

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

รายงานผู้ป่วย Placenta Percreta แทรกทะลุผนัง กระเพาะปัสสาวะ

A Case of Placenta Percreta with Bladder Invasion

สายพิน ศีलगาม พ.บ.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลราชบุรี

Saipin Sila-ngam M.D.

Division of Obstetrics and Gynecology

Ratchaburi Hospital

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยหญิงอายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ มีอาการปัสสาวะเป็นเลือดสีแดงสดและปัสสาวะไม่ออกเนื่องจากลิ่มเลือดอุดตัน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดตั้งแต่อายุครรภ์ประมาณ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สงสัยว่ามีภาวะ placenta percreta และทะลุเข้าไปในผนังกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยและสามีได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยตัดสินใจรับการผ่าตัด จึงทำผ่าตัดโดยผ่ามดลูกเอาทารกออก (hysterotomy) ล้างรกออก แล้วตัดมดลูกออกเกือบทั้งหมด (subtotal hysterectomy) พร้อมรังไข่และปีกมดลูกข้างซ้าย และผ่าเปิดกระเพาะปัสสาวะ ระหว่างผ่าตัดพบว่รกเกาะที่บริเวณด้านหน้าส่วนล่างของมดลูกและแทรกทะลุเข้าไปในผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ ได้ล้างเอาลิ่มเลือดในกระเพาะปัสสาวะออกแล้วใช้ไฟฟ้าจี้ห้ามเลือดและเย็บซ่อมผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยหายเป็นปกติดีและกลับบ้านหลังผ่าตัด 7 วัน และนัดตรวจติดตามจนระดับ β -hCG ในเลือดเป็นปกติ

ABSTRACT

A 34 year-old G2P1 woman, 20 weeks gestation presented with massive gross hematuria and anuria due to blood clot obstruction. She had gross hematuria since 12 weeks gestation. Placenta percreta with bladder invasion was suspected by ultrasonography. The patient and her husband were counseling about her disease and plan of management. They decided to perform an operation. Hysterotomy, placental removal and subtotal hysterectomy with left salpingo-oophorectomy and bladder exploration were performed. Operative finding revealed placenta implanted at anterior lower uterine segment and invaded through posterior wall of bladder. Stop bleeding at bladder wall was done by electrocautery and sutured posterior bladder wall. She got well after operation without any complications. She was discharged on 7th day after operation and then followed up until serum β -hCG turn to normal level.

Key word : placenta percreta, hematuria

บทนำ

ภาวะรกติดแน่น (placental adherens) คือภาวะที่เลเยอร์ชั้น fibrinoid (Nitabuch layer) ปกติเข้าไปทำให้รกไม่สามารถลอกตัวได้ตามปกติ เนื่องจากมีการบุกรุกของ chorionic villi ลึกเข้าไปในชั้น decidua basalis ซึ่งในปัจจุบัน พบอุบัติการณ์ประมาณ 1:2,500 ของการคลอด¹ ซึ่งภาวะ placenta percreta นั้นก็เป็นภาวะรกติดแน่นชนิดหนึ่งโดยที่ chorionic villi บุกเข้าไปจนทะลุชั้นกล้ามเนื้อมดลูกถึงชั้น serosa ซึ่งเป็นภาวะที่พบน้อยแต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้น เนื่องจากพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในปัจจุบันมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของภาวะ placenta percreta^{1,2} และ การผ่าตัดคลอดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกเกาะต่ำ ซึ่งหากผู้ป่วยมีประวัติผ่าตัดคลอดร่วมกับมีภาวะรกเกาะต่ำ ก็จะต้องเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ placenta percreta¹ และภาวะ placenta percreta ที่รกแทรกทะลุเข้าไปในผนังกระเพาะปัสสาวะยังพบบได้น้อย แต่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่อันตราย เพราะอาจทำให้มารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายสูงจากภาวะตกเลือดอย่างรุนแรง³⁻⁵ จากภาวะมดลูกทะลุหรือมดลูกแตกหรือจากการติดเชื้อ⁶⁻⁹ สาเหตุมักเกิดจากการที่มีความผิดปกติของ decidual formation ทำให้เซลล์ trophoblasts แทรกเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อมดลูกและอาจทะลุออกนอกมดลูก ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของภาวะ placenta percreta คือการที่รกฝังตัวที่บริเวณส่วนล่างของมดลูกบริเวณแผลผ่าตัดคลอดเดิมหรือรกเกาะต่ำ^{7,10,12} เคยมีแผลผ่าตัดอื่นที่มดลูกหรือเคยขูดมดลูก^{2,9,10,13,14} มารดาอายุมากหรือเคยคลอดบุตรหลายครั้ง (multiparity)^{1,14,15} ลักษณะทางคลินิกคือ ผู้ป่วยมักมีปัญหาดกเลือดก่อนคลอดสำหรับในรายที่มีภาวะ placenta percreta และรกทะลุเข้าไปในผนังกระเพาะปัสสาวะนั้นมักมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ตกเลือดมาก ผู้ป่วยอาจมีอาการตั้งแต่

ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์⁷ ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด^{5,9,14} การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและ magnetic resonance imaging (MRI) อาจช่วยในการยืนยันการวินิจฉัย^{9,14} หรือการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงร่วมกับ doppler จะช่วยเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการวินิจฉัย การส่องกล้องตรวจภายในกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) ก็อาจช่วยในการวินิจฉัยภาวะนี้ได้^{1,9,15,16} แต่ก็มีรายงานผู้ป่วยบางรายที่มีอาการปัสสาวะเป็นเลือดแต่เมื่อส่องกล้องตรวจภายในกระเพาะปัสสาวะและตรวจทางรังสีวินิจฉัย ก็ไม่พบความผิดปกติในการที่มีเลือดออกครั้งแรก^{5,19} แต่ต่อมาผู้ป่วยก็มีภาวะเลือดออกซ้ำอีก การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ placenta percreta และมีเลือดออกมาก ส่วนใหญ่คือ การตัดมดลูก^{3,10,12,17,18} ส่วนบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะที่รกแทรกทะลุเข้าไปมักต้องเย็บห้ามเลือด¹ หรือต้องตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน (partial cystectomy)^{9,14} แต่หากวินิจฉัยภาวะนี้ได้ตั้งแต่ก่อนคลอดจะต้องมีการวางแผนสำหรับการคลอดหรือการผ่าตัด ต้องให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและสามีหรือญาติถึงทางเลือกในการรักษา ความต้องการมีบุตรในอนาคตของผู้ป่วยและสามี เช่น หากผู้ป่วยและสามียังต้องการมีบุตรอีกและผู้ป่วยไม่มีภาวะตกเลือดหรือเลือดออกรุนแรง ก็สามารถที่จะเลือกวิธีการที่สามารถเก็บมดลูกไว้ แต่หากผู้ป่วยมีภาวะตกเลือดมาก ก็คงไม่สามารถเก็บมดลูกไว้ได้ การดูแลรักษาต้องใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรืออัตราการตายของมารดา

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 34 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาเดิม อ.เมือง จ.ประจวบคีรีขันธ์

รับไว้ในโรงพยาบาลราชบุรีวันที่ 21 กรกฎาคม 2546

ทำผ่าตัดวันที่ 21 กรกฎาคม 2546

จำหน่ายวันที่ 28 กรกฎาคม 2546

อาการสำคัญ

ปัสสาวะเป็นเลือดประมาณ 19 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

Abdomen : soft, fundal height at umbilical level, mild tender at suprapubic area,

ประวัติปัจจุบัน

ผู้ป่วยตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิก 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (ขณะอายุครรภ์ประมาณ 12 สัปดาห์) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด บางครั้งเป็นสีแดงจางบางครั้งเป็นสีแดงเข้ม เป็นเกือบทุกวัน ไปตรวจที่คลินิก แพทย์ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงบอกว่าปากติดยังมีรกเกาะต่ำ ผู้ป่วยยังคงปัสสาวะเป็นเลือดตลอด และยังไม่ฝากครรภ์ที่คลินิกตามนัด

19 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปัสสาวะเป็นสีแดงเข้มมาก จึงไปตรวจที่คลินิก แพทย์ให้ไปนอนพักในโรงพยาบาล ต่อมาผู้ป่วยเริ่มปัสสาวะไม่ออกแพทย์ได้ใส่สายสวนปัสสาวะให้ ต่อมาไม่กี่ชั่วโมงเลือดอุดตันที่ปลายสายสวนปัสสาวะทำให้ปัสสาวะไม่ออกทางสายสวนปัสสาวะต้องชะล้าง (irrigate) สายสวนปัสสาวะหลายครั้ง แพทย์จึงส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี

ประวัติการตั้งครรภ์

G₂P₁₀₀₁ last 11 เดือน คลอดโดยการผ่าตัดคลอด LMP 28 กุมภาพันธ์ 2546 อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ กำหนดคลอด 7 ธันวาคม 2546

การตรวจร่างกายแรกพบ

Vital signs : T 37.5 °C PR 96/min

BP 120/80 mmHg RR 22/min

General appearance : good conscious, restless, sweating, moderately pale

HEENT : pale conjunctiva, no jaundice

Chest & lungs : normal breath sound

Heart : normal S₁ S₂, no murmur

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hb 9.1 gm% Hct 27%

WBC 15,200 cell/mm³

Platelets 381,000 cell/mm³

PMN 80%, L 20%

BUN : 9 mg/dl Creatinine : 0.8 mg/dl

Electrolytes : Na 136 mMol/L

K 3.7 mMol/L

Cl 110 mMol/L

CO₂ 18 mMol/L

Coagulogram : PT 11.9 seconds

TT 20 seconds

PTT 34.5 seconds

INR 1.02

Ultrasound : single fetus, biparietal diameter consistent with 20 weeks of gestation, active fetal heart beat, placenta implanted at lower uterine segment nearby bladder wall.

การวินิจฉัยเบื้องต้น

Placenta percreta with bladder invasion

การดูแลรักษา

การดูแลเบื้องต้นและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

- รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ให้งดอาหารและน้ำดื่ม
- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น Acetar อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

- เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและจ้อง whole blood 4 units
- บันทึกความดันโลหิตและชีพจรทุก 1 ชั่วโมง
- คาสายสวนปัสสาวะต่อ
- ปรีกษาศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อร่วมให้การดูแลผู้ป่วย

การรับความรู้สึกร

General anesthesia with endotracheal intubation

การผ่าตัด

1. Hysterotomy with subtotal hysterectomy with left salpingo-oophorectomy
2. Opened bladder with blood clot removal and electrocautery for bleeding stopping

สิ่งตรวจพบขณะผ่าตัด

- มดลูกขนาดประมาณอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ รกเกาะที่ด้านหน้าส่วนล่างของมดลูกบริเวณรอยผ่าตัดคลอดเดิม รกคลุมปากมดลูกด้านในทั้งหมด
- รกเกาะแน่นและแทรกลึกเข้าไปในผนังมดลูก และแทรกทะลุเข้าไปถึงผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ หลังผ่าตัดเปิดกระเพาะปัสสาวะเข้าไป พบจุดเลือดออกที่บริเวณผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะจากปลายหลอดเลือด เลือดไหลพุ่งตลอดเวลา
- มีก้อนเลือดอยู่ภายในกระเพาะปัสสาวะ ประมาณ 500 มิลลิลิตร
- รังไข่และปีกมดลูกทั้งสองข้างปกติ
- ระหว่างผ่าตัด มีการฉีกขาดและมีเลือดออกเข้าไปใน infundibulopelvic ligament ข้างซ้าย จึงตัดรังไข่และปีกมดลูกข้างซ้ายออกด้วย
- ทารกเพศหญิง น้ำหนักตัว 450 กรัม ไม่มีสัญญาณชีพ

