

รายงานผู้ป่วยสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกติดแน่น ชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูกและ ทะลุเข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ

วิศิษฐ์ คอสุวรรณดี วท.บ.(วิทยาศาสตร์การแพทย์), พ.บ., ว.ว.สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา,
อ.ว. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

บทคัดย่อ

ภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยนักในอดีต แต่ในปัจจุบันพบได้บ่อยขึ้น เนื่องจากอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอด รวมทั้งการตั้งครรภ์ในมารดาสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ภาวะนี้อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ต่อทั้งมารดาและทารก จากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรืออันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงจากการที่รกเกาะทะลุเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ การรักษาอาจทำได้โดยผ่าตัดนำมดลูกออกพร้อมกับรก หรือให้ยาและสังเกตอาการโดยยังเก็บมดลูกและรกไว้ด้วยกัน รายงานนี้ นำเสนอผู้ป่วยสตรีตั้งครรภ์ที่ 3 อายุ 43 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงว่ามีภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก และทะลุเข้าบริเวณชั้นผนังกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยผ่าตัดคลอดบุตรและตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมดในคราวเดียวกัน จากการผ่าตัด ได้ทารกเพศชายลักษณะปกติ น้ำหนัก 2,700 กรัม คะแนน Apgar ที่นาทีที่ 1 และ 5 เท่ากับ 10 และ 10 ตามลำดับ มีการเสียเลือดในระยะแรกหลังตัดมดลูกประมาณ 2,000 มล. หลังจากนั้นพบว่ามีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้มีเลือดออกเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 2,000 มล. ซึ่งจำเป็นต้องให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดจึงสามารถหยุดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไว้ได้ หลังผ่าตัดมารดาและทารกพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 11 วัน จากการตรวจหลังผ่าตัด 1 เดือน พบว่าทั้งมารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรงดี

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

ภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก (placenta percreta) เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยนัก แต่อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ต่อทั้งมารดาและทารก¹ โดยทั่วไปพบอุบัติการณ์ของภาวะนี้ประมาณ 1 ต่อ 533 ถึง 1 ต่อ 100,000 ของการคลอด^{1,2} อุบัติการณ์จะเพิ่มมากขึ้นในมารดาที่เคยผ่าตัดคลอดบุตร มารดาสูงอายุ และมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ^{3,4} การวินิจฉัยในขณะตั้งครรภ์สามารถทำได้โดยใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงชนิดดอปเปลอร์⁴⁻⁶ ซึ่งจะพบว่าไม่มีแนวแยกระหว่างรกและชั้นเยื่อโพรงมดลูก และพบว่ามีกรไหลเวียนของเลือดตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก ในรายที่ทะลุเข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ จะพบการไหลเวียนของเลือดในผนังกระเพาะปัสสาวะด้วย ทำให้เห็นน้ำปัสสาวะอยู่ชิดกับแนวการไหลเวียนของเลือดในผนังกระเพาะปัสสาวะ^{6,7} กรณีที่ตรวจขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 และ 2 อาจจะไม่พบแต่มีภาวะรกเกาะต่ำ⁸ การรักษาโดยมากต้องทำการผ่าตัดมดลูกออกพร้อมกับรก⁴ ซึ่งจะมีการเตรียมผ่าตัดแตกต่างกันบ้างขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความชำนาญของแพทย์ แต่ก็ต้องอาศัยทีมแพทย์หลายสาขา ได้แก่ สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ และกุมารแพทย์ บางรายงานมีการรักษาโดยให้ยาและสังเกตอาการโดยยังเก็บมดลูกและรกไว้ด้วยกัน^{1,4} ซึ่งพบว่า บางรายได้ผลดี คือ มีการสลัดตัวของรกจนหมด แต่บางรายมีการตกเลือดหลังคลอดและต้องทำผ่าตัดมดลูกแบบฉุกเฉิน⁴ รายงานนี้ได้เสนอกรณีศึกษาเป็น ผู้ป่วยสตรีตั้งครรภ์ที่ 3 อายุ 43 ปี มาฝากครรภ์ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตรวจพบก่อนคลอดว่ามีภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก

