



ภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด ที่เข้ารับบริการในหน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

นิตยา ปานเพชร^{1*}, อภิวัฒน์ เอื้ออังกูร²

¹หน่วยห้องคลอด งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Undiagnosed Placenta Accreta Spectrum Before Birth in the Delivery Room Obstetric Emergency at Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province: A Case Report

Nittaya Panphet^{1*}, Apiwat Aue-aungkul²

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

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

Received: 8 May 2024 /Review: 29 May 2024/ Revised: 8 July 2024 /

Accepted: 16 July 2024

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ภาวะรกเกาะแน่นเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตมารดาและทารก วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบว่ามีภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด

วิธีการศึกษา: เลือกกรณีศึกษาที่ตรงจไม่พบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด ที่เข้ารับบริการที่หน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 1 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบรายงานการทำคลอด และระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 38 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 27⁺² สัปดาห์ การตั้งครรภ์สองครั้งที่ผ่านมา คลอดปกติทางช่องคลอด ในการตั้งครรภ์นี้ตรวจพบภาวะรกเกาะต่ำและมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดในช่วงแรก มีน้ำเดินส่งตัวจากโรงพยาบาลชัยภูมิมาที่หน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น ได้รับการรักษาโดยให้ยาต้านการคลอด หลังนอนสังเกตอาการในห้องคลอด 1 วัน มีการหดตัวของมดลูกแรงถี่ มีเลือดสดไหลออกมากทางช่องคลอด จึงได้รับการผ่าตัดคลอดแบบเร่งด่วน ขณะคลอดรก พบว่ามีภาวะรกเกาะแน่นจึงได้รับการตัดมดลูกแบบฉุกเฉิน หลังผ่าตัดคลอดมารดาได้รับการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ทารกย้ายหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

สรุป : การตรวจวินิจฉัยภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอดที่แม่นยำและมีแนวทางการดูแลชัดเจนกรณีพบภาวะรกเกาะแน่นที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน จะลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ: ภาวะรกเกาะแน่น, สูติศาสตร์ฉุกเฉิน, การผ่าตัดคลอด, ภาวะรกเกาะต่ำ, การดูแลหลังคลอด

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

Abstract

Background and Objectives: Spectrum (PAS) was a condition that poses a life-threatening risk to both the mother and the baby. The objective of this study was to provide a guideline for the development of care for pregnant women who were unaware of having placenta accreta before delivery.

Methods: One case study was selected where placenta accreta was not detected before delivery. The patient received care in the delivery unit at Srinagarind Hospital. Data were collected from medical records, delivery reports, and the hospital's information system.

Results: The patient, a 38-year-old married Thai woman in her third pregnancy at 27⁺² weeks of gestation, had a history of two previous normal vaginal deliveries. In this pregnancy, she was diagnosed with placenta previa and experienced abnormal vaginal bleeding in the early stages. She was referred from the Chaiyaphum Hospital to the delivery unit at Srinagarind Hospital, Khon Kaen, due to premature rupture of membranes. She was treated with labor-inhibiting medication. After one day of observation in the delivery unit, she experienced strong and frequent uterine contractions with heavy fresh vaginal bleeding. An emergency cesarean section was performed, during which placenta accreta was discovered. An emergency hysterectomy was conducted. Post-operatively, the mother received continued care in the postpartum ward, and the newborn was transferred to the neonatal intensive care unit.

Conclusion: Accurate prenatal diagnosis of placenta accreta and clear guidelines for managing undiagnosed cases of placenta accreta could significantly reduce the incidence of morbidity and mortality in pregnant women.

