

รายงานผู้ป่วยสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกติดแน่น ชนิดที่แทรกตลอดแนวลำไส้เนื้องดลูกและ ทะลุเข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ

วิศิษฐ์ ค้อสุวรรณเดe วท.บ.(วิทยาศาสตร์การแพทย์), พ.บ., อ.ว.สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา,
อ.ว. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

บทคัดย่อ

ภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวลำไส้เนื้องดลูก เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยนักในอดีต แต่ในปัจจุบันพบได้บ่อยขึ้น เนื่องจาก อุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอด รวมทั้งการตั้งครรภ์ในการคนสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ภาวะนี้อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ต่อทั้งมารดา และทารก จากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรืออันตรายต่อวัยวะข้างเคียงจากการที่รักษาหลอดเลือดดำไว้ในกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ การรักษาอาจทำได้โดยผ่าตัดนำมดลูกออกพร้อมกับรัก หรือให้ยาและสังເກotaการโดยยังเก็บมดลูกและรักไว้ด้วยกัน รายงานนี้ นำเสนอผู้ป่วยสตรีตั้งครรภ์ที่ 3 อายุ 43 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจคลินิสี่ยงความถี่สูงว่ามีภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอด แนวลำไส้เนื้องดลูก และทะลุเข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยได้รักษาโดยผ่าตัดคลอดดูตรและตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมดใน คราวเดียวกัน จากการผ่าตัด ได้ทารกเพศชายลักษณะปกติ น้ำหนัก 2,700 กรัม คะแนน Apgar ที่นาทีที่ 1 และ 5 เท่ากับ 10 และ 10 ตามลำดับ มีการเสียเลือดในระยะแรกหลังตัดมดลูกประมาณ 2,000 มล. หลังจากนั้นพบว่ามีภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติก็ขึ้น ทำให้มีเลือดออกเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 2,000 มล. ซึ่งจำเป็นต้องให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดจึงสามารถหยุดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไว้ได้ หลังผ่าตัดมารดาและทารกพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 11 วัน จากการตรวจหลังผ่าตัด 1 เดือน พบว่าทั้งมารดาและทารก มีสุขภาพแข็งแรงดี

Abstract

Placenta Percreta with Bladder Wall Invasion: A Case Report

Wisist Khorsuwandee BSc (Med), MD

Department of Obstetrics and Gynecology, BMA Medical College and Vajira Hospital

Placenta percreta was a very rare condition in the past. However, it is becoming more common in view of the increasing rates of cesarean section and advanced maternal age pregnancy. This condition could be life-threatening for both mother and infant, due to the consequences of disseminated intravascular coagulation (DIC) as well as its penetration into the adjacent organs such as intestine or urinary bladder. The treatment of placenta percreta can be done by either peripartum hysterectomy or medical therapy with conservation of the uterus and placenta. In this case report, a 43-year-old pregnant woman, gravida 3, was prenatally diagnosed as having placenta percreta with bladder wall invasion by an ultrasonographic study. She underwent a cesarean section with subtotal hysterectomy. Her infant was a normal male infant weighing 2,700 grams. The Apgar scores at 1 and 5 min were 10 and 10 respectively. Immediately post hysterectomy, the estimated blood loss was 2,000 ml. After that, there was a serious event of DIC causing further bleeding about 2,000 ml. This resulted in a necessarily blood and blood components replacement, so that such complication could be overcome. Postoperatively, both mother and infant were admitted for 11 days. At 1-month follow-up, they were in good condition.