วิธีผ่าตัด

- ผ่าตัดเข้าสู่ช่องท้อง โดยลงแผลผ่าตัดแบบ low midline incision จนเข้าสู่ช่องท้อง
- ผ่าเปิดมดลูกเอาทารกออกโดยลงแผลผ่าตัดแนวขวางที่บริเวณส่วนล่างด้านหน้าของมดลูก
- พยายามล้วงเอารกออก แต่พบว่ารกบางส่วนที่เกาะบริเวณแผลผ่าตัดคลอดครั้งก่อนเกาะแน่นและแทรกลึกเข้าไปในผนังมดลูกและแทรกเข้าไปในผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ ไม่สามารถเอารกออกได้หมด ระหว่างผ่าตัดมีเลือดออกที่บริเวณรกเกาะตลอดไม่สามารถยับยั้งเลือดได้ จนผู้ป่วยเสียเลือดมาก จึงตัดสินใจทำ subtotal hysterectomy และในระหว่างผ่าตัดมีการฉีกขาดและมีเลือดออกเข้าไปใน left infundibulopelvic ligament จึงตัดรังไข่และปีกมดลูกข้างซ้ายออกด้วย
- หลังตัดมดลูกออกแล้วศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะได้ผ่าตัดเปิดกระเพาะปัสสาวะที่บริเวณด้านล่างของเอาก่อนเลือดในกระเพาะปัสสาวะออก ตรวจพบจุดเลือดออกจากปลายหลอดเลือดที่บริเวณผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะมีเลือดพุ่งออกมาตลอดเวลา จึงใช้ไฟฟ้าจี้ห้ามเลือดและสามารถห้ามเลือดได้ แล้วจึงเย็บปิดผนังกระเพาะปัสสาวะที่ทะลุและเย็บซ่อมผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ
- ตรวจจุดเลือดออกและห้ามเลือด แล้วดูดและซับเลือดออก เย็บปิดหน้าท้องตามลำดับชั้น
- ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดรวมเลือดในกระเพาะปัสสาวะประมาณ 5,100 มิลลิลิตร
- ระหว่างผ่าตัดให้เลือดเป็น whole blood 7 units, fresh frozen plasma 4 units
- การผ่าตัดใช้เวลา 2 ชั่วโมง 50 นาที

ผลตรวจทางพยาธิวิทยา

Gross description :

A specimen of uterus with left adnexa. The uterus measured 10 x 9 x 7 cm in size. It was ede-

matous, with present of brown irregular tissue protruded through the uterine serosal surface at anterior lower uterine segment. The myometrium was 2.5 cm thick. The left ovary measured 3 x 2.5 x 2 cm in size. The cut surface was unremarkable. The left fallopian tube was 6.5 cm long, 0.7 cm in diameter. Many brown tissue pieces, 10 x 10 x 2 cm in aggregate. The cut surface was brown.

Microscopic description :

Trophoblastic villi penetrated the full thickness of the uterine wall.

Diagnosis :

- Placenta percreta
- Left ovary : unremarkable.
- Left fallopian tube : no specific change.

ระยะหลังผ่าตัด

ภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 7 หลังผ่าตัด

นัดตรวจติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ 1, 2 และ 3 เดือนตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยปกติดี ตรวจระดับ β -hCG ในเลือดสองครั้งตรวจดูภาวะปัสสาวะและตรวจจ

ปัสสาวะผิดปกติ ไม่มีเม็ดเลือดแดงปนในปัสสาวะ

วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 34 ปี มีบุตรแล้ว 1 คน คลอดโดยการผ่าตัดเมื่อ 11 เดือนก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้ ขณะตั้งครรภ์ประมาณ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด มีอาการมาตลอดบางครั้งเลือดออกมากบางครั้งออกน้อย ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงยังไม่พบความผิดปกตินอกจากพบวรกเกาะอยู่ส่วนล่างของมดลูก ซึ่งจากรายงานผู้ป่วยที่มีตีพิมพ์ก็พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดแต่เมื่อส่องกล้องตรวจ

placenta percreta และแทรกทะลุผนังกระเพาะปัสสาวะได้ จนกระทั่งผู้ป่วย ตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดสดและปัสสาวะไม่ออกเนื่องจากมีก้อนเลือดอุดตัน เมื่อตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบวรกเกาะด้านหน้าส่วนล่าง ของมดลูกและคลุมปากมดลูกทั้งหมด บริเวณที่รกกเกาะอยู่ติดกับผนังของกระเพาะปัสสาวะมาก ตรวจร่างกายและรับพบว่าสัญญาณชีพปกติ แต่ผู้ป่วยมีภาวะซีดปานกลาง พบว่าปัสสาวะเป็นเลือดสด กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณเหนือหัวหน่าว ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

จากข้อมูลว่าผู้ป่วยมีประวัติการผ่าตัดคลอดในครั้งก่อน มีอาการปัสสาวะเป็นเลือด ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกายและการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง จึงคิดว่าน่าจะเป็นภาวะ placenta percreta และแทรกทะลุเข้าไปในผนังกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากเลือดที่ออกมีปริมาณมากและได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยกับสามีแล้ว จึงรักษาด้วยการผ่าตัด ขณะผ่าตัดได้ผ่ามดลูกเอาทารกออกก่อนและพบว่าทารกเสียชีวิตแล้วซึ่งน่าจะเป็นจากการที่มารดาเสียเลือดมาก จากนั้นจึงตรวจดูบริเวณที่รกกเกาะพบวรกฝังแน่นที่บริเวณรอยแผลผ่าตัดคลอดครั้งก่อน เหมือนกับรายงานผู้ป่วยส่วนใหญ่^{7,10-12} และรกกแทรกทะลุเข้าไปในผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะและไม่สามารถเย็บห้ามเลือดบริเวณที่รกกฝังแน่นที่ผนังมดลูกได้ จึงทำ subtotal hysterectomy แล้วจึงให้ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะผ่าตัดเปิดเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ พบจุดเลือดออกบริเวณผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ เลือดพุ่งออกจากปลายหลอดเลือดตลอดเวลา แต่หลังจากใช้ไฟฟ้าจี้ก็สามารถห้ามเลือดจนหยุดได้