และทะลุเข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ ให้รักษาโดยผ่าตัดคลอดบุตรและตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมด (subtotal hysterectomy) ในคราวเดียวกัน

รายงานผู้ป่วย

ประวัติ

สตรีตั้งครรภ์ อายุ 43 ปี จำระดูครั้งสุดท้ายไม่ได้ ตั้งครรภ์ที่ 3 เคยผ่าตัดคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกที่วิทยาลัยขณะที่มีอายุครรภ์เท่ากับ 20 สัปดาห์ 5 วัน จากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่ามีภาวะรกเกาะต่ำชนิด low lying เนื่องจากมารดาอายุมาก จึงให้คำปรึกษาเรื่อง ความเสี่ยงของการที่อาจจะมีความผิดปกติของโครโมโซม ผู้ป่วยต้องการให้เจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจหาโครโมโซมของทารก ผลการตรวจพบว่าโครโมโซมปกติ (46, XY)

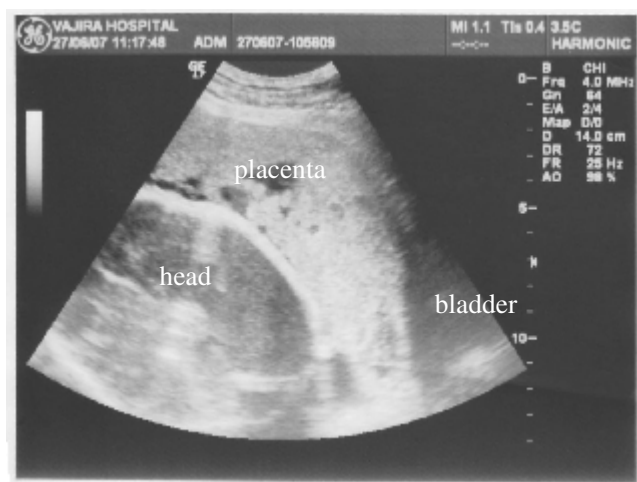
ขณะที่อายุครรภ์ประมาณ 27 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้เดินทางไปเยี่ยมญาติที่ต่างจังหวัด และเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ มีเลือดออกจากช่องคลอด ได้เข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งเป็นระยะเวลา 27 วัน ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงไม่พบความผิดปกติของทารกในครรภ์ คะเนน้ำหนักทารกได้ 964 กรัม จากการตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธีดอปเปลอร์ สงสัยว่ามีภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก เนื่องจากไม่พบแนวแยกระหว่างรกและชั้นเยื่อโพรงมดลูก พบผนังกระเพาะปัสสาวะมีลักษณะไม่เรียบ และมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ ระหว่างที่พักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยา dexamethasone ขนาด

6 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการพัฒนาของปอดทารก ระหว่างนั้นบางครั้งจะมีเลือดออกทางช่องคลอดขณะที่มีอาการปวดปัสสาวะ หลังจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงขอลาป่วยกลับบ้าน

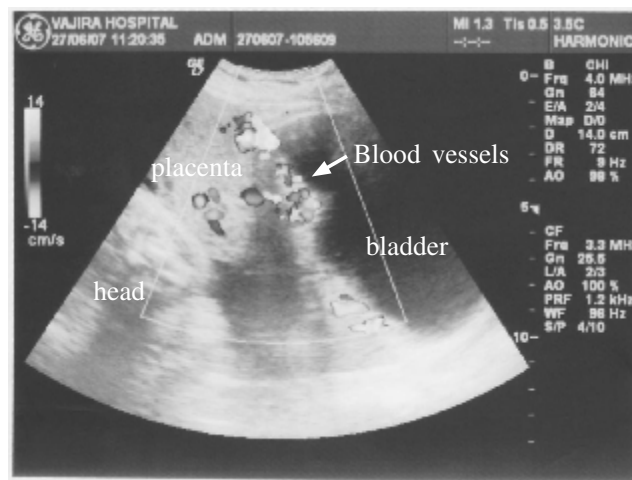
ผู้ป่วยได้มาพบแพทย์ที่ห้องตรวจครรภ์ วิทยาลัย เมื่ออายุครรภ์ได้ 31 สัปดาห์ 2 วัน ด้วยอาการเลือดออกทางช่องคลอด ได้รับการรักษาโดยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการเลือดออก พร้อมทั้งตรวจความเข้มข้นของเลือด ติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วย ติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ และการบีบรัดตัวของมดลูก เป็นระยะอย่างใกล้ชิด ต่อมาผู้ป่วยอาการดีขึ้นไม่มีเลือดออก ไม่เจ็บครรภ์ ทารกในครรภ์ดิ้นปกติ และผู้ป่วยต้องการพักผ่อนที่บ้าน จึงอนุญาตให้กลับบ้าน หลังจากนั้นได้รับการตรวจต่อเนื่องอีก 2 ครั้ง โดยไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด จนกระทั่งอายุครรภ์ครบกำหนดจึงเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมการผ่าตัดคลอด

