

การพยาบาลปริศลยกรรม : การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก

ชญาพร ดอนนิสวน* พย.บ.

ปิ่นฤทัย ประดิษฐ์ศิลป์** พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

รติณา เพิ่มเพชร*** พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อขยาย :

ภาวะรกเกาะลึก เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอด การตัดมดลูกฉุกเฉิน และการเสียชีวิตของมารดา พยาธิสรีรวิทยาของภาวะรกเกาะลึกเกิดจาก chorionic villi แทรกตัวฝังปกติผ่าน decidua basalis เข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อมดลูก ส่งผลให้รกไม่สามารถลอกตัวออกจากผนังมดลูกหลังทารกคลอดตามกลไกปกติ ความเสี่ยงของการเกิดภาวะรกเกาะลึกเพิ่มขึ้น พบในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการผ่าตัดคลอด การขูดมดลูก การผ่าตัดเนื้องอกมดลูก หรือหัตถการอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดแผลเป็นภายในโพรงมดลูก อัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกเพิ่มขึ้นส่งผลให้อุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะลึกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจำนวนครั้งของการผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป

สหพันธ์สูตินรีเวชและสูตินรีเวชนานาชาติ จำแนกภาวะรกเกาะลึกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) placenta accreta รกยึดติดกับผนังมดลูกโดยไม่ลอกหลุดเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อมดลูก 2) placenta increta เนื้องอกรกกลืนเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อมดลูก และ 3) placenta percreta เนื้องอกรกทะลุผ่านชั้นเยื่อหุ้มมดลูก และรกกลืนเข้าสู่เยื่อช่องท้องข้างเคียง โดยแบ่งย่อยเป็นระดับ 3A, 3B, และ 3C ตามระดับการลุกลามเข้าสู่เยื่อหุ้มมดลูก กระเพาะปัสสาวะ หรืออวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน จำแนกระดับความรุนแรงของโรคมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษา การเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การจัดสรรทรัพยากร และการวางแผนการพยาบาลปริศลยกรรม การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคอย่างถูกต้องช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการผ่าตัด

มาตรฐานการรักษาภาวะรกเกาะลึก คือ การผ่าตัดคลอดร่วมกับการตัดมดลูกและทิ้งรกไว้ในโพรงมดลูกโดยหลีกเลี่ยงการดึงรก เพื่อลดภาวะตกเลือดรุนแรงหลังคลอด และลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา การผ่าตัดนี้มีความซับซ้อนสูงและมีความเสี่ยง ได้แก่ การเสียเลือดปริมาณมาก การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เวลาการผ่าตัดนาน และได้รับเลือดปริมาณมาก ความสำเร็จในการรักษาควรวางแผนก่อนการผ่าตัดอย่างรอบคอบ โดยเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ทรัพยากรทางศัลยกรรม และทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ รังสีแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลปริศลยกรรม พยาบาลวิสัญญี เจ้าหน้าที่คลังเลือด และบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ส่งเสริมความปลอดภัยของมารดาและทารกแรกเกิด

*พยาบาลวิชาชีพ งานพยาบาลห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพ (ผู้ประสานงานหลัก) งานพยาบาลห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: jeabrama@gmail.com

***พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ งานพยาบาลห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 14 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 14 มกราคม 2569 วันตอบรับบทความ 20 มกราคม 2569

บทความวิชาการมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันและนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลปริศลยกรรมในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดร่วมกับการตัดมดลูก ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติงานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เวชปฏิบัติสากล และองค์ความรู้ในปัจจุบันด้านการพยาบาลปริศลยกรรม เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ การวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยการตรวจอัลตราซาวด์และการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) การวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด เครื่องมือและอุปกรณ์ศัลยกรรมเฉพาะทาง ความพร้อมของห้องผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างปลอดภัย โดยเน้นมาตรฐานการสื่อสารการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อความต่อเนื่องและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

การสังเคราะห์วรรณกรรมและเวชปฏิบัติ พบว่าความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะรกเกาะลึกมิใช่ความเชี่ยวชาญของสูติแพทย์เท่านั้น แต่มาจากการบูรณาการแนวปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพและการพยาบาลปริศลยกรรมที่สอดคล้องกันตลอดกระบวนการรักษา โดยพยาบาลปริศลยกรรมมีหน้าที่รับผิดชอบสำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่าง ๆ การเตรียมผู้ป่วย การบริหารทรัพยากร การตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เลือดและส่วนประกอบของเลือด การประสานงานและการสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมผ่าตัด การประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ทัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การส่งต่อข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด

การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจากหลักฐานเชิงประจักษ์และการสื่อสารระหว่างวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสำคัญในการลดความคลาดเคลื่อนทางคลินิก เพิ่มความพร้อมของทีมรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพของมารดาและทารก ความรู้จากบทความนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนามาตรฐานด้านการพยาบาลปริศลยกรรม การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลปริศลยกรรม การกำหนดความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลปริศลยกรรมที่ยั่งยืน

สรุปการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพและการพยาบาลปริศลยกรรมอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด การประเมินความเสี่ยงอย่างแม่นยำ การเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เลือดและส่วนประกอบของเลือด ทรัพยากรและอุปกรณ์เฉพาะทางศัลยกรรม ร่วมกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งหมดเป็นองค์ประกอบของการพยาบาลปริศลยกรรมคุณภาพสูง ช่วยลดภาวะตกเลือด การตัดมดลูกฉุกเฉิน การเสียชีวิตของมารดา เพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารก และยกระดับคุณภาพการพยาบาลปริศลยกรรมด้านสูติศาสตร์ให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพระดับสากล การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลปริศลยกรรมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ยกระดับคุณภาพของบริการทางสุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนางานพยาบาลสูติศาสตร์อย่างยั่งยืนในโรงพยาบาลตติยภูมิ

คำสำคัญ : การผ่าตัดคลอดร่วมกับการตัดมดลูกทางหน้าท้อง การพยาบาลปริศลยกรรม ภาวะรกเกาะลึก

Perioperative Nursing Care: Elective Caesarean Hysterectomy in Pregnant Women with Placenta Accreta Spectrum

Chadaporn Doneisaun B.N.S.*

*Phinruethai Praditsilp** M.N.S. (Nursing Administration)*

*Rattana Permpech*** M.N.S. (Nursing Administration)*

Extended Abstract:

Placenta accreta spectrum (PAS) is a severe obstetric complication and a major cause of postpartum hemorrhage, emergency hysterectomy, and maternal mortality. The pathophysiology of PAS arises from the abnormal invasion of chorionic villi through the decidua basalis into the myometrium, which hinders the normal separation of the placenta from the uterine wall following delivery. The risk of PAS increases significantly among pregnant women with a history of cesarean delivery, uterine curettage, myomectomy, or other procedures that cause intrauterine scarring, particularly with an increasing number of prior cesarean deliveries, which constitutes a major risk factor for the condition in subsequent pregnancies. Consequently, the global incidence of PAS has been increasing steadily, in parallel with the rising rate of cesarean delivery worldwide.

The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) classifies PAS into three grades: placenta accreta, in which the placenta adheres to the uterine wall without invading the myometrium; placenta increta, in which invasion extends into the myometrium; and placenta percreta, in which placental tissue penetrates through the uterine serosa and invades adjacent organs. Further, PAS is subdivided into Grades 3A, 3B, and 3C according to the extent of invasion into the uterine serosa, bladder, or adjacent pelvic structures. Severity grading directly informs treatment planning, multidisciplinary team preparation, resource allocation, and perioperative nursing care planning, making accurate antenatal classification essential to optimizing surgical outcomes.

