

รายงานผู้ป่วย

ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ กรณีที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะรกแทรกติด ร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวนมาก

สมบัติ คักดีสง่างงษ์

กลุ่มงานสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลกุมภวาปี

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 24 ปี มีประวัติครรภ์แรกคลอดปกติ ครรภ์ที่สองมีภาวะไข้ผื่นและได้รับการรักษาด้วยการชูดมดลูก ก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกที่รังไข่ข้างขวา ครรภ์นี้ฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 5⁺6 สัปดาห์ ตรวจพบภาวะรกเกาะต่ำและมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดในช่วงแรก ได้ตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์เป็นระยะ พบว่าไม่มีภาวะรกเกาะต่ำและได้คลอดปกติ เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ หลังคลอดลูกได้ 7 นาที รกลอกตัวยังไม่ครบแต่มีเลือดสดไหลออกมาตลอด จึงได้ทำการล้วงรก พบว่ามีเศษรกบางส่วนติดแน่นร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง จึงได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเร่งด่วน หลังผ่าตัดได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตในวันแรก จากนั้นย้ายมาหอผู้ป่วยหลังคลอด ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นเวลารวม 4 วันจนแข็งแรงและสามารถจำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตรได้

คำสำคัญ: ● ภาวะรกแทรกติด ● การวินิจฉัยและการจัดการ ● การผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องและตัดมดลูกทิ้ง

เวชสารแพทย์ทหารบก 2561;71:215-22.

Case Report

An Undiagnosed of Placenta Accreta Presenting as a Massive Bleeding in Obstetric Emergency

Sombat Saksangawong

Department of Obstetrics-Gynecology, Kumpawapi Hospital

Abstract:

Twenty-four-year-old Thai female couple patient had history of normal delivery in first pregnancy. Blighted ovum in second pregnancy was treated with uterine curettage. Right Ovarian tumor was diagnosed and surgery was performed before this pregnancy. This pregnancy received antenatal care since 5⁺⁶ weeks of pregnancy and placental previa was detected and spotting bleeding per vagina was found in first trimester. After follow up by transabdominal ultrasound was not seen placental previa and normal delivery at 38 weeks of pregnancy, only seven minutes after child delivery, placenta was not completed delivery but blood from vagina flowed all the time. Manual removal of placenta was done and found that some pieces of placenta adherent to the uterus and then severe postpartum hemorrhage occurred so there is an urgent hysterectomy. First day after surgery patient was cared in intensive care unit and later was moved to the postpartum ward. Patient was cared for 4 days until she was healthy and able to go home along with her children.

Keywords: ● Placenta accrete ● Diagnosis and management ● Cesarean hysterectomy

RTA Med J 2018;71:215-22.

บทนำ

ภาวะรกแทรกติดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้ 1/533 ของการคลอด¹ และในปัจจุบันมีแนวโน้มที่พบได้มากขึ้นตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2552 มีอุบัติการณ์ 0.17 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 0.79 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน² สาเหตุหลัก เกิดจากการทำสูติศาสตร์หัตถการต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นรวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น การผ่าคลอดทางหน้าท้อง¹⁻³ ภาวะรกเกาะต่ำ^{2,3} อายุของผู้ป่วยที่มากขึ้น^{2,3} การทำหัตถการอื่นๆ ที่มดลูก^{3,4} เป็นต้น

ภาวะรกแทรกติด หากไม่สามารถทำการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ก่อนเข้าระยะของการคลอด มักจะตามมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งต่อมารดา^{5,6} เช่น massive postpartum hemorrhage (2,000-10,000 cc), injury to ureter (0-18%), injury to bladder (7-48%), Bowel injury/obstruction (2-4%), intensive care unit admission (15-66%), infection (18-32%), reoperation (4-16%), prolonged hospitalization, maternal mortality (1-7%)⁷ และทารก^{5,6} เช่น preterm birth, low birth weight, small for gestational age, and reduced 5-min. Apgar scores⁸ ดังนั้นหัวใจของการรักษาภาวะรกแทรกติดคือการวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกของการฝากครรภ์และก่อนเข้าสู่การคลอด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งต่อมารดาและทารก^{8,9}