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงชนิดดอปเพลอร์ (color doppler ultrasound)

ผลการตรวจครั้งที่ 1 ขณะที่ยังอายุครรภ์เท่ากับ 35 สัปดาห์ 4 วัน พบทารกในครรภ์มีลักษณะปกติ คาน้ำหนักได้ 2,433 กรัม รกเกาะอยู่ด้านหน้าของมดลูก มีลักษณะเกาะต่ำ และพบภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก และแทรกเข้าไปในชั้นผนังกระเพาะปัสสาวะ และผลการตรวจครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินทารกและรก พบว่าทารกอยู่ในท่าขวาง นอนคว่ำ (dorsosuperior position) การเต้นของหัวใจทารกปกติ พบว่ารกยังมีลักษณะผิดปกติเหมือนการตรวจในครั้งแรก (รูปที่ 1 และ 2)



รูปที่ 1 แสดงรกเกาะด้านหน้าส่วนล่าง



รูปที่ 2 แสดงหลอดเลือดจากรกเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ

การวางแผนการรักษา

จากผลการตรวจได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น placenta percreta จึงได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติโดยละเอียดเกี่ยวกับการวิธีการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่จะเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลในเกณฑ์ที่สูงมาก พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปแผนการรักษาดังนี้

1. การรักษาจะผ่าตัดแบบ elective cesarean hysterectomy or subtotal hysterectomy ในขณะอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 4 วัน
2. การลงมดผ่าตัดที่ผิวหนังจะเป็นแนวตั้ง ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการลงมดผ่าตัดที่มดลูกส่วนบนแบบรูปตัว “C” เพื่อหลบตำแหน่งที่รกเกาะและต้องทำคลอดทารกแบบ total breech extraction
3. ปรึกษาศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งแนะนำว่าขณะที่เจาะแยกกระเพาะปัสสาวะให้ใส่ normal saline ทางสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะโป่งออกจะทำให้ง่ายต่อการการแยกชั้นระหว่างรกที่ทะลุออกมาและกระเพาะปัสสาวะ
4. เตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ให้มากพอ
5. ปรึกษาวิสัญญีแพทย์ในการให้ยาระงับความรู้สึก และปรึกษากุมารแพทย์ในการเตรียมรับทารกแรกเกิด

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

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

อยู่แนวขวางระดับเหนือหัวเหน่า จากการคลำพบว่ามดลูกสูง 3/4 เหนือระดับสะดือ ทารกอยู่ในท่าขวาง นอนคว่ำ (dorsosuperior position) การเต้นของหัวใจทารกปกติ ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

