pregnant woman and infant. The purposes of this research were to study pregnancy outcomes, childbirth, risk factors and nursing care in pregnant women with placenta accreta spectrum.

Methods: This study was a retrospective descriptive study. Data were collected from medical records, birth reports, and information systems of Srinagarind Hospital during 2020-2022. The data collection was based on 4 parts: 1) general information, 2) pregnancy and birth history, 3) pregnancy and delivery outcomes, and 4) results of nursing activity practice. Data were analyzed by quantitative frequency distribution and percentage.

Results: A sample of 36 cases detected placenta accreta spectrum before birth (97.23%), detected during placental delivery (2.77%), gestational age at birth more than 34 weeks (52.80%), cesarean section and hysterectomy (91.67%), planned birth (72.24%), neonatal weight 1,001-2,500 grams (75.68%), neonatal resuscitation (68.86%), infants transferred to neonatal intensive care unit (56.76%). Risk factors include the number of pregnancies, cesarean section, curettage, miscarriage, and placental abruption. Pregnant women were cared according to the practice guidelines.

Conclusion: Pregnant women who were detected with PAS before birth underwent a cesarean section and hysterectomy. Most were premature births, neonatal resuscitation, infants transferred to neonatal intensive care unit. Risk factors include the number of pregnancies, cesarean section, curettage, miscarriage, and placental abruption. Pregnant women were cared according to the practice guidelines.

Keyword: placenta accreta spectrum, cesarean section with hysterectomy, Srinagarind Hospital

บทนำ

ภาวะรกเกาะแน่น (placenta accreta spectrum: PAS) เป็นภาวะที่รกฝังติดกับกล้ามเนื้อมดลูก โดยตรงปราศจากเดซิдуаบาสาลิส (decidua basalis) มารองรับทำให้รกติดแน่น เมื่อทำคลอดตรรกจะทำให้มีการฉีกขาดของกล้ามเนื้อมดลูกอย่างรุนแรง ลักษณะการฝังตัวของรกแบ่งได้เป็นสามชนิด ได้แก่ 1) รกเกาะแน่นฝังอยู่แค่ผิวของกล้ามเนื้อมดลูก (placenta accreta) 2) รกเกาะแน่นฝังตัวอยู่ในกล้ามเนื้อมดลูก (placenta increta) และ 3) รกเกาะแน่นที่ลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง (placenta percreta)¹⁻³ ซึ่งปัจจุบันกลุ่มภาวะรกเกาะแน่นมีแนวโน้มที่จะพบได้มากขึ้น ความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 0.01-1.1^{4,5} จากสถิติการรับบริการของหน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 พบความชุกของกลุ่มภาวะรกเกาะแน่น เท่ากับ 1:242, 1:105, และ 1:177 ของการตั้งครรภ์⁶ ตามลำดับ สำหรับอัตราเสียชีวิตในภาวะนี้พบเพียงร้อยละ 3 และมักจะต้องลงท้ายด้วยการทำผ่าตัดมดลูก (hysterectomy)⁷ ร้อยละ 85 ของภาวะรกเกาะแน่น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะรกเกาะแน่นเพิ่มขึ้น¹ สถิติที่เคยผ่าตัดคลอด 1 ครั้ง จะมีโอกาสเกิดภาวะรกเกาะแน่น ร้อยละ 0.3 แต่ถ้าเคยผ่าตัดคลอดมาแล้ว 5 ครั้ง หรือมากกว่าจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะรกเกาะแน่นเป็นร้อยละ 6.74 การตรวจวินิจฉัยโดยการทำอัลตราซาวนด์ และการตรวจ magnetic resonance imaging, MRI^{8,9} ส่วนภาวะแทรกซ้อนสำคัญและรุนแรงที่สุด ได้แก่ การตกเลือดก่อนคลอด ระหว่างหรือหลังคลอด ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ภาวะช็อค รุนแรงสุดคือเสียชีวิต^{10,11} และยังเพิ่มความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดร่วมกับตัดมดลูก การบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียงอื่น ๆ เช่น ลำไส้ หรือกระเพาะปัสสาวะ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ระบบทางเดินปัสสาวะในระหว่างการผ่าตัดคลอดที่มีภาวะรกเกาะแน่นผิดปกติร้อยละ 21.7 โดยพบว่าการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 11.7 ท่อไตร้อยละ 4.7 และกระเพาะปัสสาวะกับท่อไต ร้อยละ 5.3¹²