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 24 ปี อาชีพเกษตรกร เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 2 ครั้ง ครรภ์แรกคลอดปกติเมื่อปี พ.ศ. 2554 ครรภ์สองมีภาวะไข่ฝ่อ และได้รับการรักษาโดยการขูดมดลูกเมื่อปลายปี พ.ศ. 2559

ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกรังไข่ด้านขวาเมื่อต้นปี พ.ศ.2560 มาครั้งนี้ตั้งครรภ์ได้ 38 สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับมีภาวะน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง การตรวจร่างกายแรกพบ สัญญาณชีพปกติ ร่างกายทั่วไปปกติ ความสูงของยอดมดลูก ¼ เหนือระดับสะดือ ทำศีรษะ ส่วนน้ำเข้าอุ้งเชิงกราน เสียงหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 ซม. ความบางของปากมดลูกร้อยละ 70 ระดับส่วนน้ำของทารก -1 ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว ค่ะแนะนำหนักทารกได้ 3,400 กรัม การตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ผลปกติ มีการหดตัวของมดลูกเบาๆ ทุก 4-5 นาที

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2560 เวลา 8.00 น. ได้ส่งการรักษาให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมกับการส่งฟังเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง ตรวจ Complete blood count (CBC) และจาง Pack RED Cell (PRC) 1 ถุง ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 5 ระดับส่วนน้ำของทารกอยู่ที่ 0 จึงได้เร่งการคลอดด้วยการให้ Syntocinon 10 unit ในสารน้ำ 5% D/N/2 1,000 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ โดยเริ่มให้จาก 10 มล/ชม.

เวลา 9.30 น. พบว่าปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม. ระดับส่วนน้ำของทารกอยู่ที่ +2 เสียงหัวใจของทารกปกติ จึงได้ย้ายไปเตียงคลอดและคลอดปกติเมื่อเวลา 9.45 น. ได้ทารกเพศชาย ค่ะแนะนำน้ำหนัก 3,040 กรัม ได้เท่ากับ 10/10/10 น้ำหนักทารก 3,040 กรัม ทารกลักษณะปกติ

เวลา 9.52 น. รกลอกตัวยังไม่ครบแต่มีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอดตลอด ผู้ป่วยยังถาม-ตอบได้ดี รู้ตัวตลอด BP 110/60 mmHg. PR 100/min. RR 20/min. O₂ sat 97% ประเมินเลือดที่ออกได้ 700 มล. ได้ให้มีการเตรียมการล้างรก โดยให้การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม คือ CBC, PT/INR จาง

Table 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC	9 พฤศจิกายน 2560 (8.00 น.)	9 พฤศจิกายน 2560 (9.52 น.)	10 พฤศจิกายน 2560 (8.49 น.)
Hct	37.9%	25.1%	26.5%
WBC	9,770/cumm ³	12,660/cumm ³	11,650/cumm ³
Neutrophil	66%	84%	80%
Lymphocyte	32%	16%	20%
Platelet count	222,000/cumm ³	140,000/cumm ³	153,000/cumm ³
PTT	-	14.3 นาที	-
INR	-	1.22	-
BUN/Cr	-	8.0/0.57 mg/dL	9.4/0.64 mg/dL
SGOT/SGPT	-	13.0/8.0 U/L	

Pack red cell เพิ่มอีก 3 ถุง เปิดให้สารน้ำที่แขนอีกข้างและฉีด Transamine 1,000 mg.⁷ เข้าทางหลอดเลือดดำ

เวลา 10.10 น. BP 110/70 mmHg. PR 112 /min. RR 22/min. O2 sat 97-98% (oxygen cannula) วิสัญญีพยาบาลวางยาสลบแก่ผู้ป่วย แล้วทำการล้างรก พบว่าสามารถดึงเนื้อมดลูกออกได้เป็นส่วนใหญ่ แต่ส่วนรกที่เหลือยังคงติดค่อนข้างแน่น จึงทำการขูดมดลูกต่อเพื่อเก็บเศษรกที่เหลือ โดยได้เนื้อมดลูกเพิ่มอีกเล็กน้อย และมีเลือดสดตามออกมาอีกประมาณ 800 มล.