บทนำ

ภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกติดแนวกล้ามเนื้องคูกุ (placenta percreta) เป็นภาวะที่พบได้ไม่น้อยนัก แต่อาจทำให้เกิด อันตรายถึงแก่ชีวิตได้ต่อทั้งมารดาและทารก¹ โดยทั่วไปพบ อุบัติการณ์ของภาวะนี้ประมาณ 1 ต่อ 533 ถึง 1 ต่อ 100,000 ของการคลอด^{1,2} อุบัติการณ์จะเพิ่มมากขึ้นในมารดาที่เคยผ่าตัด กลอดบุตร มารดาสูงอายุ และมารดาที่มีภาวะรกເගເຕໍ່າ^{3,4} การ วินิจฉัยในขณะตั้งครรภ์สามารถทำได้โดยใช้เครื่องตรวจคืนเสียง ความถี่สูงชนิดคอมปเล็คเตอร์⁴⁻⁶ ซึ่งจะพบว่าไม่มีแนวแยกระหว่างรก และชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก และพบว่ามีการไหลเวียนของเลือดตลอด แนวกล้ามเนื้องคูกุ ในรายที่หงลุข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ จะพบการไหลเวียนของเลือดในผนังกระเพาะปัสสาวะด้วย ทำให้ เทียนน้ำปัสสาวะอยู่ชิดกับแนวการไหลเวียนของเลือดในผนังกระเพาะ ปัสสาวะ^{6,7} กรณีที่ตรวจขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 และ 2 อาจจะ พบแคนเมื่อภาวะรกເගເຕໍ່າ⁸ การรักษาโดยมากต้องทำการผ่าตัดมดลูก ออกพร้อมกับรกร⁴ ซึ่งจะมีการเตรียมผ่าตัดแตกต่างกันบ้างขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์และความชำนาญของแพทย์ แต่ก็ต้องอาศัยทีมแพทย์ หลายสาขา ได้แก่ สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ทางเดิน ปัสสาวะ และกุมารแพทย์ บางรายงานมีการรักษาโดยใช้ยาและ สังเกตอาการโดยยังเก็บน้ำดูดจากไวด้วยกัน^{1,4} ซึ่งพบว่า บางราย ได้ผลดี คือ มีการสลายตัวของรกรจนหมด แต่บางรายมีการตกเลือด หลังคลอดและต้องทำการตัดมดลูกแบบฉุกเฉิน⁴ รายงานนี้ได้เสนอ กรณีศึกษาเป็น ผู้ป่วยสตรีพังค์ครรภ์ที่ 3 อายุ 43 ปี มาฝากครรภ์ที่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวิรพยาบาล ตรวจพบ ก่อนคลอดว่ามีภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกติดแนวกล้ามเนื้องคูกุ

และหงลุข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ ให้รักษาโดยผ่าตัด กลอดบุตรและตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมด (subtotal hysterectomy) ในคราวเดียวกัน

รายงานผู้ป่วย

ประวัติ

สตรีตั้งครรภ์ อายุ 43 ปี จำกัดดูรังสุดท้ายไม่ได้ ตั้งครรภ์ที่ 3 เกย์ผ่าตัดคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง เริ่มฝ่ากรรภ์ครั้งแรกที่วิทยาลัย ขณะที่มีอายุครรภ์เท่ากับ 20 สัปดาห์ 5 วัน จากการตรวจด้วยคลื่น เสียงความถี่สูง พบร่วมภาวะรกເගເຕໍ່า low lying เนื่องจาก มารดาอายุมาก จึงให้คำปรึกษาเรื่อง ความเสี่ยงของثارกที่อาจ จะมีความผิดปกติของโครโนไซม์ ผู้ป่วยต้องการให้เจ้าหน้าที่ร่วม ตรวจหาโครโนไซม์ของทารก ผลการตรวจพบว่าโครโนไซม์ปกติ (46, XY)