จากรายงานสถิติของหน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นเข้ารับบริการในช่วงปี พ.ศ. 2563-2566 มีจำนวน 7, 14, 7 และ 8 ราย¹³ ตามลำดับรวมเป็นจำนวน 36 ราย ภาวะรกเกาะแน่นเป็นกลุ่มโรคสำคัญที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนดูแลร่วมกัน (multidisciplinary team) ต้องมีทีมแพทย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านทางสูติกรรม และการช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด อายุครรภ์ที่เหมาะสมในการคลอดของสตรี

ตั้งครรภ์กลุ่มโรคนี้อยู่ระหว่าง 34-36 สัปดาห์¹² ในปี พ.ศ. 2557¹⁴ พบสตรีตั้งครรภ์มีภาวะ รกเกาะแน่นเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1 ราย

หน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รับผิดชอบดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไปทั้งในรายปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนความเสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาศูนย์การดูแลของพยาบาลห้องคลอดในการดูแล เช่น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะรกเกาะแน่น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันเลือดออกทางช่องคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ วัดสัญญาณชีพ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ให้คำแนะนำ เรื่อง การนับลูกดิ้น ยาและแผนการรักษาที่ได้รับ ความผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งให้ทราบ การเตรียมคลอด ช่วยส่งเครื่องมือผ่าตัดคลอด และช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดตามที่วางแผนร่วมกันไว้ เป็นต้น แต่ยังคงพบปัญหาการคลอดที่ไม่ได้เป็นไปตามที่วางแผนไว้ เช่น คลอดก่อนวันที่กำหนด คลอดนอกเวลาราชการ หรือมีภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องคลอดก่อนวันที่วางแผนไว้ หรือในบางรายตรวจวินิจฉัยไม่พบว่ามีภาวะรกเกาะแน่นมาก่อน ทำให้ไม่ได้วางแผนการคลอดตามแนวปฏิบัติที่กำหนด ภาวะรกเกาะแน่นหากไม่สามารถทำการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ระยะคลอด มักจะตามมาด้วยภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา เช่น ตกเลือดหลังคลอดปริมาณมาก ได้รับบาดเจ็บท่อไต บาดเจ็บกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น¹⁵ จะเห็นได้ว่าความผิดปกติที่เกิดจากภาวะรกเกาะแน่นจะมีทั้งที่ทราบและไม่ทราบมาก่อน พยาบาลในห้องคลอดจะต้องมีสมรรถนะและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในทุกกรณีทั้งในสภาวะปกติหรือฉุกเฉิน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหน่วยห้องคลอดจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในหน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นในช่วงปี พ.ศ. 2563-2566 เพื่อนำผลลัพธ์การดูแล ปัญหา อุปสรรคที่เกิดจากการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละรายไปพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหน่วยห้องคลอดและหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้กับทีมสหสาขาให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (หมายเลขโครงการ HE671172) โดยรวบรวมข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นจากเวชระเบียน แบบรายงานการทำคลอด (พ. 46) และระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะรกเกาะแน่น เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่หน่วยห้องคลอด ในช่วง 4 ปี (1 มกราคม 2563 - 31 ธันวาคม 2566) จำนวน 36 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย 2 ข้อ ดังนี้

1) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในครรภ์ก่อน ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การแท้งบุตร การชุดมดลูก การมีรกเกาะต่ำ รกเกาะแน่น รกลอกตัวก่อนกำหนด จำนวนครั้งของการผ่าตัดคลอด การผ่าตัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับมดลูก โรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อน ประวัติการได้รับบาดเจ็บภายนอก และการมีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด

2) ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน วิธีการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัยพบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด วิธีการตรวจวินิจฉัย การส่งต่อจากที่อื่น ประวัติการมีรกเกาะต่ำ รกเกาะแน่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ การตกเลือดก่อนและหลังคลอด

ส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การคลอดในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประกอบด้วย 2 ข้อดังนี้

1) ผลลัพธ์การคลอดด้านมารดา ได้แก่ วิธีการคลอด อายุครรภ์ที่คลอด ระยะเวลาในการผ่าตัด การบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียง การทำหัตถการ ureteric catheterization, uterine artery embolization การตกเลือดหลังคลอด การผ่าตัดซ้ำ ปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด ประวัติการได้รับเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด และการคลอดตามแผนที่วางไว้

2) ผลลัพธ์การคลอดด้านทารก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด Apgar score, newborn resuscitation และการย้ายทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 4 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ระยะรอคลอด ระยะเตรียมผ่าตัด ระยะผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัดคลอด

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนไปหาความตรงตามเนื้อหา (content validity index หรือ ค่า CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์ด้านวิจัย การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นและด้านปฏิบัติการพยาบาล คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของงานวิจัย ส่วนที่ 1, 2, 3 และ 4 ได้ค่า CVI ทั้ง 4 ส่วนเท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำผล

การพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิและข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน นำไปทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ท่าน ซักถามความเข้าใจจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน แล้วนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของแบบสอบถามส่วนที่ 1, 2, 3 และ 4 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95, .90, .96 และ .95 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ โดยใช้ โปรแกรม SPSS statistic version 26

ผลการศึกษา

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่น จำนวน 36 ราย พบว่าส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 35 ปี สถานภาพสมรสทั้งหมด การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อาชีพธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย มีสิทธิการรักษา ประกันสังคม / ประกันสุขภาพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ (n=36)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
<35	19 (52.78)
≥35	17 (47.22)
สถานภาพสมรส	
สมรส	36 (100.00)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	16 (44.44)
ปริญญาตรี	13 (36.11)
ปริญญาโท	7 (19.44)
อาชีพ	
แม่บ้าน	3 (8.33)
ข้าราชการ	6 (16.67)
พนักงานบริษัท	6 (16.67)
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	12 (33.33)
รับจ้างและอื่น ๆ	9 (25.00)
สิทธิการรักษา	
ประกันสังคม / บัตรประกันสุขภาพ	26 (72.22)
จ่ายตรง/เบิกต้นสังกัด	10 (27.78)

ประวัติการตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง ไม่เคยแท้งบุตร ไม่เคยขูดมดลูก เคยผ่าตัดคลอด ไม่เคยผ่าตัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับมดลูก ไม่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในครรภ์ก่อน (n=36)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (นับรวมการตั้งครรภ์ครั้งนี้และแท้งบุตร)	
ครรภ์ที่ 1	2 (5.56)
ครรภ์ที่ 2	14 (38.89)
≥ครรภ์ที่ 3	20 (55.56)
ประวัติการแท้งบุตร	
เคยแท้งบุตร	14 (38.89)
1 ครั้ง	10 (27.78)
2 ครั้ง	3 (8.33)
6 ครั้ง	1 (2.78)
ไม่เคย	22 (61.11)
ประวัติการขูดมดลูก	
เคย	8 (22.22)
ไม่เคย	28 (77.78)
ประวัติการผ่าตัดคลอดครรภ์ก่อน	
เคย	27 (75.00)
1 คน	20 (55.55)
2 คน	6 (16.67)
3 คน	1 (2.78)
ไม่เคย	9 (25.00)
ประวัติการผ่าตัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับมดลูก	
เคย (ผ่าตัด hysteroscopic endometrial polypectomy)	1 (2.78)
ไม่เคย	35 (97.22)
ประวัติการมีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนก่อนการตั้งครรภ์	
มี	
hyperthyroidism และ rheumatoid arthritis	1 (2.78)
hyperthyroidism	3 (8.33)
ไม่มี	32 (88.89)

ส่วนประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในครรภ์ปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์หลัง ตั้งครรภ์เอง ตรวจวินิจฉัยพบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด ตรวจวินิจฉัยโดยอัลตราซาวนด์ และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

มีประวัติรกเกาะแน่นอย่างเดียว รกเกาะต่ำร่วมกับรกเกาะแน่น รกเกาะแน่นชนิดฝังอยู่แค่ผิวของกล้ามเนื้อมดลูก (placenta accreta) ร่วมกับรกเกาะแน่นชนิดลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมกับการตั้งครรภ์ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในครรภ์ปัจจุบัน (n=36)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (นับรวมการตั้งครรภ์ครั้งนี้และแท้งบุตร)	
ครรภ์แรก	3 (8.33)
ครรภ์หลัง	33 (91.67)
วิธีการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	
ตั้งครรภ์เอง	33 (91.67)
การทำปฏิสันธิเทียมในหลอดแก้ว การฉีดอสุจิเข้าไปในไข่	3 (8.33)
การตรวจวินิจฉัยพบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด	
ตรวจพบ	35 (97.22)
ตรวจไม่พบ	1 (2.78)
วิธีการตรวจวินิจฉัย	
อัลตราซาวนด์	1 (2.77)
อัลตราซาวนด์และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า	35 (97.23)
ประวัติการมีรกเกาะต่ำ รกเกาะแน่น รกลอกตัวก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	
รกเกาะแน่นอย่างเดียว	
placenta increta	1 (2.77)
placenta percreta	2 (5.56)
placenta accreta	3 (8.33)
รกเกาะต่ำร่วมกับรกเกาะแน่น	
placenta previa totalis และ placenta increta	8 (22.22)
placenta previa totalis และ placenta percreta	13 (36.13)
placenta previa totalis และ placenta accreta	8 (22.22)
รกเกาะแน่นชนิดฝังแค่ผิวของกล้ามเนื้อมดลูกร่วมกับรกเกาะแน่นชนิดลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง	
placenta accrete และ placenta percreta	1 (2.77)
การรับส่งต่อจากที่อื่น (Refer)	
ใช่	
โรงพยาบาลสกนนคร	5 (13.89)
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	5 (13.89)
โรงพยาบาลอื่นๆ	16 (44.43)
ไม่ใช่	10 (27.79)
ภาวะแทรกซ้อนร่วมอื่น ๆ ในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	
มี	31 (86.11)
ไม่มี	5 (13.89)