เวลา 10.20 น. BP 53/38-90/40 mmHg. PR 120-140 /min. RR 22/min. O2 sat 90% (oxygen cannula) มดลูกหดตัวไม่ดี ตรวจอัลตราซาวด์มดลูก พบว่ามีภาวะรกเกาะติดและยังมีเศษรกในโพรงมดลูกอีกจำนวนหนึ่ง จึงได้ประสานวิสัญญีแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดมดลูกแบบฉุกเฉินและปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อร่วมกันรักษาภาวะของ Hypovolemic shock โดยในขณะที่ยารักษาเตรียมพร้อมผ่าตัด อายุรแพทย์ได้ให้ Heamaccel 500 มล. และให้ PRC อีก 1 ถุง เพื่อเพิ่มความดันโลหิตแก่ผู้ป่วยและขอเพิ่ม Fresh Frozen Plasma (FFP) อีก 10 ถุง

เวลา 10.45 น. ย้ายเข้าห้องผ่าตัด BP 67/38 mmHg. PR 120-124/min. RR 22/min. O2 sat 97% (oxygen cannula) เวลา 10.50 น. วางยาสลบ เวลา 10.53 น. ลงมีดผ่าตัดในแนว low midline⁷ ที่ตำแหน่งของการผ่าตัดเดิม ตั้งแต่ใต้สะดือจนถึงหัวหน้า ผ่าตัดเข้าไปพบว่า มดลูกมีขนาดประมาณ 22 สัปดาห์ นุ่มมากและหดตัวไม่ดี ด้านขวาของมดลูกและปีกมดลูกที่ถูกตัดออกมีพังพืดจำนวนมาก ได้ทำการตัดเลาะพังพืดออก ใช้ Kocher clamps 2 ตัวจับ round ligament ด้านขวาแล้วตัดออกให้ขาดจากกัน ใช้ Heaney clamps 2 ตัว จับขีดมดลูกด้านขวาเพื่อตัด uterine artery ด้านขวา จากนั้นใช้ Kocher clamps 2 ตัวจับ round ligament ด้านซ้ายแล้วตัดออกให้ขาดจากกัน ใช้ Heaney clamps 2 ตัว ตัดขีดมดลูกด้านซ้ายเพื่อตัด uterine artery ด้านซ้ายแล้ว เปิด visceral peritoneum ที่คลุมด้านล่างของมดลูกออก เพื่อ แยกและดันกระเพาะปัสสาวะให้ออกไปจากพื้นที่ที่จะผ่าตัด จากนั้นใช้ Heaney clamps 2 ตัว จับที่ด้านล่างของมดลูกทั้งสองข้าง ใต้ตำแหน่งที่ตัด uterine artery แล้วใช้จีไฟฟ้าตัดมดลูกที่ตำแหน่งเหนือกว่า Heaney clamps 2 ตัว นี้เพื่อยกมดลูกส่วนบนออกมาก่อน จากนั้นใช้ Polyglycolic acid (Dexon) เบอร์ 1 ผูกหรือเย็บตามตำแหน่งที่ Heaney /Kocher clamps จับเอาไว้และเย็บปิดปากมดลูกส่วนที่ต่อกับช่องคลอด