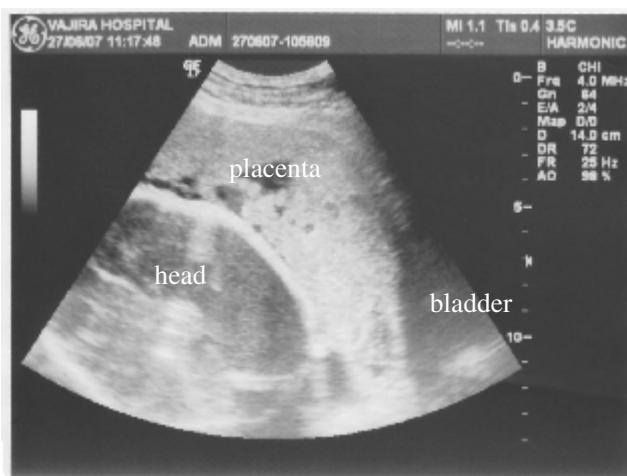
ขณะที่อายุครรภ์ประมาณ 27 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้เดินทางไป เยี่ยมญาติที่ต่างจังหวัด และเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ มีเลือดออก จากช่องคลอด ได้เข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งเป็นระยะเวลา 27 วัน ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงไม่พบความผิดปกติของทารก ในครรภ์ คงเน้นหันหน้าหากคราบได้ 964 กรัม จากการตรวจเพิ่มเติม ด้วยวิธีคอมปเล็คเตอร์ สงสัยว่ามีภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกติด แนวกล้ามเนื้องคูกุ เนื่องจากไม่พบแนวแยกระหว่างรกและ ชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก พบรนังกระเพาะปัสสาวะมีลักษณะไม่เรียบ และมีการไหลเวียนของเลือดบวมผนังกระเพาะปัสสาวะ ระหว่าง ที่พักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยา dexamethasone ขนาด

6 นก. นีดเข้าก้านเนื้อทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการพัฒนาของปอดทารก ระหว่างนั้นบังคับร้องจะมีเลือดออกทางช่องคลอดขณะที่มีอาการปวดปัสสาวะ หลังจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงออกลับน้ำยังกรุงเทพมหานคร

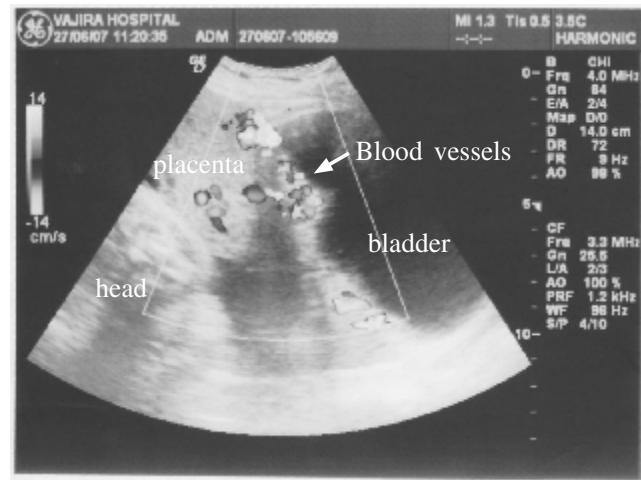
ผู้ป่วยได้นำพบแพทย์ที่ห้องตรวจครรภ์ วิทยาลัย เมื่ออายุครรภ์ได้ 31 สัปดาห์ 2 วัน ด้วยอาการเลือดออกทางช่องคลอดได้รับรักษาโดยเข้าพักในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการเลือดออกพร้อมทั้งตรวจความเข้มข้นของเลือด ติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ และการบีบหัวตัวของมดลูก เป็นระยะอย่างใกล้ชิด ต่อมามีผู้ป่วยอาการดีขึ้นไม่มีเลือดออกไม่เจ็บครรภ์ ทารกในครรภ์ดีนักปกติ และผู้ป่วยต้องการพักผ่อนที่บ้านจึงอนุญาตให้กลับบ้าน หลังจากนั้นได้มีการตรวจต่อเนื่องอีก 2 ครั้ง โดยไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด จนกระทั่งอายุครรภ์ครบกำหนดจึงเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมการผ่าตัดคลอด

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงชนิดดูเป็นปลอร์ (color doppler ultrasound)

ผลการตรวจครั้งที่ 1 ขณะที่อายุครรภ์เท่ากับ 35 สัปดาห์ 4 วัน พนทารกในครรภ์มีลักษณะปกติ คะแนนหนักได้ 2,433 กรัม รากakeaoอยู่ด้านหน้าของมดลูก มีลักษณะเก่าด่า และพบภาวะรกรติดแน่นชนิดที่แทรกติดด้วยก้านเนื้องดลูก และแทรกเข้าไปในชั้นผนังกระเพาะปัสสาวะ และผลการตรวจครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินทารกและร ก พนทารกอยู่ในท่าขวา นอนคว่ำ (dorsosuperior position) การเต้นของหัวใจทารกปกติ พบรากยังมีลักษณะผิดปกติเหมือนการตรวจในครั้งแรก (รูปที่ 1 และ 2)