The currently accepted standard treatment for PAS is planned cesarean hysterectomy, with the placenta left in situ and without attempting placental removal, to minimize massive postpartum hemorrhage and reduce maternal mortality. Nevertheless, this procedure is technically demanding and associated with substantial risks, including massive blood loss, injury to adjacent organs, prolonged operative time, and the need for massive blood transfusion. Therefore, successful management requires meticulous preoperative planning, adequate preparation of blood products and specialized surgical resources, and close collaboration among a multidisciplinary team consisting of obstetricians, anesthesiologists, urologists, radiologists, neonatologists, perioperative nurses, nurse anesthetists, blood bank personnel, and other healthcare professionals. Effective multidisciplinary collaboration is fundamental to improving treatment efficiency and ensuring maternal and neonatal safety.

This academic article aims to synthesize current evidence and present comprehensive perioperative nursing guidelines for pregnant women with PAS undergoing cesarean delivery with

**Registered Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

***Corresponding author, Registered Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,
E-mail: jeabrama@gmail.com*

****Expert Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

Received October 14, 2025, Revised January 14, 2026, Accepted January 20, 2026

hysterectomy. The recommendations are developed using evidence-based practice, international clinical guidelines, and contemporary perioperative nursing knowledge to support systematic patient care across the preoperative, intraoperative, and postoperative periods. This article covers risk assessment, antenatal screening, prenatal diagnosis using ultrasonography and magnetic resonance imaging, disease classification according to the FIGO grading system, multidisciplinary treatment planning, preparation of blood and blood components, preparation of specialized surgical instruments and equipment, operating room preparedness, intraoperative surveillance for potential complications, postoperative nursing care in the post-anesthesia care unit, and safe transfer to the intensive care unit when indicated. The article also emphasizes the importance of standardized communication, accurate patient handover, and effective coordination among multidisciplinary team members to ensure continuity and quality of patient care.

The synthesis of current literature and international clinical practice guidelines demonstrates that successful management of PAS depends not only on obstetricians' surgical expertise but also on effective multidisciplinary collaboration and coordinated perioperative care throughout the treatment process. Perioperative nurses assume key responsibilities for comprehensive risk assessment, patient preparation, resource management, verification of surgical instruments and medical supplies, blood and blood products, coordination and support of the surgical team, early detection and prevention of perioperative complications, effective communication, effective handover of critical patient information, and continuous postoperative nursing care.

However, implementation of evidence-based perioperative standards, combined with effective interdisciplinary communication, contributes significantly to reducing clinical errors, improving team preparedness, minimizing hemorrhagic complications, enhancing patient safety, and improving maternal and neonatal outcomes. Furthermore, the knowledge synthesized in this article can be applied to developing standardized perioperative nursing protocols, enhancing perioperative nursing competency, strengthening multidisciplinary team preparedness, and improving healthcare service systems. These findings also support the development of evidence-based clinical practice guidelines and contribute to continuous quality improvement in perioperative nursing practice.

In conclusion, optimal management of pregnant women with PAS requires comprehensive multidisciplinary collaboration and systematic perioperative nursing care throughout the preoperative, intraoperative, and postoperative phases. Accurate risk assessment, meticulous preparation of the multidisciplinary team, blood and blood products, surgical resources, and specialized equipment, together with effective communication and the application of evidence-based practice, are fundamental components of high-quality perioperative care. These strategies can reduce hemorrhagic complications, decrease emergency hysterectomy and maternal mortality, improve maternal and neonatal safety, and enhance the quality of obstetric perioperative nursing care in accordance with international professional standards. The implementation of standardized perioperative nursing guidelines based on current evidence may further promote patient safety, improve the quality of healthcare delivery, and support sustainable development of obstetric nursing practice in tertiary healthcare settings.

Keyword: Caesarean hysterectomy, Perioperative nursing care, Placenta accreta spectrum

Author Contributions:

CD: Conceptualization, Design, Writing and revising the manuscript

PP: Conceptualization, Design, writing, revising, editing the manuscript, Corresponding with the editor-in-chief

RP: Conceptualization, Design, Analysis, Writing, editing and revising the manuscript

การพยาบาลปริศลยกรรม: การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะรกเกาะลึก (Placenta accreta spectrum) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความท้าทายในการผ่าตัดด้านสูติศาสตร์ ภาวะนี้เกิดจากการที่หลอดเลือดบริเวณเนื้อรกมีการเจริญเติบโตและฝังตัวผิดปกติในผนังมดลูก อาจมีการทะลุออกจากมดลูก และเจริญเติบโตเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง อย่างไรก็ตามภาวะรกเกาะลึกเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตกเลือดจากการผ่าตัดคลอดบุตร¹ ปกติกลไกการหดตัวของมดลูกเกิดขึ้นหลังจากคลอดทารก เนื้อรก และเยื่อหุ้มรกจะลอกตัวแยกออกจากเยื่อบุโพรงมดลูกภายในเวลาไม่เกิน 30 นาที² แต่ภาวะรกเกาะลึกทำให้กลไกการการลอกตัวของรกไม่สามารถเกิดขึ้นได้ โอกาสเกิดภาวะรกเกาะลึกในสตรีตั้งครรภ์ พบได้มากขึ้นในสตรีที่มีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผ่าตัดเนื้องอกในมดลูก และภาวะรกเกาะต่ำ^{1,3} ซึ่งนำไปสู่การรักษาโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร่วมกับการตัดมดลูก

จากการทบทวนข้อมูลของวิทยาลัยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาแห่งอเมริกา (American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG) พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะลึก (Placenta accreta spectrum; PAS) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการศึกษาระยะยาวระหว่างปี ค.ศ. 1970–1980 พบรายงานอุบัติการณ์ของภาวะดังกล่าวอยู่ที่ประมาณ 1 ใน 2,510 ถึง 1 ใน 4,017 การคลอด ขณะที่ในช่วงปี ค.ศ. 1982–2002 อัตราดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1 ใน 533 การคลอด และจากการศึกษาของหน่วยข้อมูลผู้ป่วยในระดับประเทศ (National Inpatient Sample) ในปี ค.ศ. 2016 พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะลึกในสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 272 การคลอด อัตราที่เพิ่มสูงขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญกับแนวโน้มการผ่าตัดคลอด (caesarean delivery)⁴ และจากรายงาน

การศึกษาในสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2016–2022 พบอุบัติการณ์นี้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยอัตราเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 ต่อปี⁵ แนวโน้มที่สูงขึ้นของอุบัติการณ์จากหลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่าผลที่มดลูกจากการผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยสำคัญทำให้การฝังของรกผิดปกติและจำนวนครั้งของการผ่าตัดคลอดเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะรกเกาะลึกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป หากพบความผิดปกตินี้แนวทางการรักษาโดยการผ่าตัดการผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกภายหลังทารกคลอดทันที เพื่อควบคุมปริมาณการเสียเลือดในระยะหลังคลอดและรักษาชีวิตมารดา และปัจจัยที่ทำให้มารดาและทารกในครรภ์ปลอดภัยคือความรู้ ความเข้าใจ และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลปริศลยกรรมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกภายหลังทารกคลอดทันที

จากข้อมูลทางสถิตีย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดที่ห้องผ่าตัดสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีแนวโน้มในการให้บริการผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจากจุดมุ่งหมายหลักในด้านประเด็นคุณภาพที่มุ่งหวังในด้านการคัดกรองและการวินิจฉัยที่ถูกต้องเพื่อผลลัพธ์ในด้านการรักษาและความปลอดภัยเป็นสำคัญ ประกอบกับวิวัฒนาการและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางสูติศาสตร์ขั้นสูงที่มีความทันสมัย จากข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564–2568 มีสตรีตั้งครรภ์ที่สูติแพทย์ตรวจพบภาวะรกเกาะลึกและวางแผนการรักษาให้ได้รับการผ่าตัดคลอดร่วมกับการตัดมดลูกทันทีหลังทารกคลอด (caesarean hysterectomy) จำนวนทั้งหมด 15 ราย ส่วนใหญ่มีประวัติการทำหัตถการในมดลูก เมื่อพิจารณาจำนวนสตรีที่เข้ารับการฝากครรภ์พบว่ามี 1,553 1,219 1,063 1,001 และ