ละลายด้วย Dexon เบอร์ 1 วาง penrose drain ไว้ที่ตำแหน่ง cul de sac แล้วมาเปิดแผลที่ผิวหนังที่ตำแหน่งช่องท้องด้านข้างซ้ายเพื่อให้ปลาย Penrose drain โผล่ออกมา เพื่อใช้ตรวจสอบหากเกิดกรณีมีเลือดออกในช่องท้อง จากนั้นตรวจสอบจนไม่พบมีจุดเลือดออกในช่องท้องแล้วจึงเย็บปิดหน้าท้องที่ละชั้นตามลำดับ เสียเลือดจากการผ่าตัด 200 มล. รวมเลือดที่สูญเสียทั้งหมด 1,700 มล. เนื่องจากมีการเสียเลือดจำนวนมากร่วมกับต้องให้เลือดและสารน้ำทดแทนเป็นจำนวนมาก ทางอายุรแพทย์ได้แนะนำให้เข้ารับการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยระหว่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต สัญญาณชีพทุกอย่างปกติ ปัสสาวะออกดี ไม่มีอาการตกเลือดในช่องท้อง เมื่ออายุรแพทย์เห็นว่าปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาแล้ว จึงอนุญาตให้กลับไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอดได้

วันที่ 10 พฤศจิกายน 2560 เวลา 6.45 น. ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด BP 114/80 mmHg. PR 88/min. RR 20/min. O2 sat 97% Hct 26.5% .ให้ PRC อีก 1 ถุง หลังให้เลือดพบว่า Hct 31% หลังจากนั้นอาการโดยรวมปกติ ไม่มีไข้ เสียเลือดปกติ น้ำนมมาดี แผลผ่าตัดไม่ซึม ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดและได้จำหน่ายผู้ป่วยได้ในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2560 โดยในทุกขั้นตอนของการรักษาได้มีการลงบันทึกในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพและสามารถนำข้อมูลไปบันทึกไว้มาวิเคราะห์ถึงสาเหตุและผลลัพธ์ของการดูแลได้

ผู้ป่วยและญาติกลับมาตรวจหลังผ่าตัดอีกสามสัปดาห์ต่อมา พบว่าตรวจร่างกายทั่วไปปกติ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องหลังการตัดใหม่ปกติ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ได้แจ้งผลชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ (ผลชิ้นเนื้อ(MP60-07590): Retained pieces of placenta with placenta increta) แนะนำให้ตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 1-2 ปี เนื่องจากยังเหลือปากมดลูกอยู่ ผู้ป่วยและญาติรู้สึกพึงพอใจในผลของการรักษาที่ได้รับการดูแลเป็นอย่างดี จนสามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยและลูกเอาไว้ได้

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติของการขูดมดลูก เนื่องจากภาวะไข่ฝ่อและมีการตรวจพบภาวะเนื้องอกที่รังไข่ข้างซ้ายขนาด 5.3 ซม. จึงได้ทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกรังไข่ออก ผลชิ้นเนื้อไม่พบว่ามีเซลล์ผิดปกติ (Dermod cyst) ท้องนี้มาฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 5 สัปดาห์ ช่วง

อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีเลือดออกทางช่องคลอดและตรวจพบมีภาวะรกเกาะต่ำ เนื่องจากมีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอยบ่อยครั้ง ทางสูติแพทย์ที่ดูแลจึงได้ส่งต่อมาให้สูติแพทย์ด้านเวชศาสตร์มารดาและทารก ตรวจ อัลตราซาวด์เพิ่มเติม ผลการตรวจวินิจฉัยยืนยันว่าไม่มีภาวะรกเกาะต่ำ จึงวางแผนการรักษาว่า หากไม่มีภาวะผิดปกติทางสูติศาสตร์อื่นๆ เพิ่มเติม จะให้คลอดทางช่องคลอด ส่วนภาวะอ้วนของผู้ป่วยนั้นได้ทำการตรวจคัดกรองน้ำตาลในเลือดพบว่าผิดปกติ เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์และมีภาวะน้ำเดิน ตรวจร่างกายทั่วไปผิดปกติ ตรวจประเมินการคลอด พบว่าปากมดลูกเปิดแล้ว 2 ซม. และมีภาวะน้ำเดินจริง ประเมินขนาดทารกได้ 3,100 กรัม เสียใจของทารกปกติ เชิงกรานปกติ จึงได้วางแผนให้มีการคลอดทางช่องคลอด