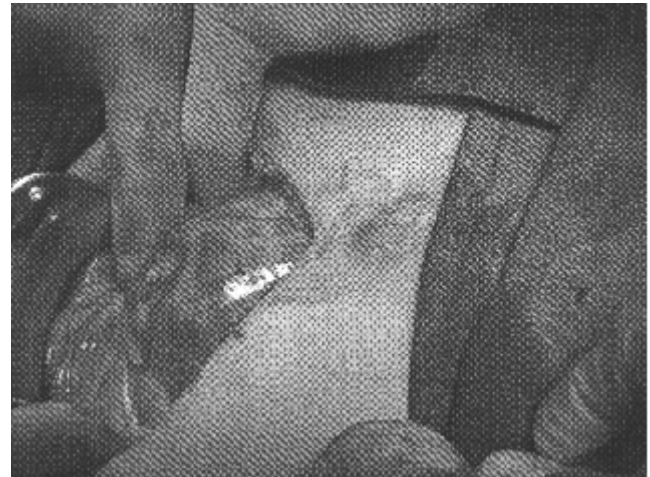
การรักษา

Cesarean section with subtotal hysterectomy โดยมีขั้นตอนในการผ่าตัดดังนี้

- ลงมีดผ่าตัดที่ผิวหนังในแนวตั้ง แล้วตัดเลาะชั้นเนื้อเยื่อต่าง ๆ จนเข้าช่องท้อง
- ลงมีดผ่าตัดที่มดลูกส่วนบนแบบรูปตัว “C”
- ทำคลอดทารกโดยวิธี total breech extraction
- ได้ทารกเพศชายลักษณะปกติ น้ำหนัก 2,700 กรัม คะแนน Apgar ที่นาทีที่ 1 และ 5 เท่ากับ 10 ทั้ง 2 ครั้ง
- เย็บผูกบริเวณแผลที่มดลูกเพื่อหยุดเลือด
- ตัดและผูก round ligament ทั้ง 2 ข้าง
- ระบุ uterine artery และท่อไตทั้ง 2 ข้าง
- ตัดและเย็บผูก uterine artery ทั้ง 2 ข้าง
- ให้ผู้ช่วยใส่ normal saline ประมาณ 200 มล. เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะทางสายสวนกระเพาะปัสสาวะ เพื่อให้เห็นรอยต่อระหว่าง กระเพาะปัสสาวะกับรกที่ทะลุ มดลูกออกมาได้ง่ายและชัดเจน ทำการเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะให้แยกออกจากผนังด้านหน้าของมดลูก
- จากนั้นจึงทำ subtotal hysterectomy
- ในระยะแรกมีการเสียเลือดประมาณ 2,000 มล.
- เมื่อเตรียมปิดแผลผ่าตัดหน้าท้องพบว่ามดลูกซึมออกจากบริเวณแผลผ่าตัดที่เลือดหยุดไปแล้ว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามี 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

มดลูกขนาดโตเท่าครรภ์ครบกำหนด รังไข่ทั้ง 2 ข้าง มีลักษณะปกติ มีหลอดเลือดจำนวนมากปรากฏอยู่บนผิวนอกของมดลูกด้านหน้าบริเวณส่วนล่าง และบริเวณผนังของกระเพาะปัสสาวะบางส่วนของมดลูกส่วนล่างด้านหน้า บริเวณที่ติดกับคอมมดลูก พบว่ามีเนื้องอกทะลุออกมา (รูปภาพที่ 3)



รูปที่ 3

เนื้องอกที่ทะลุผ่านมดลูกด้านหน้าส่วนล่างเข้าสู่ผนังกระเพาะปัสสาวะ

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 พบว่าทั้งมารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