786 ราย ตามลำดับ ในจำนวนทั้งหมดพบอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 0.19, 0.16, 0.19, 0.30 และ 0.6 ตามลำดับ⁶ จากระบบการตรวจคัดกรองภาวะรกเกาะลึกที่หน่วยฝากครรภ์พบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีในขณะที่จำนวนสตรีผู้มาฝากครรภ์มีจำนวนที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องในทิศทางเดียวกับวิทยาลัยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาแห่งอเมริกาที่ระบุว่าอุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะลึกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอัตราการคลอด

วิธีการตรวจวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึกในสตรีตั้งครรภ์โดยวิธีอัลตราซาวด์ (ultrasound) และตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) ความรุนแรงจำแนกเป็น 3 ประเภทอุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะลึกที่พบบ่อยที่สุดคือรกยึดเกาะแน่นกับเยื่ออุโพรงมดลูกทั้งหมดหรือเพียงบางส่วนหรือลุกลามเข้าไปยังกล้ามเนื้อมดลูก พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 75 รองลงมาคือภาวะรกจะเกาะลึกลงไปในช่วงกล้ามเนื้อมดลูกแต่ยังไม่ทะลุผ่านผนังมดลูก พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 17 และรกเกาะลึกผ่านมดลูกทะลุออกนอกมดลูกไปยังอวัยวะอื่น ๆ ในอุ้งเชิงกราน เช่น กระเพาะ และลำไส้ พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 8 ของทั้งหมด ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดทำให้ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดในปริมาณมาก จากพยาธิสภาพของโรคเป็นสาเหตุของสูญเสียมดลูกในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) นอกจากนี้เป็นสาเหตุให้ทารกมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ และได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU)⁷ ดังนั้นสูติแพทย์จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) เพื่อการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

จากข้อมูลการทบทวนย้อนหลังของโรงพยาบาลรามาริบัติในปี 2549-2555 พบว่าปริมาณการเสียเลือดสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกในขณะผ่าตัดเฉลี่ย 7,500 มิลลิลิตร⁸ ตามมาตรฐานการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดของวิทยาลัยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาแห่งอเมริกา และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กำหนดให้การสูญเสียเลือดหลังคลอดรวมกันไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตร หรือการสูญเสียเลือดนั้นต้องไม่พบร่วมกับอาการและอาการแสดงของการตกเลือด (hypovolemia) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดโดยไม่คำนึงว่าจะคลอดโดยวิธีใด^{9,10} เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนการเสียเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดจากภาวะรกเกาะลึกในโรงพยาบาลรามาริบัติมีโอกาสเสียเลือดมากกว่าการผ่าตัดคลอดปกติมากกว่า 7 เท่า การเสียเลือดปริมาณมากเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกคลอด และเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงภายในอุ้งเชิงกรานจากพยาธิสภาพของโรค⁸

พยาบาลปริศัลยกรรมเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ให้การพยาบาลปริศัลยกรรมแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทันทีหลังทารกคลอด จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การตรวจวินิจฉัยและแผนการรักษาของทีมแพทย์สหสาขา การประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทุกระยะการผ่าตัด ลำดับขั้นตอนการผ่าตัดรักษาและการทำหัตถการต่าง ๆ ของทีมสหสาขาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการผ่าตัดอย่างครบถ้วน และการติดต่อประสานงานกับทีมผ่าตัดและทีมสหสาขาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดและทารกมีความปลอดภัยด้วยการพยาบาลปริศัลยกรรมที่มีประสิทธิภาพทุกระยะการผ่าตัด

การพยาบาลปริศลยกรรม: การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทั้ง 3 ระยะการผ่าตัดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทันทีหลังทารกคลอด

2. เพื่อกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลปริศลยกรรมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการการผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทันทีหลังทารกคลอด

ภาวะรกเกาะลึก (Placenta Accreta Spectrum: PAS)

ภาวะรกเกาะลึก คือ ภาวะที่รกมีการเกาะลึกลงไป ในชั้นกล้ามเนื้อมดลูก หรือทะลุไปยังชั้น serosa ของผนังมดลูกและอวัยวะข้างเคียงจนทำให้เกิดการเกาะยึดของรกติดแน่นกับมดลูกอย่างผิดปกติ ทำให้รกไม่สามารถลอกตัวได้^{1,12} เป็นภาวะแทรกซ้อนของสตรีในขณะตั้งครรภ์และจัดอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening)⁹ การประเมินค้นหาและวางแผนการคลอดทำให้เกิดความปลอดภัยแก่มารดาและทารก เนื่องจากมีความเสี่ยงของการเสียเลือดปริมาณมาก ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินภาวะรกเกาะลึกก่อนการคลอดจากสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ และตรวจด้วยคลื่นพลังงานสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) ในไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ เพื่อบริหารจัดการและวางแผนการดูแลรักษาในระยะการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกแรกคลอดโดยการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดเบื้องต้น

ของมารดาในระยะหลังคลอดทารก การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด หากสตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงในการเสียเลือดปริมาณมากจำเป็นต้องวางแผนร่วมกับรังสีร่วมรักษา (interventional radiology) เพื่อทำการหัตถการลดปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด และการวางแผนช่วงเวลาคลอดทารกที่เหมาะสม เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในช่วงอายุครรภ์ 35 สัปดาห์^{9,13} จากหลักฐานด้านระบาดวิทยาของสหพันธ์สูติศาสตร์นานาชาติ (International Federation of Gynecology and Obstetrics: FIGO) คาดการณ์เกี่ยวกับอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (caesarean delivery) มีแนวโน้มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่ออุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะลึกและการเสียชีวิตของมารดา หากมีสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดจากภาวะดังกล่าวเพิ่มขึ้นอีกจำนวน 4,504 ราย อาจส่งผลให้มีการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะแทรกซ้อนจำนวน 130 รายต่อปี แสดงถึงความรุนแรงและความเสี่ยงสูงของภาวะรกเกาะลึกต่อชีวิตมารดา¹⁴ ดังนั้นการได้รับการประเมิน การตรวจวินิจฉัย และการคัดกรองจากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงจึงมีความสำคัญเพราะจะช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการวางแผนการรักษอย่างเป็นระบบและลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ได้

1. การจำแนกตามความลึกของการของการฝังตัวของรก (The classification of placental invasion of placenta accreta spectrum) ตามแนวทางของสหพันธ์สูติศาสตร์นานาชาติ จำแนกตามความลึกของการฝังตัวของรกที่มดลูกและอวัยวะต่าง ๆ ภายในอุ้งเชิงกราน แบ่งเป็น 3 ระดับ^{12,15} รายละเอียด ดังรูปที่ 1 (Figure 1)

1.1 Grade 1 Placenta adherenta or creta เนื้อรกยึดติดแน่นผิดปกติกับมดลูก โดยการฝังตัวของรกไม่ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อมดลูก

1.2 Grade 2 Placenta increta เนื้อรกยึดติดแน่นลงลึกเข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อมดลูกและยังอยู่ในมดลูก

1.3 Grade 3 Placenta percreta เนื้อมดลูกยึดติดแน่นและทะลุออกนอกมดลูกเข้าสู่เนื้อเยื่อ หลอดเลือด และอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน จำแนกเพิ่มเติมตามบริเวณที่รกฝังตัว 3 ระดับย่อย ดังนี้

Grade 3A ลูกไล่ถึงผิวมดลูก

Grade 3B ลูกไล่ถึงกระเพาะปัสสาวะ
Grade 3C ลูกไล่สู่อวัยวะอื่นในอุ้งเชิงกราน เช่น ลำไส้

2. การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดและการคัดกรองภาวะรกเกาะลึกในขณะตั้งครรภ์ (prenatal diagnosis)

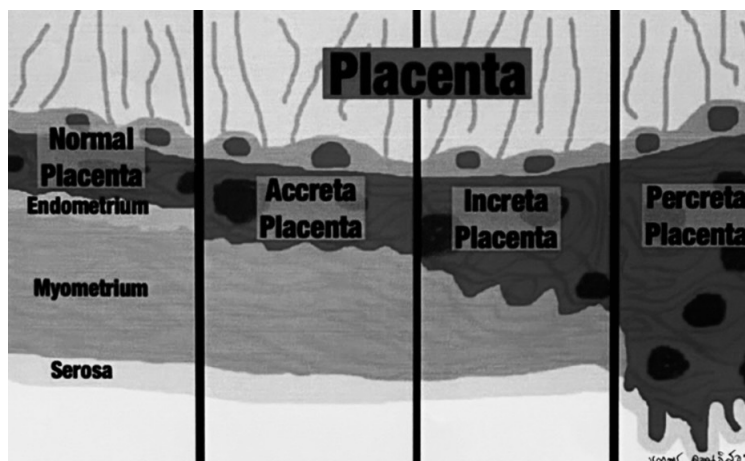


Figure 1 The classification of placental invasion of placenta accreta spectrum.

Source: Illustration created by Ms. Chadaporn Doneisaun

and screening) ปัจจุบันแนวทางการวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึกด้วยเทคโนโลยีก้าวหน้าที่ได้รับการยอมรับว่ามีความแม่นยำสูงในการตรวจวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึก ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงทางสูติกรรม การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า และการตรวจทางห้องปฏิบัติการหาค่าดัชนีชี้วัดทางชีวภาพของภาวะรกเกาะลึก รายละเอียดมีดังนี้

2.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยงทางสูติกรรม (assessment risk of placenta accreta spectrum) สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะรกเกาะลึกในสตรีตั้งครรภ์ ที่มีประวัติดังต่อไปนี้^{13,16,17}

- 2.1.1 ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 2.1.2 ภาวะรกเกาะต่ำบริเวณด้านหน้ามดลูก (anterior low-lying)

2.1.3 ได้รับการผ่าตัดบริเวณมดลูก เช่น การผ่าตัดเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก

2.1.4 การขูดมดลูก

2.1.5 รกค้างหลังคลอดและมีประวัติทำหัตถการล้างรก (previous manual removal of placenta)

2.1.6 การผ่าตัดรักษาภาวะมีบุตรยากจากความผิดปกติของมดลูก เช่น การผ่าตัดผ่านกล้องในโพรงมดลูกในรายที่มีผนังกันภายในโพรงมดลูก (bicornuate uterus)

2.1.7 การติดเชื้อในโพรงมดลูกภายหลังการคลอด (previous postpartum endometritis)

2.1.8 อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป

2.2 การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound imaging) ตามมาตรฐานเป็นเครื่องมือ

**การพยาบาลปริศลยกรรม: การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง
ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก**

หลักในการวินิจฉัยและประเมินภาวะรกเกาะลึกในสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์¹⁶ โดยการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นวิธีคัดกรองมาตรฐาน จำแนกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ชนิด 2 มิติ (2D gray scale ultrasound) และชนิด 3 มิติ (three-dimensional: 3D) ซึ่งการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงชนิด 3 มิติเป็นที่ยอมรับและมีความแม่นยำสูง โดยตรวจพบภาวะรกเกาะลึกจากการพบหลอดเลือด

จำนวนมาก (hyper-vascularization patterns หรือ tornado vessels) ที่มาเลี้ยงบริเวณเนื้อรกด้านที่ติดต่อกับผนังมดลูกในชั้น placental basal plate หรือ subplacental zone ซึ่งแทรกทะลุเข้าสู่ชั้นลิกของกล้ามเนื้อมดลูกชั้น myometrium และผนังของกระเพาะปัสสาวะ (bladder wall)¹⁷ รายละเอียด ดังรูปที่ 2 (Figure 2)

2.3 การตรวจด้วยคลื่นพลังงานสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI)

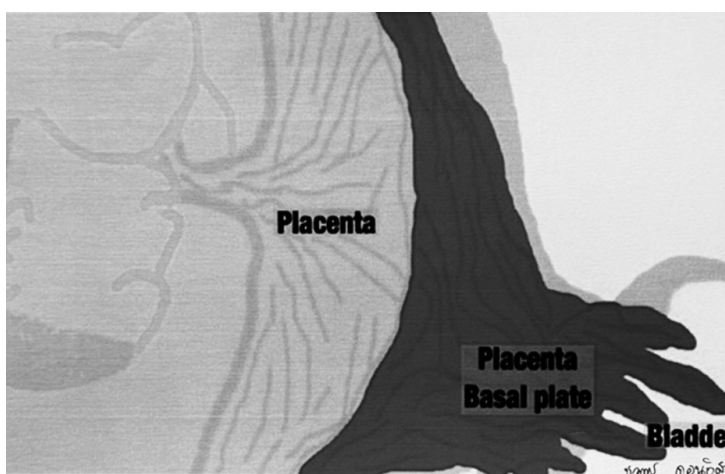


Figure 2 The placental villi invasion into myometrium of uterus and bladder wall tissue.

Source: Illustration created by Ms. Chadaporn Doneisaun

การตรวจด้วยวิธีนี้เป็น การตรวจเพิ่มเติมในสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยภาวะรกเกาะลึกชนิดลุกลามออกนอกมดลูก (placenta percreta) หรือไม่สามารถวินิจฉัยโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง¹⁷ แม้จะมีใช้วิธีการตรวจที่แนะนำในการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นวิธีแรก แต่ในกรณีต้องการยืนยันภาวะรกเกาะลึกวิธีนี้มีประสิทธิภาพดีกว่าการตรวจอัลตราซาวด์¹⁵

2.4 ดัชนีชี้วัดทางชีวภาพของภาวะรกเกาะลึก (biomarkers of placenta accreta spectrum) เป็นการตรวจหาค่า human chorionic gonadotropin (hCG), free beta-subunit (β -hCG), alpha-fetoprotein (AFP), pregnancy-associated plasma protein A

(PAPP-A) และ cell-free fetal DNA (cffDNA), ในเลือดของสตรีขณะตั้งครรภ์ เพื่อคัดกรองภาวะรกเกาะลึก ปัจจุบันการคัดกรองด้วยวิธีนี้ยังไม่เป็นที่นิยมและมีใช้มาตรฐานที่กำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติ เนื่องจากข้อจำกัดการตรวจทางห้องปฏิบัติการ¹⁷ การตรวจวินิจฉัยด้วยดัชนีชี้วัดทางชีวภาพของภาวะรกเกาะลึกมิใช่การคัดกรองมาตรฐาน เนื่องจากระดับ alpha-fetoprotein ในสตรีตั้งครรภ์มีอำนาจการพยากรณ์ต่ำ (poor predictor) และความแม่นยำไม่เพียงพอจึงไม่นิยมนำมาใช้ในทางคลินิกในการวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึก¹⁶ อีกทั้งการตรวจวิธีนี้ยังอยู่ระหว่างการวิจัยเชิงพัฒนา ด้านวิทยาการทางการแพทย์จึงอาจมีข้อจำกัด ได้แก่