Keywords: placenta accreta spectrum, obstetric emergency, cesarean section, placenta previa, postpartum care

บทนำ

ภาวะรกเกาะแน่น (placenta accreta spectrum: PAS) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบน้อย แต่มีอันตรายต่อชีวิตมารดาสูง¹ โดยปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบภาวะรกเกาะแน่นได้มากขึ้นเนื่องจากอุบัติการณ์ผ่าตัดคลอดที่มากขึ้น² ปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะรกเกาะแน่น ได้แก่ มารดาที่เคยมีประวัติการผ่าตัดคลอด ภาวะรกเกาะต่ำ มารดาอายุมาก การมีประวัติการคลอดบุตรก่อนหน้า มีประวัติขูดมดลูก และเคยถูกวินิจฉัยเป็นพังผืดในโพรงมดลูก³

ภาวะรกเกาะแน่น เกิดจากการขาดตัวกันระหว่างเยื่อโพรงมดลูกและกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้เยื่อโพรงมดลูกไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของรก ส่งผลให้รกเกิดการฝังตัวและลุกลามไปยังชั้นกล้ามเนื้อมดลูกโดยตรง⁴ ทำให้รกริดแน่นกับกล้ามเนื้อมดลูก เมื่อทำการคลอดรกจะทำให้มีการคลอดรกรากมีความพยายามในการแยกรอกออกจากผนังโพรงมดลูก ในภาวะนี้จะทำให้เกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อมดลูกอย่างรุนแรง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เสียเลือดมาก⁵ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่น ได้แก่ การตกเลือดก่อน ระหว่างหรือหลังคลอด ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ภาวะช็อค และรุนแรงที่สุดคือเสียชีวิต⁶ นอกจากนี้การรักษาภาวะรกเกาะแน่นในปัจจุบันคือการผ่าตัดคลอดร่วมกับตัดมดลูก อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียงอื่น ๆ เช่น ท่อไต หรือกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น^{7,8}

การวินิจฉัยภาวะรกเกาะแน่นที่แม่นยำระหว่างการฝากครรภ์มีความสำคัญเนื่องจากภาวะนี้มี ความยุ่งยากซับซ้อน และมีความเสี่ยงสูงต่อการตกเลือดในทุกระยะของการคลอด ดังนั้นการดูแลรักษาที่จะได้รับผลการรักษาที่ดีควร จะอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) วางแผนร่วมกันดูแล ได้แก่ ทีมสูติแพทย์ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญ สูติแพทย์ด้าน มะเร็งรีเวช เชี่ยวชาญด้านการตัดมดลูก (hysterectomy) ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ กุมารแพทย์ វิสัญญแพทย์ที่มีประสบการณ์ อายุรแพทย์ที่ช่วยดูแลในหน่วย ICU หลังการผ่าตัดคลอด พยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาล ICU ที่มีประสบการณ์ในการดูแล เป็นต้น มีเครื่องมือ การผ่าตัดที่ทันสมัย คลังเลือดที่เพียงพอพร้อมใช้ตลอด 24 ชั่วโมง^{5,9}

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 38 ปี อาชีพแม่บ้าน ตั้งครรภ์ ครึ่งที่ 3 เคยคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง ครรภ์แรก และครรภ์ที่ 2 คลอดปกติทางช่องคลอด (normal labor) ในการตั้งครรภ์นี้ ตอนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์เคยนอนรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากมีเลือดออกทางช่องคลอด ได้ทำ อัลตราซาวด์ (ultrasound) พบรกเกาะต่ำบริเวณด้านหลัง (low-lying placenta at posterior wall of uterus) ห่างจาก ปากมดลูก 1 เซนติเมตร ตรวจภายในไม่พบรอยโรคบริเวณ ปากมดลูก หลังจากเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีการหดตัวของมดลูกหดรัดออก ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด จึงได้กลับไปสังเกตอาการต่อที่บ้าน