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเคยผ่าตัดคลอด ซึ่งพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะ placenta percreta โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากพบร่วมกับภาวะรกกเกาะต่ำและอยู่ทางด้านหน้าของมดลูกก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ placenta percreta ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดตั้งแต่อายุครรภ์เพียง 12 สัปดาห์ซึ่งค่อนข้างเร็ว แต่ใน

ระยะแรกนั้นยังวินิจฉัยภาวะดังกล่าวไม่ได้ จนกระทั่งเลือดออกมากขึ้นขณะอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จนเกิดเป็นก้อนเลือดอุดตันทำให้ปัสสาวะไม่ออกแม้จะคาสายสวนปัสสาวะก็ยังเกิดก้อนเลือดอุดตันที่ปลายสายสวนปัสสาวะเนื่องจากเลือดที่ออกมีปริมาณมาก ทำให้ปัสสาวะไม่ออกจนต้อง irrigate bladder หลายครั้ง จากการผ่าตัดก็พบว่ารกเกาะที่บริเวณรอยแผลผ่าตัดคลอดเดิม และแทรกลึกเข้าไปในผนังมดลูกและทะลุเข้าไปถึงผนังด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะและมีจุดเลือดพุ่งจากปลายหลอดเลือดตลอดเวลา ทำให้มีเลือดออกมากในกระเพาะปัสสาวะเมื่อพยายามเอารกออกพบว่าบริเวณที่รกแทรกลึกนั้นติดแน่น เมื่อเอารกออกบางส่วนแล้วไม่สามารถเย็บห้ามเลือดได้ จึงต้องตัดมดลูกออก แต่เนื่องจากบริเวณส่วนล่างของมดลูกตรงส่วนที่รกแทรกลึกค่อนข้างยุ่ยมากและเลือดไหลตลอดเวลา จึงทำเพียง subtotal hysterectomy เพื่อลดระยะเวลาในการผ่าตัดและลดปริมาณเลือดที่ต้องเสียระหว่างผ่าตัด ซึ่งจากรายงานผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะ placenta percreta และมีปัญหาตกเลือดมากมักต้องรักษาโดยการตัดมดลูก^{10,12,17} ส่วนบริเวณจุดเลือดออกที่กระเพาะปัสสาวะนั้นในรายงานผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักต้องรักษาด้วยการเย็บผนังกระเพาะปัสสาวะ⁵ หรือต้องตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน^{2,9,14} แต่ในผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากจุดที่เลือดออกพุ่งออกจากปลายหลอดเลือดและเมื่อใช้ไฟฟ้าจี้ก็สามารถห้ามเลือดให้หยุดได้ จึงไม่ได้เย็บห้ามเลือดหรือตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน

จากรายงานผู้ป่วยรายนี้ เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยที่พบได้น้อย แต่เป็นภาวะที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการเสียเลือดมากหรือจากภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดหลังภาวะเสียเลือดมาก เช่น ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulopathy) ซึ่งก็จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตกเลือดมากขึ้น ภาวะอวัยวะต่าง ๆ ทำงานล้มเหลว (multiorgan failure) เช่น ตับวาย ไตวาย ภาวะติดเชื้อ บางรายอาจทำให้ทารกเสียชีวิตหรือ

ต้องยุติการตั้งครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ยังน้อย ซึ่งจะเห็นได้ว่าภาวะตกเลือดหรือเสียเลือดมากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งอาจจะเกิดก่อนคลอด ขณะคลอดหรือขณะผ่าตัดรักษา หากแพทย์ผู้ดูแลตระหนักถึงภาวะดังกล่าวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง และมีการเตรียมความพร้อมให้ดีที่สุดในการดูแลรักษา หรือหากอยู่ในสถานที่ที่ไม่มีความพร้อมในการดูแลหรือไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่จะช่วยในการทำผ่าตัด ก็ควรส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานที่ที่มีความพร้อมมากกว่าในเวลาที่เหมาะสมก็จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะอาจเกิดขึ้นหรือลดอัตราการตายของมารดาได้¹⁹

ผู้ป่วยรายนี้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่เสียชีวิต แต่ก็เสียเลือดในระหว่างผ่าตัดมาก ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงดังที่ได้กล่าวแล้ว ซึ่งหากมีการเตรียมความพร้อมที่ดีกว่านี้ หรือตัดสินใจในการรักษาได้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยอาจเสียเลือดน้อยกว่านี้และช่วยป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงมีข้อที่น่าจะพิจารณาและพึงระมัดระวังในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ placenta percreta และแทรกทะลุผนังกระเพาะปัสสาวะ คือ