ความซับซ้อนของกระบวนการตรวจ การใช้ระยะเวลานาน และค่าใช้จ่ายที่สูง จากการศึกษาดัชนีชี้วัดทางชีวภาพในซีรัมของเลือด เช่น alpha-fetoprotein (AFP), beta-human chorionic gonadotropin (β -hCG), pregnancy-associated plasma protein A (PAPP-A) และโปรตีนหรือปัจจัยชีวภาพอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะรกเกาะลึกจากการศึกษาพบช่องว่างที่สำคัญคือ ดัชนีชี้วัดทางชีวภาพส่วนใหญ่ยังไม่มีค่ามาตรฐานในการแปลผลที่ชัดเจน (well-defined cutoff values for most biomarkers) ความแปรปรวนตามช่วงอายุครรภ์มารดา (variability related to gestational age) และการแปลผลทางห้องปฏิบัติการอาจมีความเกี่ยวข้องกับภาวะผิดปกติของรกชนิดอื่น (overlapping marker levels with other placental disorders) ส่งผลให้ในปัจจุบันยังไม่สามารถกำหนดให้การตรวจดังกล่าวเป็นการคัดกรองมาตรฐานในทางคลินิกได้¹⁸

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดและการคัดกรองภาวะรกเกาะลึกในขณะตั้งครรภ์ของสูติแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติใช้การประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป หากพบว่ามีประวัติความเสี่ยงสูงต้องประเมินการวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และหากผลตรวจพบว่ารกมีลักษณะผิดปกติ จึงส่งตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นพลังงานสนามแม่เหล็กไฟฟ้าเพิ่มเติม เพื่อยืนยันตำแหน่งและความลึกของการลุกล้ำจากภาวะรกเกาะลึก¹⁷ สำหรับการตรวจดัชนีชี้วัดทางชีวภาพของภาวะรกเกาะลึกยังมีวิธีที่นำไปในการคัดกรองของสูติแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ

3. การรักษาภาวะรกเกาะลึก การรักษาภาวะรกเกาะลึกที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบทำให้สตรีตั้งครรภ์และทารกปลอดภัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้¹⁹

3.1 อายุครรภ์ที่เหมาะสมของการผ่าตัดคลอด
สูติแพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ส่วนใหญ่แนะนำให้คลอดก่อนอายุครรภ์ 36 สัปดาห์หรือก่อนมีการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเพราะมารดามีการสูญเสียเลือดปริมาณมากขณะผ่าตัด จำเป็นต้องมีการวางแผนเกี่ยวกับปริมาณเลือดและส่วนประกอบของเลือดเพื่อทดแทนการเสียเลือดให้พร้อมก่อนผ่าตัด อาจพิจารณาผ่าตัดคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่าที่กำหนดได้ ในสตรีที่มีประวัติเลือดออกหรือมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม เช่น ภาวะเลือดออกอย่างต่อเนื่อง ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ถุงน้ำคร่ำแตก (rupture of membranes) ภาวะคับขันของทารกในครรภ์ (fetal compromise) หรือมารดามีโรคร่วมที่เพิ่มความเสี่ยง (developing maternal comorbidities) อาจต้องพิจารณาคลอดก่อนกำหนดได้ แนะนำให้ทำการผ่าตัดคลอดและผ่าตัดมดลูกทันทีหลังทารกคลอดในช่วงอายุครรภ์ 34–35 สัปดาห์¹²

3.2 การผ่าตัด ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะรกเกาะลึกและแทรกทะลุเข้าสู่อวัยวะในอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทันทีหลังทารกคลอด (caesarean hysterectomy) เป็นวิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับ เนื่องจากในขณะผ่าตัดสตรีตั้งครรภ์มีความโอกาสสูญเสียโลหิตปริมาณมากจากความซับซ้อนและความรุนแรงของตัวโรคซึ่งเป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก จำเป็นต้องวางแผนการทำหัตถการและกำหนดให้เป็นผู้ป่วยในตารางการผ่าตัด (elective case) เนื่องจากต้องมีการวางแผนการรักษา การส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนดขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการทำหัตถการผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทันทีหลังทารกคลอด มีรายละเอียดสำคัญในการลดการเสียเลือดขณะผ่าตัดและการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงในสตรีที่มีภาวะรกเกาะลึก ดังนี้²⁰

การพยาบาลปรีศัลยกรรม: การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก

3.2.1 การลงแผลผ่าตัดที่มดลูก (uterine incision) หลีกเลี่ยงการลงมีดผ่านรก แนะนำแผลที่ตัวมดลูกในแนว fundus หรือ classical

3.2.2 การทำคลอดตรรกภายหลังทารกคลอดไม่ควรพยายามดึงหรือลอรกรออกจากตัวมดลูก

3.2.3 การลดปริมาณการเสียเลือดขณะตัดมดลูก สูติแพทย์เย็บผูกหลอดเลือดที่ปีกมดลูก (superior devascularization) โดยอาจเย็บผูกหลอดเลือดเลือดแดง internal iliac หรือใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการตัดหลอดเลือด

3.2.4 การเลาะบริเวณ retroperitoneal space เนื้อเยื่อต่าง ๆ ในบริเวณนี้ค่อนข้างบอบบางฉีกขาดง่ายและมีหลอดเลือดจำนวนมาก สูติแพทย์จึงควรให้ความระมัดระวังอย่างมาก

3.2.5 การเย็บผูกหลอดเลือดแดงบริเวณด้านหน้ามดลูกใกล้กระเพาะปัสสาวะ (vesico-uterine vessels ligation) เป็นตำแหน่งที่ทำให้เกิดการเสียเลือดได้ในบริเวณนี้สูติแพทย์อาจใช้อุปกรณ์ช่วยตัดหลอดเลือด

3.2.6 แนะนำการตัดมดลูกใช้เทคนิคการเปิดช่องคลอดจากทางด้านหลังมดลูก (posterior approach colpotomy) เนื่องจากพบรายงานเกี่ยวกับการลดการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะขณะตัดได้

แนวปฏิบัติการพยาบาลปรีศัลยกรรมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดร่วมกับการตัดมดลูกทางหน้าท้อง

ภาวะรกเกาะลึกมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะนี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดคลอดร่วมกับการตัดมดลูกทางหน้าท้องทันทีหลังทารกคลอด และจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากทีมสหสาขาวิชาชีพเนื่องจากเป็นเหตุการณ์รักษาที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะตกเลือดรุนแรงในระยะหลังคลอด ซึ่งอาจนำไปสู่

อันตรายถึงชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ความท้าทายของการพยาบาลปรีศัลยกรรม คือ การบูรณาการหลักการด้านการพยาบาลปรีศัลยกรรมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด (preoperative phase) ระยะผ่าตัด (intraoperative phase) และระยะหลังผ่าตัด (postoperative phase) ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดและมาตรฐานด้านการรักษาของทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพสู่มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รายละเอียดของการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกระยะการพยาบาลปรีศัลยกรรม มีดังนี้

การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ ค้นหาความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์/ครอบครัว รวมทั้งประเมินความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในทุกระยะการผ่าตัด เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจ และให้คำปรึกษาอธิบาย หรือแนะนำตามมาตรฐานของวิชาชีพ รวมถึงส่งต่อปัญหาให้ทีมสุขภาพผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

3. ตรวจสอบประวัติการรักษาที่ได้รับก่อนผ่าตัด ได้แก่ การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยจดก่อนทำหัตถการเป็นเวลาอย่างน้อย 7 วัน และแผนการรักษาของทีมสูติแพทย์ เช่น การได้รับยา Dexamethasone ทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้งก่อนวันผ่าตัด เพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์¹² เนื่องจากแผนการผ่าตัดรักษาของทีมสูติแพทย์กำหนดไว้ที่อายุครรภ์ 34 – 35⁺6 สัปดาห์ และแผนการรักษาของทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ

4. ตรวจสอบภาวะชีตจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit: HCT) พื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด และการได้รับเลือดและส่วนประกอบ