ในช่วงการรอคลอดได้ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ อาหารทางปาก เปิดหลอดเลือดดำด้วยสารน้ำ ในผู้ป่วยรายนี้เคยมีประวัติตกเลือดก่อนคลอด เคยผ่าตัดในช่องท้องและซูดมดลูกมาก่อน จึงได้ตรวจ CBC และจอง PRC ไว้ 1 ถุง เมื่อการคลอดดำเนินไปพบว่า มดลูกมีการหดตัวได้ดี เสียใจของทารกปกติ จึงให้ Syntocinon 10 unit ในสารน้ำ 5% Dextrose N/2 1,000 มล. ทางหลอดเลือดดำ เริ่มจาก 10 มล./ชม. เพื่อเพิ่มแรงการหดตัวของมดลูก จากนั้นพบว่า การดำเนินของกราฟการคลอดปกติ จนคลอดทารกออกมา หลังทารกคลอดได้ 7 นาที เริ่มมีเลือดสดไหลออกมาเรื่อยๆ ทางช่องคลอด แต่รกลอกตัวยังไม่ครบ จึงได้ตัดสินใจทำการล้วงรกทั้งที่ยังไม่ถึง 30 นาทีหลังทารกคลอด แต่พบว่าไม่สามารถดึงรกออกได้ทั้งหมด โดยออกมาได้ประมาณร้อยละ 70 ของเนื้อรก โดยเฉพาะตำแหน่งที่ด้านหน้าตอนกลางของโนโพรงมดลูกที่ไม่มีการลอกตัว ถึงแม้มีการพยายามซูดมดลูกต่อก็ไม่สามารณนำเนื้อรกที่เหลือออกมาได้ทั้งหมด

การผ่าตัดมดลูกหลังการคลอดที่เกิดจากภาวะรกแทรกติดนี้ จากประวัติที่สืบค้นมาเป็นกรณีที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกของโรงพยาบาลกุมภวาปี ถือว่าเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการวางแผนการรักษาจึงต้องทำอย่างรอบคอบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วย ผู้เขียนจึงขอปรึกษา วิทยาลัยแพทย์เพื่อให้ช่วยมาประเมินผู้ป่วยตาม The American Society of Anesthesiologist (ASA) Physical Status พบว่าอยู่ในระดับ 5¹⁰ ซึ่งจัดอยู่ในขั้นที่มีความเสี่ยงสูง คือมีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงมาก การรักษาอาจจะไม่สามารถทำให้กลับเป็นปกติดังเดิมได้ จึง

แจ้งวิทยาลัยแพทย์เพื่อขอให้อายุรแพทย์มาร่วมกันรักษาในผู้ป่วยรายนี้ โดยในระหว่างการนำส่งห้องผ่าตัด ได้มีการทำ Bimanual compression¹¹ ที่ตัวมดลูกเพื่อลดการสูญเสียเลือดระหว่างการนำส่ง ในการผ่าตัดมดลูกของผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากไม่พบว่ามดลูกอยู่ที่ส่วนของปากมดลูก จึงทำการผ่าตัดแบบ Sub-total hysterectomy และใช้เทคนิค cut-clamp-drop¹² เพื่อความรวดเร็วในการตัดนำมดลูกและลดการการสูญเสียเลือดเพิ่มจากภาวะมดลูกไม่มีการหดตัวจากภาวะรกแทรกติด⁷

ผู้ป่วยรายนี้ได้มีการสูญเสียเลือดจำนวนมาก หลังการคลอดทารกจนเข้าสู่ภาวะวิกฤต นำไปสู่การผ่าตัดมดลูกแบบเร่งด่วน โดยในผู้ป่วยรายนี้หากเราสามารถวินิจฉัยภาวะรกแทรกติดนี้ได้ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ระยะของการคลอด จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ เช่น Severe vaginal bleeding, Sepsis, Secondary hysterectomy, longer hospital stay, need for transfusion, maternal death^{6,13}

โดยปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะรกแทรกติด เช่น placenta previa, Hypertensive disorders, smoking, advanced maternal age³, previous cesarean section⁶ uterine malformations, septic endometritis, previous manual removal of placenta, multiparity.¹⁴ โดยภาวะ placenta accrete พบได้ร้อยละ 2-5 ในรายที่มีภาวะ placenta previa¹⁴ และพบได้ร้อยละ 20-50 ในรายที่มีภาวะ placenta previa with previous cesarean section¹⁵ อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยที่แม่นยำที่สุดคือช่วงที่ทำการผ่าตัดและผลชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด¹⁶ แต่หากใช้วิธีนี้ผู้ป่วยก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามากกว่าเนื่องจากการรักษาภาวะวิกฤตที่ไม่มีการวางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้า

โดยลักษณะของภาวะรกฝังติดจากการตรวจพบว่ามีลักษณะสัมพันธ์กับภาวะ placenta previa และตรวจพบลักษณะต่างๆ จากอัลตราซาวด์ เช่น loss of the retroplacental clear space (Figure 1), multiple placental lake (Swiss cheese appearance) (Figure 2), myometrial thinning (Figure 3), resence of a smallest myometrial thickness less than 1 mm, disruption of urinary bladder-uterine interface and the presence of multiple placental sonolucent area (Figure 4)^{13,17-19} เป็นต้น

ในผู้ป่วยที่มีภาวะรกแทรกติดร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรงที่มีลูกเพียงพอแล้ว แนะนำให้ทำการผ่าตัดคลอดแล้วเอามดลูกออก (Cesarean hysterectomy)^{5,14} แต่ถ้าในผู้ป่วย

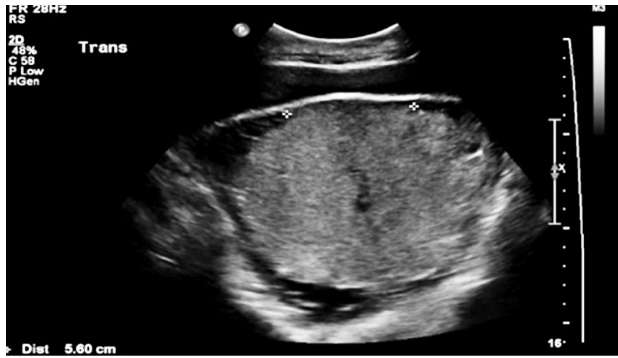


Figure 1 Deficiency of retroplacental sonolucent zone

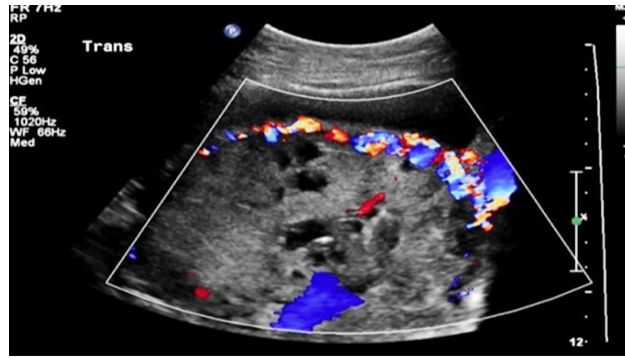


Figure 2 Vascular lacunae



Figure 3 Myometrial thinning



Figure 4 Interruption of bladder line

Note: Image courtesy of the Department of Diagnostic Radiology, Queen Mary Hospital, Hong Kong

รายนี้สามารถวินิจฉัยภาวะนี้ได้ตั้งแต่ก่อนเข้าระยะของการคลอด โดยการวินิจฉัยด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้องแล้วตามด้วย magnetic resonance imaging (MRI) หากมีข้อสงสัย¹⁵ เนื่องจาก MRI สามารถมองเห็นรายละเอียดของอวัยวะภายในทั้งหมดในรูปแบบสามมิติได้ดีกว่าการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ทำให้สูติแพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้ดีกว่า²⁰