รูปที่ 1 แสดงรากakeaoอยู่ด้านหน้าส่วนล่าง



รูปที่ 2 แสดงหลอดเลือดจากรากakeaoสู่กระเพาะปัสสาวะ

การวางแผนการรักษา

จากการตรวจได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น placenta percreta จึงได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติโดยละเอียดเกี่ยวกับการวิธีการรักษาและการแพร่กระจายของเชื้อในร่างกาย ตั้งครรภ์ที่จะเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความต้องการข้อมูลและความติดอกกันใจเกณฑ์ที่สูงมาก⁹ พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ออกสรุปแผนการรักษาดังนี้

1. การรักษาจะทำการผ่าตัดแบบ elective cesarean hysterectomy or subtotal hysterectomy ในขณะอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 4 วัน
2. การลงมือผ่าตัดที่ผิวหนังจะเป็นแนวตั้ง ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการลงมือผ่าตัดที่มดลูกส่วนบนแบบรูปตัว “C” เพื่อหอบดำเนินการที่รกรากและต้องทำการคลอดทารกแบบ total breech extraction
3. ปรึกษากลุ่มแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งแนะนำว่าขณะที่จะເດາະແຍກกระเพาะปัสสาวะให้ใส่ normal saline ทางสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะโป่งอุกจะทำให้ง่ายต่อการแยกห่วงรกรากที่หลุมคลูกอกมาและกระเพาะปัสสาวะ
4. เตรียมเลือดและส่วนประကบของเลือด ให้มากพอ
5. ปรึกษาวิสัญญีแพทย์ในการให้ยาระงับความรู้สึก และปรึกษาภูมิแพทย์ในการเตรียมรับทารกแรกเกิด

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันเลือด 110/70 มม. ปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิภายใน 37°C ระบบหัวใจและปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจหน้าท้อง มีรอยแพลงผ่าตัดเดิม

อยู่แนววางระดับเหนือหัวเหง่า จากการคลำพบว่ามดลูกสูง 3/4 เหนือระดับสะโพก การถอยหลังในท่าทาง นอนคว่ำ (dorsosuperior position) การเดินของหัวใจการกบกติ ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การรักษา

Cesarean section with subtotal hysterectomy โดยมีขั้นตอนในการผ่าตัดดังนี้

- ลงมือผ่าตัดที่ผิวหนังในแนวตั้ง และตัดเลาชั้นเนื้อเยื่อต่าง ๆ จนเข้าช่องท้อง
- ลงมือผ่าตัดที่มดลูกส่วนบนแบบรูปตัว “C”
- ทำคลอดทารกโดยวิธี total breech extraction
- ได้การแพทย์ดักษณะปกติ น้ำหนัก 2,700 กรัม คะแนน Apgar ที่นาทีที่ 1 และ 5 เท่ากับ 10 ทั้ง 2 ครั้ง
- เป็นผู้กอบริเวณแผลที่มดลูกเพื่อยุดเลือด
- ตัดและผูก round ligament ทั้ง 2 ข้าง
- ระบุ uterine artery และท่อไตทั้ง 2 ข้าง
- ตัดและเป็นผูก uterine artery ทั้ง 2 ข้าง
- ให้ผู้ช่วยใส่ normal saline ประมาณ 200 มล. เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะทางสายสวนกระเพาะปัสสาวะ เพื่อให้เห็นรอยต่อระหว่าง กระเพาะปัสสาวะกับกระเพาะปัสสาวะ ไม่คลุกออกมานำไปจ่ายและซัดเจน ทำการเลาแยกกระเพาะปัสสาวะให้แยกออกจากผนังด้านหน้าของมดลูก
- จากนั้นจึงทำ subtotal hysterectomy
- ในระยะแรกมีการเสียเลือดประมาณ 2,000 มล.
- เมื่อเตรียมปีดแพลงผ่าตัดหน้าห้องพนวมมีเลือดซึ่นออกจากบริเวณแผลผ่าตัดที่เลือดหยุดไปแล้ว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พนวมมี prolong PT, PTT ซึ่งบ่งบอกว่ามีภาวะแทรกซ้อน DIC เกิดขึ้น
- ให้การรักษาภาวะ DIC ในขณะผ่าตัดโดยให้ PRC, FFP, platelet concentration และ vitamin K
- ผู้ป่วยได้รับเลือด และส่วนประกอบของเลือดดังนี้ PRC 8 unit, FFP 5 unit และ platelet concentration 15 unit
- ใช้เวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 4 ชั่วโมง 25 นาที