ของเลือดก่อนผ่าตัด เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในรายที่มีภาวะช็อคควรมีการติดตามความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ถ้า Hct < 30% ในรายที่อาการไม่คงที่หรือมีการเสียเลือดการให้เลือด packed red blood cells ในปริมาณ 300 มิลลิลิตร สามารถเพิ่ม Hct 3%²⁰

5. ตรวจสอบการขอเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาของสูติแพทย์และประสานงานกับห้องเลือด เพื่อนำเลือดและส่วนประกอบของเลือดมายังห้องผ่าตัดให้พร้อมก่อนเริ่มการผ่าตัด

6. ตรวจสอบการจองเตียงที่หอผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit: ICU) ที่ต้องให้การอภิบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากการผ่าตัดคลอดพร้อมการตัดมดลูกมีความซับซ้อน สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและในระยะหลังผ่าตัด

7. วางแผนการจัดเตรียมอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ห้องผ่าตัดเพื่อปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของมารดาและทารก

8. จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ชนิดต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการผ่าตัดให้ครบถ้วน เนื่องจากส่วนใหญ่การผ่าตัดคลอด

ร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทันทีหลังทารกคลอด จำเป็นต้องใช้ห้องผ่าตัดไฮบริด (hybrid operating room) เป็นห้องผ่าตัดที่มีความพร้อมเกี่ยวกับเทคโนโลยีและทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ซึ่งอยู่นอกพื้นที่ปฏิบัติงานประจำ การตรวจสอบและการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ต้องจัดเตรียมก่อนวันผ่าตัด รายละเอียดการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้ครบถ้วนก่อนผ่าตัด ดังตารางที่ 1 (Table 1)

9. ประสานงานกับแพทย์แผนกต่าง ๆ และเตรียมรายการเบอร์โทรศัพท์ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สูติแพทย์สาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกปริกำเนิด (maternal-fetal medicine specialist) สูติแพทย์สาขามะเร็งนรีเวช (gynecologic oncologists) แพทย์รังสีวิทยาวิหัจฉัย (Interventional radiologist) กุมารแพทย์ (neonatologist) ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ (urologist) และศัลยแพทย์ระบบหลอดเลือด (vascular surgeon) เป็นต้น

10. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (informed consent) และหนังสือแสดงเจตนาขอรับเลือดหรือส่วนประกอบต่าง ๆ ของเลือด

Table 1 Required instruments, equipment, and medical supplies for caesarean hysterectomy

Data	
Surgical basic set	major set caesarean section set
Suture for structure	Uterus polyglactin 910 no.0, 1 (atraumatic round needle), 0 (no needle) Peritoneum chromic no. 0, 2/0 (atraumatic round needle) poliglecaprone 25 no. 2/0 (atraumatic round needle) Skin polyglactin 910 no. 3/0 (atraumatic cutting needle), Skin stapler Other polyglactin 910 no. 2/0 (atraumatic round needle), Silk no. 2/0 (no needle) absorbale surgical hemostasis, surgical abdominal drape, Ioband

**การพยาบาลปริศลยกรรม: การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง
ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก**

Table 1 Required instruments, equipment, and medical supplies for caesarean hysterectomy (Con't)

Data		
Surgical instrument extra	right angle, piper forceps, heaney, richardson, deaver 1.5'', deaver 2'', zeppeln's parametrim straight, zeppeln's parametrim small curve	
Energy Machine	monopolar, bipolar, smart bipolar	
Equipment Machine	c-arm fluoroscopy machine.	
Medicine	antibiotic prophylaxis and antibiotic redosed dexamethasone 1 course (preoperative at ward before operation)	Follow
Post operative ward	ICU	doctor's order
Blood and blood transfusion	packed red cell (PRC) fresh frozen plasma (FFP) platelet	
Neonatal resuscitation	radiance warmer, incubator stethoscope, pulse oximeter, oxygen blender bulb syringe, meconium aspirator, face mask umbilical venous catheter set, umbilical catheter No. 5, 6 laryngoscope & Blades No. 1, 0, 2/0 endotracheal tube No. 2.5, 3, 3.5 epinephrine, 0.9 % normal saline	
Document	Document Nursing Form Records Multidisciplinary Team Consultation Form	

การพยาบาลในระยะผ่าตัด

1. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด และทวนสอบยืนยันกับสูติแพทย์เกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะหลังผ่าตัดก่อนนำสตรีตั้งครรภ์เข้าห้องผ่าตัด

2. ตรวจสอบความถูกต้องของยาปฏิชีวนะที่ใช้ในขณะการผ่าตัดและยาปฏิชีวนะที่ต้องให้ซ้ำ (antibiotic redose) ให้ถูกต้องตรงกับแผนการรักษา

3. ทวนสอบการระบุตัวและหัตถการจากสตรีตั้งครรภ์ให้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา

4. แจ้งให้สตรีตั้งครรภ์ทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง และตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด

5. ดูแลให้การพยาบาลระยะผ่าตัดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทันทีหลังทารกคลอดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รายละเอียดของกิจกรรมสำคัญและกระบวนการของทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังตารางที่ 2 (Table 2) และปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาของแพทย์สหสาขาวิชาชีพและให้การพยาบาลระยะผ่าตัดของพยาบาลปริศลยกรรมตามมาตรฐาน เพื่อให้การทำหัตถการดำเนินอย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดลำดับการปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังรูปที่ 3 (Figure 3)

6. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ก่อนเริ่มทำหัตถการและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในเอกสารทางการพยาบาลผ่าตัด

7. ดูแลเฝ้าระวังและป้องกันการปนเปื้อนเชื้อตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

8. ประเมินการสูญเสียโลหิตร่วมกับทีมวิสัญญีตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ในกรณีสตรีตั้งครรภ์มีภาวะสูญเสียเลือดมากในระยะผ่าตัดต้องร่วมประเมินการสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด และดูแลการประสานงานรับเลือดและส่วนประกอบของเลือดจากคลังเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดปริมาณมาก

9. ประสานงานกับทีมผ่าตัด ทีมวิสัญญี และเจ้าหน้าที่ตั้งครรภ์ออกจากห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา ในกรณีสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้อาจจำหน่ายกลับหอผู้ป่วยวิกฤตในทันทีหรือแพทย์สหสาขาวิชาชีพอาจลงความคิดเห็นให้ประเมินอาการหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นก่อนจำหน่ายกลับหอผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือหอผู้ป่วยวิกฤต

Table 2 Essential multidisciplinary activities, processes, and practitioners involved in elective caesarean hysterectomy for pregnant women with placenta accreta spectrum

Multidisciplinary activity	Process description	Responsible practitioner
1. Insertion of arterial catheters via both femoral arteries prior to the uterine artery embolization (UAE) procedure..	1. Insert arterial catheters via both femoral arteries before the UAE procedure. 2. Cover the catheter sites with gauze and Tegaderm dressing.	interventional radiologist and team
2. Coordinate with the multidisciplinary team.	Coordinate with the multidisciplinary team: obstetricians, pediatricians, anesthesiologists and interventional radiologists based on the duty schedules once the pregnant woman arrives in the operating room.	circulating nurse
3. Perioperative nursing care procedures prior to elective caesarean hysterectomy.	1. Prevent hypothermia by applying active warming using a forced-air warming mattress and blanket. 2. Prevent deep vein thrombosis (DVT) by applying sequential compression devices (SCDs) to both legs. 3. Provide positioning support by placing the pregnant woman in the supine position. 4. Evaluate the fetal heart rate (FHR). 5. Verify and prepare surgical instruments, equipment, and medical supplies prior to the procedure (details shown in Table 1).	circulating nurse

**การพยาบาลปริศัลยกรรม: การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง
ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก**

Table 2 Essential multidisciplinary activities, processes, and practitioners involved in elective caesarean hysterectomy for pregnant women with placenta accreta spectrum (con't)