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่สามารถวินิจฉัยภาวะรกแทรกติดได้ตั้งแต่แรกๆ ต้องให้คำแนะนำถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ระหว่างการฝากครรภ์รวมถึงแนวทางในการดูแลตัวเองระหว่างการฝากครรภ์โดยและควรต้องส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษา ผ่าตัด สามารถดูแลทั้งผู้ป่วยและทารกในครรภ์ได้⁷ มีการนัดทำ Elective cesarean section เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 36-37 สัปดาห์ และผ่าตัดคลอด ในช่วงวัน-เวลาทำการ พร้อมกับชี้แจงและให้ข้อมูลทุกอย่างแก่ผู้ป่วย สามเษกและญาติก่อนวันผ่าตัด มีการนัดเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ²¹ (Multidisciplinary team care) กำหนดเวลาการผ่าตัดในช่วงเช้าเป็นรายแรก ในรายที่มีภาวะโลหิตจางร่วมด้วยต้องให้เลือดก่อนมีการผ่าตัด แล้วทำการผ่าตัดคลอดทารกก่อน โดยที่ไม่ต้องดึงรกให้คลอดออกมาตามแบบปกติแล้วทำการตัดมดลูกออกพร้อมกับรกเพื่อลดการสูญเสียเลือด⁷

ส่วนในรายที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร มีการรักษาหลายวิธีเช่น Leaving the placenta in situ²², methotrexate therapy, resection of the placental implantation site and uterine repair²³, hemostatic sutures, balloon tamponade, uterine artery embolization, pelvic devascularization^{23,24} ทั้งนี้การเลือกวิธีใดขึ้นกับประสบการณ์ของสูติแพทย์และความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team care) ความพร้อมของเครื่องมือ-ห้องผ่าตัด ยาที่จะใช้รักษา รวมไปถึงการดูแลหลังผ่าตัดที่ดีและสามารถตรวจติดตามคนไข้หลังการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการรักษาผู้ป่วยรายนี้ที่ควรมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการรักษา คือ ในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะรกเกาะติดควรตรวจอัลตราซาวด์ ด้วยความระมัดระวังและเอาใจใส่ หากสงสัยไม่แน่ใจให้ส่งปรึกษาสูติแพทย์ที่มีความชำนาญ หากตรวจแล้วยังไม่แน่ใจให้ส่ง MRI ต่อและรายที่มีภาวะรกค้างก่อนทำการล้วงรกควรตรวจอัลตราซาวด์ซ้ำอีกครั้ง เพื่อแยกวินิจฉัยภาวะรกแทรกติดให้ได้ก่อน ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีความพร้อม ไม่มีสูติแพทย์ และ/หรือ ไม่มีห้องผ่าตัด ธนาคารเลือด หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรส่งคนไข้ต่อทันทีหากไม่แน่ใจว่ามีภาวะรกแทรก