พยาธิสภาพที่ตรวจพบ

มดลูกขนาดโตเท่าครรภ์ครึ่งกำหนด รังไข่ทั้ง 2 ข้าง มีลักษณะปกติ มีหลอดเลือดจำนวนมากปรากฏอยู่บนผิวนอกของมดลูกด้านหน้าบริเวณส่วนล่าง และบริเวณผนังของกระเพาะปัสสาวะบางส่วนของมดลูกส่วนล่างด้านหน้า บริเวณที่ติดกับคอมดลูก พนวมมีเนื้อรักษาลุกออกมาน้ำ (รูปภาพที่ 3)



รูปที่ 3

เนื้อรักที่ทะลุผ่านมดลูกด้านหน้าส่วนล่างเข้าสู่ผนังกระเพาะปัสสาวะ

ผลตรวจทางพยาธิวิทยา

Microscopically, the cervix without ectocervical part shows no specific change. Sections of the uterine wall: placental tissue directly attached to the myometrial layer and some parts of placental tissue involved through the uterine wall.

ผลการรักษา

หลังผ่าตัดผู้ป่วยและทารก หายเป็นปกติ รวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 11 วัน จากการตรวจหลังผ่าตัด 1 เดือน พนวมทั้งมารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

วิชาชีณ

ภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก (placenta percreta) เป็นภาวะที่พบได้ไม่น้อย^{1,2} สาเหตุเกิดเนื่องจาก การขาดชั้น nitabuch layer ซึ่งเป็นชั้นที่ช่วยให้รักลอกตัวในระยะหลังคลอด ทำให้รักเกาะแน่นกับเยื่อบุโพรงมดลูก ไม่สามารถลอกออกได้ รวมกับมีการขยายตัวของหลอดเลือดของรากแทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก^{4,5} การวินิจฉัยก่อนคลอดทำได้โดยใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงนิดเดียวและปล่อยไปในผู้ป่วยรายนี้พบว่ารักเกาะต่ำแบบ low lying ทางด้านหน้า รวมกับมีภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก ก็มีหลอดเลือดของรากแทรกตลอดแนวหันกล้ามเนื้อและพบการไหหลอดเลือดในผนังกระเพาะปัสสาวะด้วย ในบางรายจะทะลุเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะทำให้มีอาการปัสสาวะเป็นเลือด⁴ บางรายก็อาจมีอาการเจ็บกระเพรกตอนกำหนด^{4,8} ซึ่งการรักษาในระยะนี้จะทำแบบประคับประคอง⁴ โดยให้ยาระงับการบีบตัวของมดลูก และให้ยาในกลุ่ม corticosteroids เพื่อกระตุนการเจริญของปอดทารก การตัดสินใจให้คลอดจะทำก็ต่อเมื่อประเมินว่าทารกในครรภ์มีขนาดโตพอสมควรและมีการเจริญของปอดเพียงพอที่จะหายใจได้ดี หรือมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงจนไม่สามารถให้การรักษาแบบประคับประคองต่อไปได้⁴ ซึ่งต้องมีการให้ข้อมูลอย่างละเอียดแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนที่จะทำการคลอด⁹

การรักษาภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูกและทะลุเข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ อาจทำโดยการผ่าตัดมดลูกออกพร้อมกับรกร^{4,7} ในรายนี้กำหนดผ่าตัดคลอดบุตรและตัดมดลูกออกขณะอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัดได้มีการตรวจร่างกายในครรภ์อีกรึ่งโดยใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อหาตำแหน่งทารกและตำแหน่งที่ควรจะลงมีผ่าตัด ในขณะผ่าตัด พบว่าพิวของมดลูกบริเวณที่ติดกับกระเพาะปัสสาวะมีรักและหลอดเลือดทะลุออกจากโพรงมดลูกหลายจุด การทำการตัดโดยลงมีดบริเวณส่วนบนของมดลูก เมื่อคลอดทารกแล้วจึงเชื่อมขับแพลงท์มดลูกเพื่อหยุดเลือดไว้ก่อน หลังจากนั้นจึงเริ่มผ่าตัดมดลูกออกโดยหลีกเลี่ยงบริเวณกระเพาะปัสสาวะ จนกระทั่งสามารถตัดและผูก uterine arteries ทั้ง 2 ข้างไว้ได้ เพื่อคลอดริมามันเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกและกระเพาะปัสสาวะ หลังจากนั้นใส่ normal saline ประมาณ 200 ml. เข้าทางสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้เห็นผนังกระเพาะปัสสาวะได้ชัดเจน แล้วจึงเริ่มดำเนินการกระเพาะปัสสาวะออก แต่ก็ยังพบว่ามีเลือดออกมากขณะที่ดำเนินการ

ต้องคงอยู่ดูแลเลือดตลอดเวลา จึงตัดสินใจทำผ่าตัดแบบตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมด

อย่างไรก็ตามมีบางรายงาน ที่ให้การรักษาแบบไม่ตัดมดลูกโดยทำการลอดเฉพาะทารกและปล่อยให้รกรไว้ ให้ติดกับมดลูกต่อไปจากนั้นสังเกตอาการอย่างเดียวหรืออาจให้ยา methotrexate ร่วมด้วย^{1,4} ซึ่งบางรายได้ผลดี แต่บางรายเกิดการตัดเลือดหลังคลอดและต้องทำผ่าตัดมดลูกออกแบบบุกเฉิน

สรุป

ภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก เป็นภาวะที่พบได้ไม่น้อย รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยตั้งครรภ์ ที่มีภาวะแทรกซ้อน คือ รกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูกและทะลุเข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ ได้ให้การรักษาโดยการผ่าตัดคลอดบุตร ร่วมกับการตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมด มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากภาวะ DIC ได้ให้เลือดพร้อมส่วนประกอบของเลือดทดแทนจนเลือดหยุด หลังการผ่าตัดทั้งมารดา และการปลดล็อก

เอกสารอ้างอิง

- Pearl ML, Escamilla G, Karpel BM, Kaplan C, Jones C, Westermann C. Conservative management of placenta percreta with involvement of the ileum. Arch Gynecol Obstet 1996; 258: 147-50.
- Roeters AE, Oudijk MA, Heydanus R, Bruinse HW. Pregnancy outcome after intra-abdominal bleeding due to placenta percreta at 14 weeks of gestation. Obstet Gynecol 2007; 109: 574-6.
- Esmans A, Gerris J, Corthout E, Verdonk P, Declecq S. Placenta percreta causing rupture of an inscarred uterus at the end of the first trimester of pregnancy-case report. Hum Reprod 2004; 19: 2401-3.
- Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta. A review. Obstet Gynecol Surv 1998; 53: 509-17.

5. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, et al. Accuracy of ultrasoundography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 573–81.
6. Taipale P, Orden MR, Manninen H, Alafuzoff I. Prenatal diagnosis of placenta accreta and percreta with ultrasonography, color doppler and magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 537–40.
7. Chou MM, Ho ES, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 15: 28–35.
8. Zeeman GG, Allaire A, Whitecar PMD, Moise KJ. Second trimester presentation of placenta percreta. *Am J Perinatol* 1999; 16: 475–8.
9. Orathai Boonlert, Sangtien Thamlikitkul. The anxiety and information need of the pregnant women before cesarean section. *Vajira Med J* 2002; 46: 136–43.