ตอนอายุครรภ์ 26⁺⁵ สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ให้ประวัติ มีน้ำเดิน ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดไปตรวจโรงพยาบาล จังหวัด ตรวจสุขภาพทารกปกติ ตรวจภายในพบปากมดลูกปิด ได้รับการนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการคลอด การฉีดยา สเตียรอยด์เพื่อกระตุ้นปอดทารกและให้ยาฆ่าเชื้อเพื่อให้ ระยะเวลาการตั้งครรภ์นานขึ้น แพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัด กังวลว่าจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดจึงส่งสตรีตั้งครรภ์ ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ตอนอายุครรภ์ 27⁺¹ สัปดาห์ขณะนอนสังเกตอาการ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ แพทย์ได้ทำอัลตราซาวด์ เพื่อ ประเมินตำแหน่งรก พบภาวะรกเกาะต่ำแต่ไม่พบภาวะรก เกาะแน่น สตรีตั้งครรภ์มีเลือดสีแดงสดออกทางช่องคลอด ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ร่วมกับมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทีมแพทย์ผู้ดูแลรักษาได้ให้ยาทางหลอดเลือดดำเพื่อยับยั้ง การหดตัวของมดลูก หลังให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก 1 ชั่วโมง ยังมีเลือดสดไหลทางช่องคลอดตลอด ตรวจติดตาม ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ไม่พบความผิดปกติ ทีมแพทย์ พิจารณาให้ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินด้วยข้อบ่งชี้เรื่องรกเกาะต่ำ ร่วมกับมีภาวะเลือดออกทางช่องคลอด

สตรีตั้งครรภ์ได้รับการระงับความเจ็บปวดระหว่างการผ่าตัดคลอดด้วยวิธีดมยาสลบเนื่องจากวิสัญญีแพทย์ ไม่สามารถทำการระงับความเจ็บปวดทางไขสันหลัง ผ่าตัด คลอดได้ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 1,073 กรัม Apgar score 3, 5, 7 คะแนน ทารกได้รับการช่วยชีวิตโดยให้เครื่อง อัดแรงดันอากาศผ่านทางจมูกหรือปากขณะหายใจเข้า (CPAP) ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) ขณะทำการคลอดรก สูติแพทย์ผู้ผ่าตัดพบว่าไม่สามารถ คลอดรกได้ พบรกบางส่วนติดกับกล้ามเนื้อมดลูก วินิจฉัย เป็นภาวะรกเกาะแน่นร่วมกับมีภาวะเลือดออกมากจากบริเวณ รกที่ติดกับกล้ามเนื้อมดลูก จึงพิจารณาตัดมดลูก แต่เนื่องจาก

พยาบาลห้องคลอดไม่ได้ฝึกสมรรถนะในการส่งเครื่องมือตัดมดลูก จึงได้ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อส่งเครื่องมือตัดมดลูก ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยได้รับเลือดขณะทำการผ่าตัดคลอดชนิด PRC 1 ถุง ขณะผ่าตัดคลอดสัญญาณชีพปกติ ปริมาณการสูญเสียเลือดรวม 1,000 มิลลิลิตร รวมระยะเวลาผ่าตัดทั้งหมด 3 ชั่วโมง 30 นาที หลังผ่าตัดคลอดเสร็จสูติแพทย์ให้สังเกตอาการที่ห้องคลอด สัญญาณชีพทุกอย่างปกติ ปริมาณปัสสาวะออกดี ไม่มีอาการตกเลือดในช่องท้อง สำหรับการส่งตรวจด้านพยาธิวิทยาในผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยเป็นภาวะรกเกาะแน่นหลายจุดบริเวณด้านหลังของมดลูก (multiple foci of placenta accrete at posterior upper to middle part of uterine wall)

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติท้องนี้ฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 20⁺3 สัปดาห์ เมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ มีเลือดออกทางช่องคลอด ตรวจอัลตราซาวนด์พบภาวะรกเกาะต่ำ (low-lying placenta) หลังจากนั้นไม่นานได้รับการรักษาโดยให้ยาขับยั้งการคลอด ฉีดยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์ และยาปฏิชีวนะ ขณะนอนโรงพยาบาลสังเกตอาการ เกิดภาวะเลือดออกมากทางช่องคลอด จึงได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน กรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด การดูแลเริ่มจากการประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแล (multidisciplinary team)^{3,5,10} แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกกับผู้ป่วยและญาติใกล้ชิด เช่น สามี เพราะภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นรุนแรงได้ถึงขั้นมารดาและทารกเสียชีวิต