สำหรับผลลัพธ์การคลอดในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน
ด้านมารดาพบว่า cesarean section ร่วมกับ hysterectomy
ร้อยละ 91.67 อายุครรภ์ที่คลอดตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป
ร้อยละ 52.78 ระยะเวลาการผ่าตัด มากกว่า 4 ชั่วโมงขึ้นไป
ร้อยละ 68.57 พบการบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียง ร้อยละ 11.11

ทำหัตถการ ureteric catheterization, uterine artery
embolization ร้อยละ 83.33 มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
ร้อยละ 41.67 (ตารางที่ 4)

ผลลัพธ์การคลอดด้านทารก พบว่า น้ำหนักทารกแรกเกิด 1,001-2,500 กรัม ร้อยละ 75.68 Apgar score 1 นาที มากกว่า 3 แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ร้อยละ 62.17 Apgar score 5 นาที 8-10 คะแนน ร้อยละ 51.35 newborn resuscitation ร้อยละ 64.86 ย้ายทารกไปหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (2ค/NICU) ร้อยละ 81.08 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การคลอดด้านมารดา และทารกในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (มารดา n=36, ทารก n= 37)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
ผลลัพธ์ด้านมารดาในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (n=36)	
1. วิธีการคลอด	
normal labor	1 (2.77)*
cesarean section	2 (5.56)
cesarean section with hysterectomy	33 (91.67)
2. อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)	
<34	17 (47.22)
≥34 ขึ้นไป	19 (52.78)
3. ระยะเวลาการผ่าตัด (ชั่วโมง) (n = 35)	
>2-4	11 (31.43)
>4	24 (68.57)
4. การบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียง	
มี	4 (11.11)
ไม่มี	32 (88.89)
5. การทำหัตถการ ureteric catheterization, uterine artery embolization	
ทำ	30 (83.33)
ไม่ทำ	6 (16.67)
6. การตกเลือดหลังคลอดครรภ์ปัจจุบัน	
มี	15 (41.67)
ไม่มี	21 (58.33)
7. ปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด (มิลลิลิตร)	
<500	3 (8.33)
500 - 1,000	19 (52.78)
1,001 - 2,000	9 (25.00)
>2,000	5 (13.89)
8. ประวัติการได้รับเลือดในครรภ์ปัจจุบัน	
มี	31 (86.11)
ไม่มี	5 (13.89)
9. ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด	
มี	1 (2.78)
ไม่มี	35 (97.22)

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การคลอดด้านมารดา และทารกในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (มารดา n=36, ทารก n= 37) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
10. คลอดตามการวางแผนไว้	
ใช่	26 (72.22)
ไม่ใช่	10 (27.78)
ผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (n=37 Twins 1 คู่)	
1. น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	
<1,000	2 (5.40)
1,001 - 2,500	28 (75.68)
>2,500 ขึ้นไป	7 (18.92)
2. Apgar score	
1 นาที (คะแนน)	
0-3	5 (13.51)**
>3 แต่ ≤7	23 (62.17)
8-10	9 (24.32)
5 นาที (คะแนน)	
0-3	2 (5.40)**
>3 แต่ ≤7	16 (43.25)
8-10	19 (51.35)
3. การช่วยชีวิตทารกแรกเกิด	
ได้	24 (64.86)***
ไม่ได้	13 (35.14)
4. การย้ายทารก	
ห่อผู้ป่วยทารกหลังคลอดปกติ (2ก /2ข)	6 (16.22)
ห่อผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (2ค/NICU)	30 (81.08)
เสียชีวิต (Abortion)	1 (2.70)***

หมายเหตุ

*normal labor ตรวจวินิจฉัยไม่พบมีภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด ตรวจพบภาวะรกเกาะแน่นขณะทำคลอดรก ได้ตัดมดลูก จำนวน 1 ราย