1. หากวินิจฉัยหรือสงสัยภาวะ placenta percreta และแทรกทะลุผนังกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลจากประวัติร่วมกับการตรวจพิเศษดังได้กล่าวแล้วผู้ป่วยรายนี้นั้นมีปัญหาเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะ จนเกิดเป็นก้อนเลือดอุดตันสายสวนปัสสาวะ แต่ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดและอายุครรภ์ขณะนั้นเพียง 20 สัปดาห์ อาจมีทางเลือกอื่นที่ทำได้ก่อนคือการส่องกล้องตรวจดูภายในกระเพาะปัสสาวะเพื่อ irrigate กระเพาะปัสสาวะและหาจุดที่มีเลือดออก ซึ่งก็อาจจะช่วยในการวินิจฉัยภาวะ placenta percreta และแทรกทะลุผนังกระเพาะปัสสาวะหรือภาวะอื่นที่ทำให้มีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะได้ และอาจจี้ห้ามเลือดได้ในขณะนั้น แต่ก็ต้องระวังเพราะการจี้ด้วยไฟฟ้าอาจทำให้เกิดรูรั่ว (fistula) ได้ ซึ่งหากสามารถจี้ห้ามเลือดได้ ผู้ป่วย

อาจจะสามารถตั้งครรรค์ต่อไปได้อีกระยะหนึ่งซึ่งจะทำให้ทารกมีโอกาสรอดชีวิตหากต้องยุติการตั้งครรรค์เมื่ออายุครรรค์มากกว่านี้ แต่ถ้าไม่สามารถห้ามเลือดได้ก็จำเป็นต้องยุติการตั้งครรรค์เนื่องจากผู้ป่วยยังมีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะตลอดเวลา ซึ่งการผ่าตัดเพื่อเอาทารกออกทางหน้าท้องน่าจะเป็นวิธีที่เร็วที่สุด แต่ก่อนผ่าตัดแพทย์ผู้ดูแลต้องวางแผนล่วงหน้าว่าจะต้องทำอะไรบ้างในการผ่าตัด และจะต้องเตรียมความพร้อมอย่างไร การตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดที่อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้หากผู้ป่วยมีเลือดออกมากและไม่สามารถห้ามเลือดได้ หากต้องตัดมดลูกอาจต้องตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน คิดถึงวิธีที่จะใช้เพื่อช่วยลดปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกขณะทำผ่าตัดเพื่อลดปริมาณเลือดที่จะต้องเสียในระหว่างผ่าตัด และเมื่อวางแผนแล้วว่าการผ่าตัดอาจจะต้องทำอะไรบ้าง แพทย์ผู้ดูแลต้องประเมินความพร้อมของตนเอง ทีมผ่าตัดและความพร้อมของสถานพยาบาลของตนเองก่อนว่ามีความพร้อมหรือไม่ ทั้งในด้านของแพทย์ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหลายด้าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ เพราะอาจต้องผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะบางส่วนหรือผ่าเปิดกระเพาะปัสสาวะเพื่อห้ามเลือด ศัลยแพทย์ระบบหลอดเลือดหรือรณีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีซึ่งมีความชำนาญในการผูกหลอดเลือด uterine arteries หรือ internal iliac arteries (หากแพทย์ผู้ทำผ่าตัดเองไม่มีความชำนาญหรือประสบการณ์ในการทำด้วยตัวเอง) หรือการทำเทคนิคอื่น ๆ เพื่อช่วยลดปริมาณเลือดที่จะเสียระหว่างผ่าตัด ความพร้อมของธนาคารเลือดเนื่องจากอาจต้องใช้เลือด เกร็ดเลือดและปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดในปริมาณมาก และทีมผ่าตัดที่มีความชำนาญซึ่งหากอยู่ในสถานที่ไม่มีความพร้อม ควรส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาในสถานที่ที่มีความพร้อมมากกว่า แต่หากมีความพร้อมที่จะดูแลและพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัดต้องมีการเตรียมความพร้อมให้ดีก่อนผ่าตัด เพราะหากการผ่าตัดทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทำด้วยเทคนิคหรือวิธีที่ถูกต้อง มีการเตรียมพร้อมที่ดีก็จะช่วยลดความเสี่ยงที่

จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สำคัญคือการเสียเลือดมากหรือลดการตายของมารดาได้¹⁹ และในการรักษาควรต้องใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อช่วยห้ามเลือดหรือลดปริมาณเลือดที่จะเสียในระหว่างผ่าตัด^{7,19,20} เช่น การทำ prophylactic หรือ intraoperative embolization of internal iliac arteries^{1,19,21,22} or uterine arteries^{23,24} หรือการทำ uterine artery, internal iliac artery ligation^{3,19,23} หรือการใช้ balloon occlude internal iliac arteries ชั่วคราว^{16,22}

สิ่งที่ควรเตรียมก่อนผ่าตัด¹

- การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและสามีหรือญาติ (counselling) เพื่อให้ผู้ป่วยและสามีหรือญาติได้ทราบข้อมูลการวินิจฉัยเบื้องต้น แนวทางการรักษาหรือการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดแล้วให้ผู้ป่วยและสามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมทั้งญาติด้วย

- แจ้งวิสัญญีแพทย์ถึงแผนการผ่าตัดและเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดที่อาจต้องใช้เวลานานและผู้ป่วยอาจเสียเลือดมาก

- เตรียมทีมผ่าตัดให้พร้อม ได้แก่ รณีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีหรือศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหลอดเลือด ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะและที่สำคัญสูตินรีแพทย์ผู้ทำผ่าตัดควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์หากมีประสบการณ์หรือความชำนาญในการผูกหลอดเลือดดังกล่าวข้างต้นก็จะยิ่งดี และหากทารกยังมีชีวิตอยู่ต้องแจ้งกุมารแพทย์เพื่อร่วมให้การดูแลทารกระยะแรกคลอดทันที

- แจ้งธนาคารเลือดเพื่อเตรียมเลือดให้เพียงพอทั้ง packed red cell, clotting factors และเกร็ดเลือด ซึ่งควรมีเลือดส่วนหนึ่งเตรียมไว้ที่ห้องผ่าตัด