บทบาทพยาบาลหน่วยห้องคลอดจะให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวในระหว่างรอคลอด การเฝ้าระวังความเสี่ยงและเน้นย้ำอาการที่ต้องรีบแจ้ง เช่น มีการหดตัวของมดลูกถี่ขึ้น อาการเจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน ลูกดิ้นลดลง มีเลือดออกจากช่องคลอด เป็นต้น ในช่วงการรอคลอดให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ ดื่มน้ำหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ตรวจพบภาวะรกเกาะแน่นตั้งแต่อ่อนคลอด การเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดคลอดปกติเท่านั้นและให้ผ่าตัดคลอดที่หน่วยห้องคลอด ขณะทำการคลอดรก พบว่ารกติดกับกล้ามเนื้อมดลูก สูติแพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะรกเกาะแน่นมีเลือดออกปริมาณมากพิจารณาตัดมดลูก การผ่าตัดมดลูกหลังการคลอดที่เกิดจากภาวะรกเกาะแน่น ถือเป็น การผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง ต้องอาศัยทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและต้องผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดใหญ่เท่านั้น^{3,6} โดยปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะรกเกาะแน่นในผู้ป่วยรายนี้

คือ มีภาวะรกเกาะต่ำ โดยพบร้อยละ 3 ในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประวัติผ่าตัดคลอด¹¹ ในรายที่มีภาวะรกเกาะต่ำพบร่วมกับภาวะรกเกาะแน่นเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของประวัติการผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 3-67)¹² สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้ผ่าตัดคลอดที่ห้องคลอด เมื่อพบภาวะรกเกาะแน่นต้องตัดมดลูก การเคลื่อนย้ายไปทำหัตถการตัดมดลูกที่ห้องผ่าตัดใหญ่ไม่ปลอดภัยและมีความยากลำบาก ดังนั้นสูติแพทย์จึงตัดสินใจทำหัตถการตัดมดลูกที่ห้องผ่าตัดที่ห้องคลอด โดยขอความช่วยเหลือจากพยาบาลห้องผ่าตัดใหญ่ในการส่งเครื่องมือเพื่อตัดมดลูก

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้คือในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยพบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด ทำให้ไม่ได้เตรียมวางแผนการดูแลตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นที่ต้องมีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องก่อนคลอด ผู้ป่วยที่วินิจฉัยภาวะรกเกาะแน่น การเตรียมตัวผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกทำที่ห้องผ่าตัดใหญ่เท่านั้นและมีแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องร่วมผ่าตัดรวมถึงจะต้องมีการเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือดให้เพียงพอซึ่งต้องประสานงานล่วงหน้ากับธนาคารเลือด เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถทำการวินิจฉัยภาวะรกเกาะแน่นตอนฝากครรภ์ ในรายที่ทำอัลตราซาวนด์แล้วพบว่าภาวะรกเกาะต่ำ สูติแพทย์ควรต้องให้ความสำคัญมากขึ้นเพื่อดูลักษณะบางอย่างที่อาจจะบ่งชี้ว่าจะมีรกเกาะแน่นร่วมด้วย³ ทำให้ไม่ได้มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วย ทีมแพทย์และพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด ผู้ป่วยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดเรื่อย ๆ หากสงสัยหรือไม่แน่ใจให้ส่งปรึกษาสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการทำอัลตราซาวนด์ที่ศูนย์วินิจฉัยและรักษาทารกในครรภ์หรือหากยังไม่แน่ใจให้ส่งตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)