**Apgar score 1, 5 เท่ากับ 0 เนื่องจากอายุครรภ์ 21^{+2/7} สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 340 กรัม (abortion)

***newborn resuscitation ทำ positive-pressure ventilation (PPV) จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.40), positive-pressure ventilation with continuous positive airway pressure (PPV with CPAP) จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 59.46)

ผลของการดูแลทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่น

หน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่น ตามมาตรฐานการดูแลโดยมีแนวปฏิบัติที่ทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และพยาบาลหน่วยห้องคลอด งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (flow chart management for placenta accrete spectrum) เพื่อใช้เป็นแนวทางการ

ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ได้กำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละตำแหน่งจากการเก็บข้อมูลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่น จำนวน 36 ราย พบว่า ระยะเวลาคลอดปฏิบัติได้ ร้อยละ 100.00 ได้แก่ การชักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น วัดสัญญาณชีพ ประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ ประเมินภาวะเลือดออกทางช่องคลอด ซ้ำน้ำหนักรถตรวจปัสสาวะ รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้นอนพักสังเกตอาการ/หรือดูแลให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาและการปฏิบัติตัว อาการผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ กิจกรรมที่ปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.23 ได้แก่ การตรวจสภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง electrical fetal monitoring สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ placenta adherence early-warning signs ประชุมวางแผนการคลอดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยและครอบครัว (multidisciplinary team) จองเลือดสำรองไว้ตลอดเวลาที่มารดาอยู่ในห้องคลอดและตรวจสอบเลือดกับคลังเลือดทุกสัปดาห์

การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดคลอดเกี่ยวกับภาวะรกเกาะแน่น กิจกรรมที่ปฏิบัติได้ ร้อยละ 61.11 ได้แก่ การดูแลให้ได้รับยากระตุ้นปอดทารกในครรภ์ (dexamethasone ครบ 4 เข็มห่างกันทุก 12 ชั่วโมง)

กิจกรรมการพยาบาลในระยะเตรียมผ่าตัดคลอด ปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.23 ได้แก่ รายการตรวจสอบก่อนการผ่าตัดคลอด และรายการตรวจสอบแบบบันทึกข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (พ. 152) ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ตรวจสอบเลือด ความสมบูรณ์ของเอกสารแสดงความยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำหัตถการหรือการตรวจ/รักษา วิธีพิเศษ (H-RM-00) แพทย์ ผู้ป่วยและญาติลงนามยินยอม ครบถ้วน เตรียมสายสวนปัสสาวะ ถูกรองรับน้ำปัสสาวะ เตรียมอุปกรณ์และตรวจสอบความพร้อมใช้อุปกรณ์สำหรับมารดา และการช่วยชีวิตทารกแรกเกิด เตรียมยา เอกสารที่เกี่ยวข้อง โทนขบบริเวณหัวหน่าวที่จะลงมีดผ่าตัดคลอด ดูแลจิตวิทยาตามแผนการรักษา ส่งต่อข้อมูล ตรวจสอบเลือดกับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดและส่งไปพร้อมกับผู้ป่วย พยาบาลห้องคลอดไปห้องผ่าตัดใหญ่พร้อมผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัดคลอด พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดคลอด (scrub nurse) จนทารกคลอด จึงผลิตให้พยาบาลห้องผ่าตัดเข้าส่งเครื่องมือเพื่อตัดมดลูก ร้อยละ 97.23 ช่วยแพทย์ในการรับทารกแรกเกิด หรือ การช่วยชีวิตทารกแรกเกิดร้อยละ 100.00 จัดบันทึกรายงานการคลอดและบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100.00 ส่งต่ออาการมารดา ทารก ไปหผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100.00

วิจารณ์

จากกลุ่มตัวอย่างมารดา 36 ราย ส่วนใหญ่ตรวจพบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด ได้รับการผ่าตัดคลอดและตัดมดลูก และคลอดตามแผน ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ต้องช่วยชีวิตทารกแรกเกิด และย้ายไปหผู้ป่วยวิกฤตทารก

แรกเกิด (2C/NICU) สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะรกเกาะแน่นคือจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอด เคยหัตถการ มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมด้วย ในรายที่ตรวจไม่พบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอดมารดาทารกไม่ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด

ผลลัพธ์การคลอดด้านมารดา ส่วนใหญ่ตรวจวินิจฉัยพบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ประชุมและเตรียมทีม (multidisciplinary team care) วางแผนการคลอดโดยผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกที่ห้องผ่าตัดใหญ่ (cesarean section with hysterectomy) ในรายที่มีการผ่าตัดคลอดอย่างเดียวไม่ได้ตัดมดลูก (cesarean section) เนื่องจากสูติแพทย์สามารถทำคลอดครบแบบล้วงรกออกได้ และในรายที่คลอดปกติทางช่องคลอด เนื่องจากตรวจวินิจฉัยไม่พบรกเกาะแน่นก่อนคลอด ขณะทำคลอดกรพบว่ามีภาวะรกติดแน่นและมีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก สูติแพทย์ได้ตัดมดลูกหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษา Saksangawong¹⁵ พบว่าภาวะรกเกาะแน่นหากไม่สามารถทำการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ระยะคลอด ทำให้ไม่ได้วางแผนการคลอดตามแนวทางการดูแลกลุ่มโรคนี้ มักจะตามมาด้วยภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา เช่น ตกเลือดหลังคลอด ปริมาณมาก การบาดเจ็บต่อไต การบาดเจ็บกระเพาะปัสสาวะ สูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก นำไปสู่การตัดมดลูกแบบเร่งด่วน เป็นต้น¹⁶ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คลอดที่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งอายุครรภ์ที่เหมาะสมในการพิจารณาให้คลอดของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มโรคนี้อยู่ระหว่าง 34-36 สัปดาห์¹² การพิจารณาให้คลอดขึ้นกับความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างบางรายมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ร่วมด้วย ในบางรายที่มีรกเกาะลึกหรือรกเกาะลูกกลมไปยังอวัยวะข้างเคียง หรือมีภาวะฉีกฉีก สูติแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพจะพิจารณาให้ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินก่อนวันที่วางแผนไว้ ระยะเวลาที่น้อยที่สุดในการผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกคือ 2 ชั่วโมง 10 นาที และระยะเวลานานที่สุดในการผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกคือ 8 ชั่วโมง เนื่องจากมีการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ (bladder injury) ระยะเวลาการผ่าตัดขึ้นกับความยุ่งยากซับซ้อนของชนิดการเกาะของรกและการบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียง การทำหัตถการ ureteric catheterization, uterine artery embolization จะทำในรายที่มีการวางแผนไว้ และไม่มีภาวะฉีกฉีก บางรายไม่ได้ทำหัตถการ ureteric catheterization, uterine artery embolization เนื่องจากจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกฉุกเฉิน เช่น ส่งมาจากหน่วยฝากครรภ์ หรือส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ เมื่อแรกเข้ารับนอนรักษาที่หน่วยห้องคลอดสตรีตั้งครรภ์มีอาการ

เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น มีน้ำเดิน มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก หรือทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ (fetal tachycardia) เป็นต้น สูติแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ พิจารณาให้ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน พบมีภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังจากคลอดบุตรไปจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอดโดยมีการสูญเสียเลือดปริมาณมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป¹⁶ ได้รับเลือด ขณะผ่าตัดคลอด ปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยที่สุด 100 มิลลิลิตร มากที่สุด 9,500 มิลลิลิตร มีการติดเชื้อแผล ผ่าตัดคลอด (wound infection) จากการวิเคราะห์ข้อมูลใน ผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมด้วย กรณีที่การคลอดไม่ได้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ต้องผ่าตัดคลอด ฉุกเฉิน สาเหตุ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (active bleeding per vagina) มีอาการท้องป็นแรงถี่ อาการ เจ็บครรภ์ มีภาวะน้ำเดิน มี fetal tachycardia เป็นต้น การคลอดนอกเวลาราชการหรือการคลอดก่อนวันที่วางแผนไว้ หรือในกรณีที่ตรวจไม่พบว่ามีภาวะรกเกาะแน่นมาก่อนทำให้ ไม่ได้วางแผนการดูแลตามแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะรกเกาะแน่น ทำให้เกิดความยุ่งยากในการบริหารจัดการ อัตรากำลังใจเสริมเพื่อให้การพยาบาลมารดา ทารกเพียงพอ ต้องแบ่งทีมเพื่อดูแลผู้รับบริการสองทางทั้งห้องคลอดหลัก และแบ่งทีมเพื่อไปผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกที่ห้องผ่าตัดใหญ่ ไม่ได้วางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และ ไม่ได้ทำหัตถการ เช่น ureteric catheterization, uterine artery embolization เป็นต้น