- เตรียมใส่ angiocatheters (หากสามารถทำได้) สำหรับการทำ embolization of internal iliac arteries หรือ uterine arteries ในระหว่างผ่าตัดเพื่อช่วยห้ามเลือด

หรือลดปริมาณเลือดที่จะเสียระหว่างผ่าตัด

การวางแผนระหว่างผ่าตัด

- วางแผนการลงแผลผ่าตัด เพื่อช่วยให้เห็นบริเวณที่จะทำผ่าตัดได้ดีและทำผ่าตัดได้สะดวก ซึ่งควรลงแผลผ่าตัดในแนวกึ่งกลางลำตัว (vertical skin incision) ตั้งแต่เหนือรอยต่อกระดูกเชิงกราน (pubic symphysis) ขึ้นไปถึงสะดือหรือเหนือสะดือ

- วางแผนลำดับขั้นตอนการทำผ่าตัด เพื่อลดระยะเวลาการผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดที่สำคัญคือการเสียเลือดมาก

- สำรวจบริเวณที่รกทะลุออกนอกมดลูกและสำรวจว่ารกแทรกเข้าไปในบริเวณใดหรืออวัยวะใดบ้าง

- เลือกตำแหน่งที่จะลงแผลผ่าตัดที่มดลูกเพื่อทำคลอดทารกหรือเอาทารกออก ถ้าเป็นไปได้ควรเลือกลงแผลผ่าตัดบริเวณที่ไม่ใช่ตำแหน่งที่รกเกาะ เพื่อเลี่ยงการตัดผ่านรกซึ่งจะทำให้มารดาเสียเลือดมากได้ ซึ่งในกรณีที่รกเกาะต่ำที่บริเวณด้านหน้าของมดลูกอาจต้องลงแผลผ่าตัดบริเวณแนวกลางยอดมดลูก (classical incision in the fundus)

- เมื่อผ่าเอาทารกออกแล้วในรายที่มีเลือดออกมากให้รีบตัดมดลูกโดยไม่ต้องพยายามล้วงหรือดึงเอารกออก เพราะจะไม่สามารถเอารกออกทั้งหมดได้และจะยิ่งทำให้เสียเวลาในการผ่าตัดนานขึ้นและจะทำให้มารดาเสียเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งในขั้นตอนนี้อาจต้องตัดผนังกระเพาะปัสสาวะบางส่วนในตำแหน่งที่รกแทรกทะลุเข้าไป ซึ่งต้องให้ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะช่วยในขั้นตอนนี้เพื่อเย็บซ่อมแซมผนังกระเพาะปัสสาวะด้วย ซึ่งขั้นตอนการตัดมดลูกเป็นช่วงที่จะมีการเสียเลือดมาก เนื่องจากมดลูกในขณะตั้งครรภ์จะมีปริมาณเลือดมาเลี้ยงมากถึง 500-750 มิลลิลิตรต่อนาที ดังนั้นการใช้วิธีหรือเทคนิคดังได้กล่าวแล้วเพื่อลดปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกในขณะตัดมดลูกก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัดน้อยลง

หรืออาจมีทางเลือกอื่นหากหลังจากผ่าเอาทารกออกแล้ว ใช้วิธีการเย็บผูกหลอดเลือด uterine arteries

หรือ internal iliac arteries หรือใช้วิธีการทำ embolization แล้วเลือดออกน้อยลง หรือศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะสามารถเข้าไปจี้หรือเย็บห้ามเลือดในกระเพาะปัสสาวะได้และขณะนั้นผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ก็ไม่ต้องตัดมดลูกในขณะนั้น²⁵ โดยเก็บมดลูกไว้และทิ้งรกไว้ในมดลูก หลังผ่าตัดให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกให้ยาปฏิชีวนะ และให้ methotrexate แล้วติดตามผู้ป่วยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรือ MRI หรือส่องกล้องตรวจภายในมดลูก (hysteroscopy) และตรวจติดตามระดับ β -hCG ในเลือด มีรายงานว่ารกจะคลอดออกมาเองภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอดทารก²⁶ หรือผู้ป่วยบางรายอาจจะฝ่อหายไปเอง^{1,15,23,27} เพราะการตัดมดลูกในขณะนั้นมักจะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมาก หากหลังจากติดตามผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยมีเลือดออกมากภายหลังหรือรกไม่ฝ่อหายไปก็ค่อยทำผ่าตัดซ้ำเพื่อตัดมดลูกซึ่งจะทำให้ง่ายกว่าและเสียเลือดน้อยกว่าเพราะมดลูกจะหดตัวมีขนาดเล็กลง (involution) และเส้นเลือดบริเวณรกและมดลูกมีจำนวนน้อยลงแล้ว^{1,4} ซึ่งก็มีบางรายงานที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการให้ methotrexate ก็ต้องตัดมดลูกในภายหลัง^{21,28}

2. หากวินิจฉัยภาวะ placenta percreta และแทรกทะลุผนังกระเพาะปัสสาวะได้ในขณะผ่าตัด การเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัดอาจทำได้ไม่เพียงพอ สิ่งที่สามารถทำได้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือไม่ให้มีการเสียเลือดมากในระหว่างผ่าตัดคือพยายามตามแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวข้างต้น เพื่อช่วยในการผ่าตัดหรือช่วยผูกหลอดเลือด หรือหากอยู่ในที่ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญควรตามสูติรีแพทย์ท่านอื่นโดยเฉพาะผู้ที่มีการประสบการณ์มากกว่าเพื่อมาช่วยตัดสินใจในการดูแลรักษาในขณะนั้นหรือช่วยทำผ่าตัด หากพิจารณาแล้วว่าต้องตัดมดลูกเนื่องจากเลือดออกมากในบางครั้งหลังจากตัดมดลูกแล้วไม่สามารถห้ามเลือดให้หยุดในขณะนั้นได้ หากยังมีเลือดซึมอยู่อาจต้องใช้วิธีอัด (pack) ชองท้องด้วยผ้าซับเลือด (swab) ให้แน่น แล้วเย็บปิดหน้าท้อง ระหว่างนั้นให้เลือดทดแทนให้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ให้ยาปฏิชีวนะแล้วรออีก 1-2 วัน จึงค่อย