ในการลดอัตราของภาวะรกเกาะแน่นที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยในสตรีที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดคลอดมาก่อน จำเป็นต้องใช้แนวทางที่ครอบคลุมทั้งการตระหนักรู้ การตรวจคัดกรอง และการจัดการของทีมแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล¹³ โดยปกติภาวะรกเกาะแน่นมักจะเกิดในสตรีที่มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมกับการมีประวัติผ่าตัดคลอด จากการศึกษาพบว่าการทำอัลตราซาวนด์เพื่อวินิจฉัยภาวะรกเกาะแน่นในมารดาตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงมีความแม่นยำสูง และเป็นเครื่องมือมาตรฐานเพื่อตรวจวินิจฉัย^{14,15} แต่ประสิทธิภาพในการตรวจหาภาวะรกเกาะแน่นโดยใช้อัลตราซาวนด์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น ผู้ที่ไม่มีแผลผ่าตัดมาก่อนยังจำกัด ดังนั้นการตรวจพบภาวะรกเกาะต่ำและเลือดออกผิดปกติในช่วงแรกของการตั้งครรภ์อาจเป็นข้อสงสัยที่ทำให้แพทย์ผู้ดูแลการรักษามีการตรวจเพิ่มเติมมากขึ้นและอาจพิจารณาใช้เทคนิคการตรวจขั้นสูง เช่น

การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อวินิจฉัยภาวะรกเกาะแน่น^{16,17}

จากปัญหาที่พบเมื่อต้องตัดมดลูกในท้องคลอด จากการตรวจวินิจฉัยไม่พบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด พบว่าพยาบาลหน่วยห้องคลอดยังไม่มีสมรรถนะในการส่งเครื่องมือตัดมดลูกหลังคลอดทารกเสร็จผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกมากจากการคลอดรกไม่สำเร็จ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มแนวปฏิบัติ 5 ข้อ ดังนี้ 1) ให้พยาบาลเตรียมอุปกรณ์สำหรับตัดมดลูกสำรองไว้ใช้ในหน่วยห้องคลอด จำนวน 1 ชุด 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในการส่งเครื่องมือตัดมดลูก เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปได้โดยไม่หยุดชะงักในระหว่างรอความช่วยเหลือจากพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญด้านการตัดมดลูกโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นโครงการฝึกสมรรถนะพยาบาลร่วมกันระหว่างงานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม และงานการพยาบาลห้องผ่าตัด บริบทของหน่วยห้องคลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์จะมีความแตกต่างจากที่อื่นโดยรวมห้องคลอดปกติและห้องผ่าตัดคลอดอยู่ในพื้นที่บริการเดียวกัน ดังนั้นพยาบาลหน่วยห้องคลอดต้องผ่านสมรรถนะในการส่งเครื่องมือผ่าตัดคลอด (scrub nurse) และการกู้ชีพทารกแรกเกิด (neonatal resuscitation) ตั้งแต่ระดับพื้นฐานถึงการช่วยชีวิตขั้นสูง 3) มารดาหลังผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกต้องย้ายสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) อย่างน้อย 24 ชั่วโมงทุกราย ผู้ป่วยรายนี้สูญเสียเลือดปริมาณ 1,000 มิลลิลิตรได้ให้เลือดระหว่างการผ่าตัดคลอดถือว่าเป็นภาวะตกเลือดหลังคลอด¹⁸ แต่ในรายนี้แพทย์พิจารณาว่าปลอดภัย อาการคงที่ให้อาหารผู้ป่วยหลังคลอดปกติ ซึ่งนับว่าเป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะตกเลือดหลังคลอดหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ 4) ควรมีการฝึกซ้อมจำลองสถานการณ์ช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อเป็นการทบทวนให้กับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น และ 5) เพิ่มแนวทางการดูแลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะแน่นแต่ไม่สามารถวินิจฉัยพบภาวะรกเกาะแน่นก่อนคลอด

สรุป

เนื่องจากในปัจจุบันภาวะรกเกาะแน่นเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทางสูติศาสตร์ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการตกเลือดและเสียชีวิต บางครั้งแพทย์อาจตรวจวินิจฉัยไม่พบก่อนคลอด ดังนั้นหลักการสำคัญของการรักษาในภาวะรกเกาะแน่นคือ การตรวจวินิจฉัย