Multidisciplinary activity	Process description	Responsible practitioner
4. Pregnant women preparation is performed according to aseptic surgical standards.	1. Gently scrub the abdominal skin with 4% chlorhexidine gluconate (CHG) scrub for 3 minutes to prevent surgical site infection, taking care not to avoid dislodging the arterial catheters in both femoral arteries. 2. Apply 10% povidone–iodine solution to the surgical field with a 3–minute contact time for additional antimicrobial protection. 3. Apply a disposable sterile abdominal drape, ensuring strict adherence to aseptic technique and avoiding contamination. 4. Insert a Foley catheter (16–20 Fr, 2–way or 3–way) using standard aseptic technique.	obstetric doctor
5. General anesthesia procedure.	Pregnant women undergoing the procedure receive general anesthesia with endotracheal intubation to ensure airway protection and adequate ventilation.	anesthesiologist and team
6. Preparing the gelfoam for uterine artery embolization (UAE).	Performed under standard sterile technique. Using a sterile no. 11 surgical blade, the gelfoam sheets are trimmed into small particles for use during the UAE procedure.	interventional radiologist and team
7. Caesarean section procedure.	1. Follow the standard step–by–step caesarean section procedure. 2. After childbirth, secure the uterus and control bleeding using sutures, towel clips, or sponge–holding forceps to facilitate surgical control and ensure optimal exposure for the subsequent hysterectomy.	obstetric doctor and team
8. Neonatal resuscitation procedure.	Following childbirth, standard neonatal resuscitation measures are initiated, including warming, drying, stimulation, positioning, and airway clearance. If ventilatory support is required, it is provided in accordance with neonatal resuscitation guidelines.	pediatrician and circulating nurse

Table 2 Essential multidisciplinary activities, processes, and practitioners involved in elective caesarean hysterectomy for pregnant women with placenta accreta spectrum (con't)

Multidisciplinary activity	Process description	Responsible practitioner
9. Uterine artery embolization (UAE) procedure.	1. Contrast medium is administered to delineate uterus under C-arm fluoroscopic guidance to delineate the pelvic vasculature and uterine arteries. 2. Subsequently, Gelfoam particles are delivered through bilateral femoral arterial catheters to achieve temporary occlusion of the uterine blood supply and reduce uterine blood flow.	interventional radiologist and team
10. Hysterectomy procedure after uterine artery embolization.	Following uterine artery embolization, the hysterectomy procedure is performed under controlled hemodynamic conditions to enhance surgical safety and reduce the risk of massive hemorrhage. This complex procedure requires coordinated management among an experienced multidisciplinary team to optimize surgical outcome and ensure maternal safety.	1. Obstetric doctor 2. Specialty surgeons from general surgery, urology, or vascular surgery
11. Coordination with the interventional radiologist.	After completing all procedures, the interventional radiologist on duty should be contacted to perform UAE balloon deflation and remove both femoral arterial catheters.	circulating nurse
12. UAE balloon deflation and removal of both femoral arterial balloons and catheters.	1. Deflate and remove the internal iliac artery balloons and arterial catheters. 2. Perform vascular closure of the bilateral common femoral arteries using an Angio-Seal vascular closure device. 3. Apply a pressure dressing to both groin upon completion of the procedure.	interventional radiologist and team
13. Evaluation of potential intra-abdominal bleeding.	Perform a systematic assessment for intra-abdominal bleeding and achieve hemostasis prior to sequential, layer-by-layer closure of the abdominal wall to the skin layer.	obstetric doctor
14. Postoperative care.	After the surgery is completed, a multidisciplinary team approach is implemented to evaluate and provide collaborative maternal care in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU). The patient may then be transferred to the Intensive Care Unit (ICU), or in some cases, transferred directly to the ICU immediately after surgery.	multiidisciplinary team

**การพยาบาลปริศัลยกรรม: การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง
ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก**

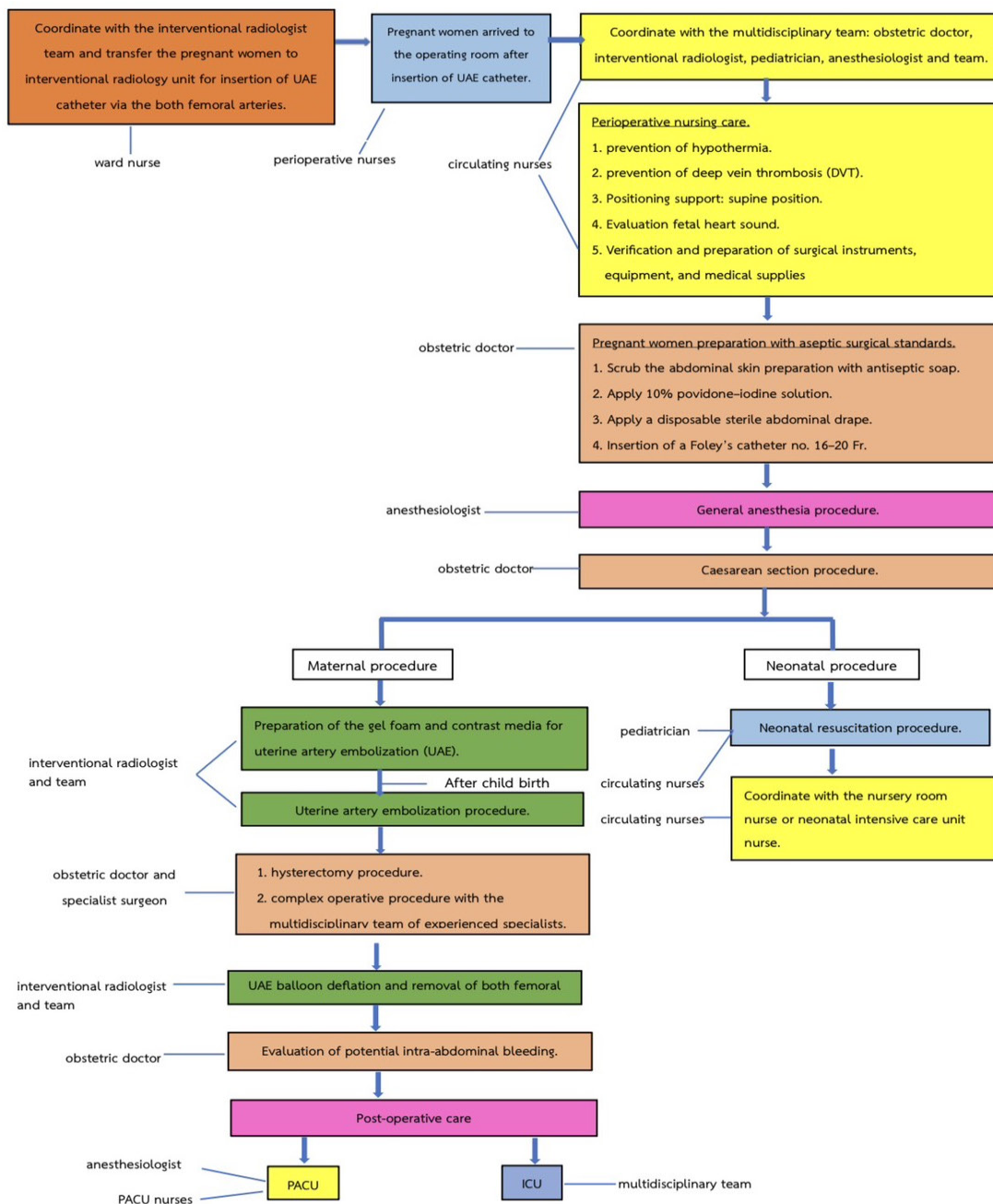


Figure 3 Workflow of procedures and intraoperative nursing care in elective caesarean hysterectomy for pregnant women with placenta accreta spectrum at Ramathibodi Hospital
Source: Original diagram created by Ms. Rattana Permpech and Ms. Phinruethai Praditsilp