ผ่าตัดเปิดหน้าท้องอีกครั้ง เพื่อเอาผ้าซับเลือดออก⁴ หรือ
รับส่งต่อผู้ป่วยไปที่ที่มีความพร้อมมากกว่าโดยขณะนั้น
ผู้ป่วยต้องมีสัญญาณชีพคงที่

หากขณะผ่าตัดวินิจฉัยภาวะนี้ได้ โดยที่ยังไม่ได้
ล้วงรกหรือยังไม่ได้ตัดมดลูกและผู้ป่วยไม่ได้มีเลือดออกหรือ
เลือดออกไม่มาก อาจผ่าตัดทำคลอดทารกแล้วทิ้งรกไว้ใน
มดลูก หลังผ่าตัดให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ให้
ยาปฏิชีวนะ และให้ methotrexate แล้วติดตามผู้ป่วยดังที่
ได้กล่าวมาแล้วก็เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะสามารถหลีกเลี่ยง
การตัดมดลูกในขณะนั้นซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมากได้
แต่หากวินิจฉัยภาวะนี้ได้ในขณะที่พยายามล้วงรก ต้อง
หยุดล้วงรกเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเสียเลือดเพิ่มขึ้น แล้วรีบตัด
สินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมตามความพร้อมและ
สถานการณ์ในขณะนั้น

ส่วนการพยายามล้วงรกเพื่อทำคลอดรกในผู้ป่วย ที่
วินิจฉัยได้แล้วว่าเป็น placenta percreta และแทรกทะลุ
ผนังกระเพาะปัสสาวะนั้น ไม่ควรพยายามล้วงเอารกออก
เพราะรกรักจะติดแน่นและมักจะไม่สามารถดึงเอาส่วนของ
รกที่เกาะติดแน่นและแทรกลึกออกได้หมด นอกจาก
นั้น ในขณะที่ยกเอารกออกจะยิ่งทำให้เสียเวลา
เพิ่มขึ้นและจะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมากขึ้น จะเพิ่มความ
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดรุนแรง เนื่องจากส่วนของรก
เป็นบริเวณที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงจำนวนมาก ดังนั้นหาก
ทราบการวินิจฉัยแล้ว ถ้าผู้ป่วยไม่มีเลือดออกมากน่าจะ
ทำเพียงผ่าตัดคลอดทารกแล้วทิ้งรกไว้ในมดลูกแล้วให้
methotrexate หลังผ่าตัด แต่หากผู้ป่วยมีเลือดออกมาก
คิดว่าต้องตัดมดลูกก็ควร ตัดมดลูกเลยโดยไม่ต้องพยายาม
ล้วงเอารกออกก่อน

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีภาวะ pla-
centa percreta และรกแทรกลึกเข้าไปที่บริเวณแผลผ่าตัด
คลอดเดิมและทะลุเข้าไปในผนังด้านหลังของกระเพาะ
ปัสสาวะ ทำให้มีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งปัจจุบัน

มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้น เนื่องจากอัตราการผ่าตัดคลอด
เพิ่มขึ้น ภาวะนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมาก
ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีปัญหาตกเลือดมากและอาจ
มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดจากการเสียเลือดมาก
และอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาหากมีภาวะตกเลือด
รุนแรง เช่น ลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด ระบบ
หรืออวัยวะต่าง ๆ ทำงานล้มเหลวและอาจถึงเสียชีวิตได้
หรือทำให้ไม่สามารถตั้งครภ์ต่อไปได้เนื่องจากมักต้องรักษา
ด้วยการตัดมดลูกถ้าเลือดออกมาก การอาศัยประวัติผู้ป่วย
ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ placenta percreta เช่น
ประวัติเคยผ่าตัดคลอดบุตร ประวัติเคยผ่าตัดบริเวณมดลูก
มารดาอายุมาก เคยคลอดบุตรหลายครั้งหรือเคยพูด
มดลูกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาปัสสาวะเป็นเลือดหรือมี
เลือดออกทางช่องคลอด จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัย
โรค ร่วมกับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง doppler
ultrasound หรือ MRI หรือการส่องกล้องตรวจดูภายใน
กระเพาะปัสสาวะอาจช่วยยืนยัน การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดได้
ซึ่งจะทำให้แพทย์ผู้ดูแลสามารถวางแผนการรักษาได้ถูก
ต้องเหมาะสม เตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วย
ได้ดีตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานที่ที่มี
ความพร้อม เพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่
อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามการตัดมดลูกยังเป็นการรักษา
ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ตกเลือดมาก แต่หากผู้ป่วยไม่ได้มี
ภาวะเลือดออกมาก การทิ้งรกไว้ในมดลูกโดยไม่ต้องตัด
มดลูก แล้วให้ยา methotrexate หลังผ่าตัด ก็เป็นอีกทาง
เลือกหนึ่งที่สามารถลดปัญหาการเสียเลือดมากระหว่าง
ผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอย่างอื่นที่จะเกิด
ตามมา

สิ่งที่สำคัญก็คือผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาใน
สถานที่ที่มีความพร้อมและมีการเตรียมการหรือวางแผน
การดูแลรักษาหรือการผ่าตัดที่ดี มีทีมผ่าตัดที่มีประสพ-
การณ์ แพทย์ผู้ดูแลหรือผู้ทำผ่าตัดเป็นผู้ที่มีประสบการณ์
รวมทั้งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาซึ่งจำเป็นต้องเกี่ยว
ข้องกับการผ่าตัด มีธนาคารเลือดที่มีเลือด เกร็ดเลือด

และปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดที่มากพอ ถ้าหากอยู่ใน
สถานที่ที่ไม่มีความพร้อมในการดูแลรักษา ควรส่งต่อผู้
ป่วยไปยังสถานที่ที่มีความพร้อมมากกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. Hundley AF, Parritz AL. Managing placenta accreta. *OBGManagement* 2002 ; 14(8) : 1-10.
2. Price FV, Resnik E. Heller KA. Placenta previa precreta involving the urinary bladder : a report of two cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 2005 ; 105(5) : 1201-3.
3. Abbas F, Talati J, Wasti S, Akram S, Ghaffar S, Qureshi R. Placenta percreta with bladder invasion as a cause of life threatening hemorrhage. *J Urol* 2000 ; 164(4) : 1270-4.
4. Caliskan E, Tan O, Kurtaran V, Dilbaz B, Haberal A. Placenta previa percreta with urinary bladder and ureter invasion. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2003 ; 268(4) : 343-4.
5. Kotwal SV, Srinath N, Sood R, Behra RC. Placenta percreta invading the bladder causing exsanguinating hemorrhage. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999 ; 10(4) : 260-1.
6. Baloul SM, AL-Salali AR, Basha AM, Gangoo NJ. Placenta percreta with painless uterine rupture at the 2nd trimester. *Saudi Med J* 2002 ; 23(7) : 857-9.
7. Liang HS, Jeng CJ, Sheen TC, Lee FK, Yang YC, Tzeng CR. First-trimester uterine rupture from a placenta percreta. A case report. *J Reprod Med* 2003 ; 48(6) : 474-8.
8. Nagy PS. Spontaneous rupture of the uterus caused by placenta percreta at 28 weeks of twin pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;111(2) : 207-9.
9. Washecka R, Behling A. Urologic complications of placenta percreta invading the urinary bladder : a case report and review of the literature. *Hawaii Med J* 2002 ; 61(4) : 66-9.
10. AL-Ojaimi EH, Subramaniam BV. Placenta percreta with urinary bladder involvement. *Saudi Med J* 2004 ; 25(4) : 518-21.
11. Hussain M, Sarwar S, Bhutta SZ. Placenta percreta causing acute abdomen in the second trimester of pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak* 2004 : 14(4) : 244-6.
12. Breen JL, Neubecker R, Gregori CA, Franklin JE Jr. Placenta accreta, increta and percreta. A survey of 40 cases. *Obstet Gynecol* 1977 ; 49(1) : 43-7.
13. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams obstetrics* 21st ed. McGRAW-Hill Companies, 2001 ; 619-70.
14. Aho AJ, Pulkkinen MO. Vaha-Eskeli K. Acute urinary bladder tamponade with hypovolemic shock due to placenta percreta with bladder invasion. Case report. *Scand J Urol Nephrol* 1985 ; 19(2) : 157-9.
15. Andrew S. Case report nonoperative treatment of placenta percreta, Value of MR imaging. *American Journal of Roentgenology* 2001 ; 177 : 1301-3.
16. Conrad JA, Lee DK, Chaljub G, Randy D, Adegboega P, Gei AF, et al. Placenta percreta : Magnetic resonance imaging and temporary bilateral internal iliac artery balloon occlusion. *Journal of Women's Imaging* 2002 ; 4(3) : 139-41.
17. Hopker M, Fleckenstein G, Heyl W, Sattler B, Emon G. Placenta percreta in week 10 of pregnancy with consecutive hysterectomy : case report. *Hum Reprod* 2002 ; 17(3) : 817-20.
18. Karam AK, Bristow RE, Bienstock J, Montz FJ. Argon

- beam coagulation facilitates management of placenta percreta with bladder invasion. *Obstet Gynecol* 2003 ; 102 : 555-6.
19. Hudon L, Belfort MA, Broom DR. Diagnosis and management of placenta percreta : A review. *Obstetrical & Gynecological survey* 1999 ; 54(11) : 156-64.
20. Leaphart WL, Schapiro H, Broome J, Welander CE, Bernstein IM. Placenta previa percreta with bladder invasion. *Obstet Gynecol* 1997 ; 89 : 834-5.
21. Butt K, Gagnon A, Delisle MF. Failure of methotrexate and internal iliac balloon catheterization to manage placenta percreta. *Obstet Gynecol* 2002 ; 99(6) : 981-2.
22. Dubois J, Garel L, Grinon A, Lemay M, Leduc L. Placenta percreta : Balloon occlusion and embolization of the internal iliac arteries to reduce intraoperative blood losses. *American J Obstet Gynecol* 1997 ; 176(3) : 723-6.
23. Alan W, Prasanta C, Henry S, Adiel F. Case reports ; Conservative management of placenta previa percreta in a Jehovah's Witness. *Obstet Gynecol* 2005 ; 105 : 1247-50.
24. Clement D, Kayem G, Cabrol D. Conservative treatment of placenta percreta : a safe alternative. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 ; 114(1) : 108-9.
25. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta : Conservative and operative strategies. *American J Obstet Gynecol* 1996 ; 175(6) : 1632-8.
26. Henrich W, Fuchs I, Ehrenstein T, Kjos S, Schmider A, Dudenhausen JW. Antenatal diagnosis of placenta percreta with planned in situ retention and methotrexate therapy in a woman infected with HIV. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002 ; 20(1) : 90-3.
27. Legro RS, Price FV, Hill LM, Caritis SN. Nonsurgical management of placenta percreta : a case report. *Obstet Gynecol* 1994 ; 83(5) : 847-9.
28. Jaffe R, DuBeshter B, Sherer DM, Thompson EA, Woods JR. Failure of methotrexate treatment for term placenta percreta. *American J Obstet Gynecol* 1994 ; 171(2) : 558-9.