วิจารณ์

ภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก (placenta percreta) เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย^{1,2} สาเหตุเกิดเนื่องมาจากการขาดชั้น nitabuch layer ซึ่งเป็นชั้นที่ช่วยให้รกลอกตัวในระยะหลังคลอด ทำให้รกเกาะแน่นกับเยื่อโพรงมดลูก ไม่สามารถลอกออกได้ ร่วมกับมีการขยายตัวของหลอดเลือดของรกแทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก^{4,5} การวินิจฉัยก่อนคลอดทำได้โดยใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงชนิดดอปเพลอร์⁴⁻⁶ ในผู้ป่วยรายนี้พบว่ารกเกาะต่ำแบบ low lying ทางด้านหน้า ร่วมกับมีภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก คือมีหลอดเลือดของรกแทรกตลอดแนวชั้นกล้ามเนื้อและพบการไหลเวียนของเลือดในผนังกระเพาะปัสสาวะด้วย ในบางรายจะทะลุเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะทำให้มีอาการปัสสาวะเป็นเลือด⁴ บางรายก็อาจมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด^{4,8} ซึ่งการรักษาในระยะนี้จะทำแบบประคับประคอง⁴ โดยให้ยาระงับการบีบตัวของมดลูก และให้ยาในกลุ่ม corticosteroids เพื่อกระตุ้นการเจริญของปอดทารก การตัดสินใจให้คลอดจะทำต่อเมื่อประเมินว่าทารกในครรภ์มีขนาดโตพอสมควรและมีการเจริญของปอดเพียงพอที่จะหายใจได้ดี หรือมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงจนไม่สามารถให้การรักษาแบบประคับประคองต่อไปได้⁴ ซึ่งต้องมีการให้ข้อมูลอย่างละเอียดแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนที่จะทำการคลอด⁹

การรักษาภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูกและทะลุเข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ อาจทำโดยการผ่าตัดมดลูกออกพร้อมกับรก^{4,7} ในรายนี้กำหนดผ่าตัดคลอดบุตรและตัดมดลูกออกขณะอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัดได้มีการตรวจรกและทารกในครรภ์อีกครั้งโดยใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อหาตำแหน่งทารกและตำแหน่งที่ควรจะมีดผ่าตัด ในขณะที่ผ่าตัด พบว่าผิวของมดลูกบริเวณที่ติดกับกระเพาะปัสสาวะมีรกและหลอดเลือดทะลุออกมาจากโพรงมดลูกหลายจุด การทำคลอดทารกโดยลงมีดบริเวณส่วนบนของมดลูก เมื่อคลอดทารกแล้วจึงเย็บขอบแผลที่มดลูกเพื่อหยุดเลือดไว้ก่อน หลังจากนั้นจึงเริ่มผ่าตัดมดลูกออกโดยหลีกเลี่ยงบริเวณกระเพาะปัสสาวะ จนกระทั่งสามารถตัดและผูก uterine arteries ทั้ง 2 ข้างไว้ได้ เพื่อลดปริมาณเลือดที่ไหลเวียนมดลูกและกระเพาะปัสสาวะ หลังจากนั้นใส่ normal saline ประมาณ 200 มล. เข้าทางสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ผนังกระเพาะปัสสาวะได้ชัดเจน แล้วจึงเริ่มเลาะแยกกระเพาะปัสสาวะออก แต่ก็ยังพบว่ามียึดติดออกมากขณะที่เลาะแยก

ต้องคอยหยุดเลือดตลอดเวลา จึงตัดสินใจทำผ่าตัดแบบตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมด

อย่างไรก็ตามมีบางรายงาน ที่ให้การรักษาแบบไม่ตัดมดลูก โดยทำคลอดเฉพาะทารกและปล่อยให้รกไว้ ให้ติดกับมดลูกต่อไป จากนั้นสังเกตอาการอย่างเดียวหรืออาจให้ยา methotrexate ร่วมด้วย^{1,4} ซึ่งบางรายได้ผลดี แต่บางรายเกิดการตกเลือดหลังคลอด และต้องทำผ่าตัดมดลูกออกแบบฉุกเฉิน

สรุป

ภาวะรกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูก เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยตั้งครรภ์ ที่มีภาวะแทรกซ้อน คือ รกติดแน่นชนิดที่แทรกตลอดแนวกล้ามเนื้อมดลูกและทะลุเข้าบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ ได้ให้การรักษาโดยการผ่าตัดคลอดบุตร ร่วมกับการตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมด มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากภาวะ DIC ได้ให้เลือดพร้อมส่วนประกอบของเลือดทดแทนจนเลือดหยุด หลังการผ่าตัดทั้งมารดาและทารกปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. 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.
3. Esmans A, Gerris J, Corthout E, Verdonk P, Declercq S. Placenta percreta causing rupture of an incarcerated uterus at the end of the first trimester of pregnancy—case report. Hum Reprod 2004; 19: 2401–3.
4. 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 ultrasonography 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.