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด

1. ประเมินติดตามสัญญาณชีพ อาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และลงบันทึกในแบบบันทึก Post Anesthetic Care Unit (PACU) การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ลงบันทึกและประเมินทุก 5 นาที นาน 60 นาที จนถึงกำหนดเวลาจำหน่ายกลับบ้านหรือผู้ป่วย หากสัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าหรือน้อยกว่าร้อยละ 20 ของสัญญาณชีพเดิมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ควรเพิ่มความถี่ของเวลาการประเมินซ้ำเพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และรายงานให้วิสัญญีแพทย์รับทราบเพื่อประเมินซ้ำและวางแผนการรักษาต่อไป

2. ประเมินอาการของสตรีตั้งครรภ์หลังได้รับยาบรรเทาความรู้สึกตามเกณฑ์ของ modified aldrete score การประเมินทุก 15 นาที นาน 60 นาที หัวข้อการประเมินที่พยาบาลต้องประเมินทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (activity) การหายใจ (respiratory) การไหลเวียนเลือด (circulatory) ระดับการตอบสนองของผู้ป่วย (consciousness) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (oxygen saturation) การมีเลือดซึมหรือปริมาณเลือดที่ออกจากบริเวณแผลผ่าตัดและสายระบาย (bleeding) ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด (pain) อาการคลื่นไส้และอาเจียน (nausea and vomiting) ต้องมีคะแนนรวมทั้งหมดยกก่อนจำหน่าย (discharge score) มากกว่า 13 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละหัวข้อคือ 0-2 คะแนน และต้องไม่มีคะแนนในหัวข้อใดมีคะแนนเป็น 0 จึงจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นได้ หากข้อใดที่มีคะแนนเป็น 0 ควรรายงานให้วิสัญญีแพทย์รับทราบ และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ หากมีการให้ยาหรือการเฝ้าระวังติดตามอาการตามแผนการรักษาต้องประเมินซ้ำตามเกณฑ์ทุก 15 นาที

3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใช้คุณภาพของ gel foam ที่ใช้อุดกั้นบริเวณหลอดเลือดแดงที่ส่งเลือดไปยังมดลูกจากการทำหัตถการ uterine artery embolization: UAE ทำให้หลอดเลือด iliac อุดตัน (internal iliac balloon occlusion) โดยการคลำบริเวณ (dorsalis pedis pulse) ของขาทั้ง 2 ข้าง ทุก 15 นาที และสังเกตอาการบวมที่บริเวณปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ตรวจสอผ้าปิดแผลบริเวณขาหนีบ (groins) ทั้ง 2 ข้างให้อยู่ในลักษณะปิดแน่น (pressure dressing) ป้องกันการเลื่อนหลุดหรือเปิดออก หากพบต้องรายงานให้สูติแพทย์รับทราบทันที เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

4. ประเมินความสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 15 นาที และประเมินอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

5. ประเมินและดูแลตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์

6. ติดตามประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย/หอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับแผนการรักษาต่าง ๆ การประเมินป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ uterine artery embolization: UAE ได้แก่ การห้ามงอขาทั้ง 2 ข้างหลังการผ่าตัด นาน 4-8 ชั่วโมง และส่งต่อข้อมูลสำคัญในห้องผ่าตัดให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบก่อนจำหน่ายกลับบ้านหรือผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การพยาบาลปรีศัลยกรรมในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจากภาวะรกเกาะลึกที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดร่วมกับการตัดมดลูกทางหน้าท้องให้ปลอดภัยเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลปรีศัลยกรรม ภาวะ

การพยาบาลปริศลยกรรม: การผ่าตัดคลอดร่วมกับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก

แทรกซ้อนที่สำคัญเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาและทารกมาจากภาวะตกเลือดรุนแรง การวินิจฉัยอย่างถูกต้องและแม่นยำในระยะก่อนคลอดของทีมสูติแพทย์นำมาสู่การวางแผนการรักษามีมาตรฐาน ซึ่งปัจจัยสำคัญด้านความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์และทารก คือการได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์รวมถึงพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพและมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลปริศลยกรรมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด การกำหนดมาตรฐานเชิงปฏิบัติให้แก่พยาบาลปริศลยกรรมเป็นการยกระดับการพยาบาลปริศลยกรรมโดยให้ความสำคัญกับการเตรียมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานของทุกทีมสหสาขาวิชาชีพ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือทางศัลยกรรม อุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ การติดต่อประสานงานการสื่อสารอย่างเป็นระบบ ตลอดจนให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการประเมินค้นหาความเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมุ่งหมายในการปฏิบัติ การพยาบาลโดยเน้นสตรีตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลาง ทั้งหมดช่วยส่งเสริมมาตรฐานวิชาชีพด้านคุณภาพการพยาบาลปริศลยกรรมและเพิ่มความปลอดภัยแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึกที่เข้ารับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Le LV, Handa VL, editors. Te Linde's operative gynecology. 13th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2023.
2. Depke M, Brennan BG, Dielentheis KA, Talavera F, Isaacs C, Smith JR. Management of the third stage of labor [Internet]. New York (NY): WebMD LLC; 2025 [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/275304-overview>
3. Jauniaux E, Jurkovic D, Hussein AM, Burton GJ. New insights into the etiopathology of placenta accreta spectrum. Am J Obstet Gynecol. 2022;227(3):384–91.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta accreta spectrum [Internet]. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists; 2018 [cited 2025 Aug 4]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2018/12/placenta-accreta-spectrum>
5. Mogos MF, Maxa T, Watts J, Laylor UJ, Emerson SH, Gillyard Cheairs T. Update on trends in placenta accreta syndrome and its impact on maternal–fetal morbidity in the United States. Womens Health Rep (New Rochelle). 2025;6(1):988–1000. doi:10.1177/26884844251378999
6. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Statistical report on pregnant women with placenta accreta spectrum receiving care at Ramathibodi Hospital, 2021–2025. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2025. Internal report. (in Thai)
7. Ahmed KA, GadElrab MT, Mohamed SRM, Ibrahim OA. Maternal and fetal outcome in placenta accreta spectrum (PAS): a prospective study at Minia University Maternity Hospital. Minia J Med Res. 2025;36(2):142–9.
8. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Placenta accreta spectrum management [Internet]. Bangkok: Mahidol University; 2023 [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/rama-km/cat/main/CKM05/755> (in Thai)
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e168–86. doi:10.1097/AOG.0000000000002351
10. Subcommittee on Professional Standards 2019–2021, Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical practice guideline for the prevention and management of postpartum hemorrhage. Bangkok: Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2020. (in Thai)

11. Einerson BD, Healy AJ, Lee A, Warrick C, Combs CA, Hameed AB. Society for Maternal-Fetal Medicine special statement: Emergency checklist, planning worksheet, and system preparedness bundle for placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol.* 2024;230(1 Suppl):B2-B11.
12. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Introduction. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;140(3):261-4.
13. Blanks L, Jones NW. A placenta accreta spectrum review: focusing on antenatal care and surgical approach. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2026;36(2):55-62.
14. 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.
15. Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Langhoff-Roos J; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;146(1):20-4. doi:10.1002/ijgo.12761
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):e259-75.
17. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;140(3):274-80.
18. Givens M, Valcheva I, Einerson BD, Rogozinska E, Jauniaux E. Evaluation of maternal serum protein biomarkers in the prenatal evaluation of placenta accreta spectrum: a systematic scoping review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024;103(12):2335-47. doi:10.1111/aogs.14918
19. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Clinical tracer: placenta accreta management. Bangkok: Ramathibodi Hospital; 2025. Internal guideline. (in Tha)
20. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. RTCOG clinical practice guideline: management of placenta accreta spectrum [Internet]. Bangkok: RTCOG; 2024 [cited 2025 Aug 4]. Available from: https://www.rtcog.or.th/files/1728030741_232a0c4de87a672992ee.pdf