สำหรับผลลัพธ์การคลอดด้านทารก ทารกน้ำหนัก น้อยที่สุด 340 กรัม (abortion) มากที่สุด 3,334 กรัม Apgar score 1 นาที 5 นาที พบภาวะขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิด (birth asphyxia)¹⁷ (คะแนน Apgar score มากกว่า 3 แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน) การช่วยชีวิตทารกแรกเกิดให้ PPV, PPV with CPAP เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการ คลอดก่อนกำหนด ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดต้องมีความสามารถในการช่วยกู้การแพทย์ช่วยชีวิตทารกแรกเกิดตั้งแต่ระดับง่าย จนถึงการช่วยชีวิตทารกแรกเกิดขั้นสูง ทารกที่ย้ายไปหอผู้ป่วย วิกฤต ทารกแรกเกิด (NICU / 2 ค) คือทารกแรกเกิดที่ได้รับการ ช่วยชีวิต เช่น positive-pressure ventilation, positive-pressure ventilation กับ continuous positive airway pressure หรือมีความผิดปกติของการหายใจ หายใจเร็ว หายใจหอบ คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น สำหรับทารกที่ย้าย ไปหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดปกติ (2ก / 2ข) ไม่มีความผิดปกติ หรือคลอดเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนดหรือครบกำหนด

ด้านปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะรกเกาะแน่น ได้แก่ ตั้งครรภ์ที่ 2 หรือการตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง เคยแท้งบุตร เคยขูดมดลูก เคยผ่าตัดคลอด มีประวัติการผ่าตัด hysteroscopic endometrial polypectomy พบความ ผิดปกติการเกาะของตำแหน่งของรกชนิดต่าง ๆ สอดคล้อง กับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 102 ราย ที่ประเทศอียิปต์ เกี่ยวกับอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะ รกเกาะแน่น ร้อยละ 0.91 เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 3 ครั้ง ร้อยละ 62 เคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อนอย่างน้อย 2 ครั้ง ร้อยละ 82¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tadayon และคณะ¹⁹ พบว่า มารดาเคยตั้งครรภ์ เคยคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ขึ้นไป มีประวัติผ่าตัดคลอด จำนวนครั้งการผ่าตัดคลอด การแท้งบุตร การขูดมดลูก มีรกเกาะต่ำร่วมด้วย พบว่ามี ความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะรกเกาะแน่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนด้านผลลัพธ์การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะ แน่น พบว่าในระยะรอคลอดปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ส่วนกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจากตรวจวินิจฉัยไม่พบว่ามี ภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด จึงให้การดูแลเหมือนสตรี ตั้งครรภ์ทั่วไป สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับยากระตุ้นคลอดทารก (dexamethasone ครบ 4 เข็มห่างกันทุก 12 ชั่วโมง) สาเหตุ ดังนี้ อายุครรภ์ตั้งแต่ 34^{+0/7} สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 12 ราย อายุครรภ์ 21^{+2/7} สัปดาห์ จำนวน 1 ราย ทารกมีความผิดปกติ สูติแพทย์พิจารณาให้คลอด ฉีดยา dexamethasone ได้ 1 เข็ม มีน้ำเดิน ได้ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน จำนวน 1 ราย

สำหรับกิจกรรมการพยาบาลในระยะเตรียมผ่าตัดคลอด ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่กำหนด มีเพียง 1 รายที่ไม่ได้ ปฏิบัติเนื่องจากตรวจวินิจฉัยไม่พบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด จึงให้คลอดปกติทางช่องคลอดกิจกรรมการพยาบาลในระยะ ผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัดคลอด พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดคลอด (scrub nurse) จนทารก คลอดจึงผลิตให้พยาบาลห้องผ่าตัด เข้าส่งเครื่องมือเพื่อตัด มดลูก (hysterectomy) และมี 1 ราย ที่คลอดปกติทาง ช่องคลอดแต่ได้ตัดมดลูกหลังคลอด พยาบาลช่วยแพทย์ในการ รับทารกแรกเกิด หรือ การช่วยชีวิตทารกแรกเกิดจดบันทึก รายงานการคลอดและบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน สมบูรณ์ ส่งต่ออาการมารดา ทารก ไปหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ตามมาตรฐานที่กำหนด มารดา ทารกคลอดปลอดภัยไม่มี อุบัติการณ์เสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด

สรุป

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นส่วนใหญ่ตรวจวินิจฉัยพบก่อนคลอด มีเพียงส่วนน้อยที่ตรวจพบระหว่างทำคลอดรก มีการวางแผนดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ วิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดและตัดมดลูก อายุครรภ์ที่เหมาะสมในการพิจารณาให้คลอดขึ้นกับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงของมารดาและทารกขณะตั้งครรภ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 1,001-2,500 กรัม ทารกแรกเกิดได้รับการช่วยชีวิตและย้ายสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (2d / NICU) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะรกเกาะแน่น ได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอด การขูดมดลูก การแท้งบุตร มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมด้วย สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด ยกเว้นในรายที่ตรวจวินิจฉัยไม่พบภาวะรกเกาะแน่น ก่อนคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะรกเกาะแน่นบางครั้งการคลอดไม่ได้ตามวันที่วางแผนไว้ หรือมีบางรายที่ตรวจไม่พบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด จึงไม่ได้วางแผนการคลอดตามแนวปฏิบัติ ดังนั้นในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเห็นควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องคลอดในการส่งเครื่องมือผ่าตัดและตัดมดลูกกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า
2. การบริหารอัตรากำลังพยาบาลทีมสำรองนอกเวลาราชการเมื่อมีการคลอดฉุกเฉิน ควรเพิ่มแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นในกรณีตรวจไม่พบก่อนคลอด บทบาทพยาบาลเน้นให้คำแนะนำถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดก่อนคลอด อาการผิดปกติที่ต้องรับมาโรงพยาบาลหรือต้องแจ้งเจ้าหน้าที่

เอกสารอ้างอิง

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta accreta spectrum. [Internet]. 2018 [cited Jan 17, 2021] Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2018/12/placenta-accreta-spectrum>.
2. Jauniaux E, Collins S, Burton GJ. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218(1):75-87. doi:10.1016/j.ajog.2017.05.067.

3. Ornaghi S, Maraschini A, Donati S, Regional Obstetric Surveillance System Working Group. Characteristics and outcomes of pregnant women with placenta accreta spectrum in Italy: a prospective population-based cohort study. *PloS One* 2021; 16(6):e0252654.doi:10.1371/journal.pone.0252654.
4. Jauniaux E, Bunce C, Gronbeck L, Langhoff-Roos J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obst Gynecol* 2019;221(3): 208–18. doi.org/10.1016/j.ajog. 2019.01.233.
5. Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Langhoff-Roos J, FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: epidemiology. *Int J Gynaecol Obstet* 2018;140(3):265–73. doi.10.1002/ijgo.12407.
6. Delivery room, Obstetrics and Gynecological Nursing Department, Srinagarind Hospital. Delivery room statistics for the year, 2022.
7. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985;66(1):89-92.
8. Pegu B, Thiagaraju C, Nayak D, Subbaiah M. Placenta accreta spectrum-a catastrophic situation in obstetrics. *Obstet Gynecol Sci* 2021;64(3): 239-47. doi:10.5468/ogs.20345.
9. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217(1): 27-36. doi:10.1016/j.ajog.2017.02.050
10. Bailit JL, Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, et al. Morbidly adherent placenta treatments and outcomes. *Obstet Gynecol* 2015;125(3):683-9. doi:10.1097/AOG.0000000000000680
11. Reale SC, Farber MK. Management of patients with suspected placenta accrete spectrum. *BJA Educ* 2022;22(2):43-51. doi:10.1016/j.bjae.2021.10.002

12. Alanwar A, Al-Sayed HM, Ibrahim AM, Elkotb AM, Abdelshafy A, Abdelhadi R, et al. Urinary tract injuries during cesarean section in patients with morbid placental adherence: retrospective cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019; 32(9):1461–7. doi: 10.1080/14767058.2017.1408069
13. Delivery room, Obstetrics and Gynecological Nursing Department, Srinagarind Hospital. Delivery room statistics for the year, 2023.
14. Delivery room, Obstetrics and Gynecological Nursing Department, Srinagarind Hospital. Delivery room statistics for the year, 2014.
15. Saksangawong S. Case report an undiagnosed of placenta accrete presenting as a massive bleeding in obstetric emergency. *Royal Thai Army Med J* 2018;71(3):215-22.
16. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice bulletin no. 183: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2017;130(4):e168. doi:10.1097/AOG.0000000000002351.
17. Cunningham FG, William M. *Obstetrics*, 25th ed. United state: McGraw-hill Education; 2018.
18. Gelany SE, Mosbeh MH, Ibrahim EM, Mohammed M, Khalifa EM, Abdelhakium AK, et al. Placenta accreta spectrum (PAS) disorders: incidence, risk factors and outcomes of different management strategies in a tertiary referral hospital in Minia, Egypt: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1):313. doi:10.1186/s12884-019-2466-5
19. Tadayon M, Javadifar N, Dastoorpoor M, Shahbazian N. Frequency, risk factors, and pregnancy outcomes in cases with placenta accreta spectrum disorder: a case-control study. *J Reprod Infertil* 2022;23(4):279-87. doi:10.18502/jri.v23i4.10814

SMJ