ให้ได้ตั้งแต่ฝากครรภ์ช่วงแรก ๆ หรือก่อนคลอด เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผนการผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกในเวลาราชการหรือกรณีเกิดเหตุต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉินนอกเวลาราชการ การเตรียมอุปกรณ์เลือดและส่วนประกอบของเลือดให้พร้อมตลอด 24 ชั่วโมง การฝึกสมรรถนะในการส่งเครื่องมือตัดมดลูกขณะรอความช่วยเหลือจากพยาบาลห้องผ่าตัด เพิ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอดเรื่องรกเกาะแน่นแต่อาจมีความเสี่ยง เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ ต้องมีการเตรียมความพร้อมของทีมผ่าตัด มีสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญช่วยผ่าตัด การตามทีมช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน การเตรียมเลือดที่เพียงพอ เพื่อความปลอดภัยและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. Fonseca A, Ayres de Campos D. Maternal morbidity and mortality due to placenta accreta spectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obst Gynaecol* 2021;72:84-91. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.07.011.
2. Matsuzaki S, Mandelbaum RS, Sangara RN, McCarthy LE, Vestal NL, Klar M, et al. Trends, characteristics, and outcomes of placenta accreta spectrum: a national study in the United States. *Am J Obst Gynecol* 2021;225(5):534.e1-.e38. doi:10.1016/j.ajog.2021.04.233.
3. Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, Wax JR, Placenta accreta spectrum. *Am J Obst Gynecol* 2018;219(6):B2-B16. doi:10.1016/j.ajog.2018.09.042.
4. Donovan BM, Shainker SA. Placenta accreta spectrum. *Neoreviews* 2021;22(11):e722-e33. doi:10.1542/neo.22-11-e722.
5. Rani V, Jain S, Nanda S, Malhotra V, Chauhanand MB, Sangwan N. Placenta accrete spectrum-management and fetomaternal outcome at a tertiary care centre. *Int J Clin Obstet Gynaecol* 2019;3(5):84-9. doi:10.33545/gynae.2019.v3.i5b.334
6. Silver RM, Branch DW. Placenta accreta spectrum. *N Engl J Med* 2018;378(16):1529-36. doi:10.1056/NEJMcp1709324.

7. Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Roos J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2019;221(3): 208-18. doi:10.1016/j.ajog.2019.01.233.
8. Lucidi A, Jauniaux E, Hussein A, Coutinho C, Tinari S, Khalil A, et al. Urological complications in women undergoing Cesarean section for placenta accreta spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2023;62(5): 633-43. doi:10.1002/uog.26299.
9. Shamshirsaz AA, Fox KA, Salmanian B, Diaz-Arrastia CR, Lee W, Baker BW, et al. Maternal morbidity in patients with morbidly adherent placenta treated with and without a standardized multidisciplinary approach. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212(2):218.e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2014.08.019.
10. Rani K, Srivastava S. Placenta accreta spectrum: risk factors and fetomaternal outcome after multidisciplinary team approach. *New Indian J OBGYN* 2021;8(1):112-6. doi:10.21276/obgyn. 2021.8.1.21
11. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(3):262.e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2011. 06.035.
12. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1226-32. doi:10.1097/01. AOG.0000219750.79480.84.
13. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. *Int J Gynecol Obstet* 2018; 140(3):274-80. doi:10.1002/ijgo.12408.
14. Berkley EM, Abuhamad AZ. Prenatal diagnosis of placenta accreta: is sonography all we need? *J Ultrasound Med*. 2013;32(8):1345-50. doi:10.7863/ ultra.32.8.1345.
15. Comstock CH, Bronsteen RA. The antenatal diagnosis of placenta accreta. *BJOG* 2014;121(2): 171-81. doi:10.1111/1471-0528.12557.
16. Ishibashi H, Miyamoto M, Shinmoto H, Soga S, Matsuura H, Kakimoto S, et al. The use of magnetic resonance imaging to predict placenta previa with placenta accreta spectrum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020;99(12):1657-65. doi:10.1111/aogs. 13937.
17. Srisajjakul S, Prapaisilp P, Bangchokdee S. Magnetic resonance imaging of placenta accreta spectrum: a step-by-step approach. *Korean J Radiol* 2021;22(2):198. doi:10.3348/kjr.2020.0580.
18. Sheng B, Jiang G, Ni J. Association between postpartum depression and postpartum hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2024;103: 1263-70. doi:10.1111/aogs.14795