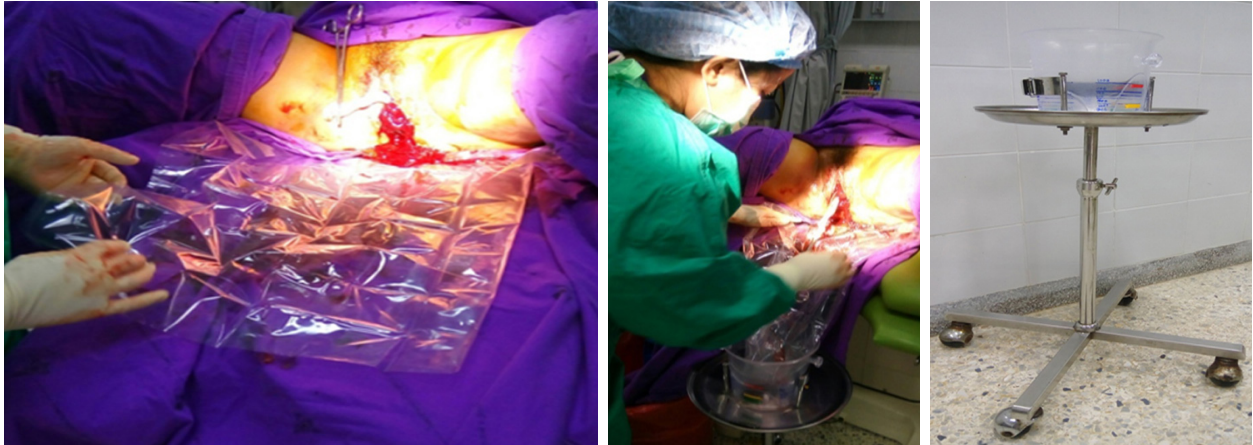


Figure 5 ถุงตวงเลือด ถังตวงเลือดและการใช้งานจริง

ติดหรือไม่ ไม่ควรเสี่ยงล้วงรกหากไม่มีสัญญาณของรกลอกตัวและไม่สามารถแยกภาวะรกแทรกติดได้ เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง ให้รีบประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้วส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานโดยเร็วที่สุด

เนื่องจากการประเมินการเสียเลือดของผู้ป่วยรายนี้ คาดว่าน่าจะประเมินการเสียเลือดต่ำกว่าความเป็นจริง ทางทีมงานห้องคลอดกุมภวาปี จึงได้วางแผนสร้างนวัตกรรมใหม่ (Figure 5) ด้วยการดัดแปลงทำถุงตวงเลือดและถังตวงเลือดเพื่อใช้วัดปริมาณเลือดที่เกิดจากการคลอด (ต้นทุนถุงตวงเลือดที่จัดทำใหม่อยู่ที่เพียงถุงละ 4.25 บาท)

โดยนวัตกรรมดังกล่าวดัดแปลงมาจากถุงพลาสติกขนาด 20 × 30 นิ้ว นำมาตัดข้างถุงด้านหนึ่งและตัดกันถุงออกแล้วตัดให้ปลายถุงด้านหนึ่งสอบเข้า จากนั้นทำให้ปราศจากเชื้อโดยใช้เครื่องอบแก๊ส โดยให้ใช้ถุงตวงเลือดหลังจากทารกคลอด ด้วยการนำมารองใต้ก้นของผู้มาคลอดเพื่อให้เลือดไหลผ่านลงถังตวงเลือดโดยตรง

ในส่วนของถังตวงเลือดจะมีการติดแถบสีบอกปริมาตร (Visual control) เพื่อช่วยให้มองเห็นได้ชัดเจนและช่วยเตือนผู้ทำคลอดว่าเสียเลือดถึงระดับที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือแล้ว โดยส่วนฐานรองของถังตวงเลือดจะมีล้อเลื่อนสี่ล้อเพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้ายและสามารถปรับระดับสูงต่ำตามผู้ใช้งานได้

จากเหตุการณ์ภาวะรกแทรกติดในผู้ป่วยรายนี้ ก่อให้เกิดนวัตกรรมและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังคลอดที่ดีขึ้น ส่งผลให้ทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ และตระหนักในการประเมินการสูญเสียเลือดตามความเป็นจริง ทำให้การดูแลรักษาได้รวดเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลการใช้นวัตกรรมยังช่วยลดปริมาณผ้าเปื้อนเลือด

ได้มากขึ้น และช่วยประหยัดค่าน้ำยาทำความสะอาดผ้าที่เปื้อนเลือดอีกด้วย

สรุป

เนื่องจากในปัจจุบันสูติศาสตร์หัตถการมีจำนวนมากขึ้น โดยมาพร้อมกับความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ ผลที่ตามมาคือการนำไปสู่การร้องเรียนต่อทีมที่ให้การรักษาที่มากขึ้น โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ยังไม่มีทักษะในการวินิจฉัย ดูแลและรักษาผู้ป่วยชั้นวิกฤต ภาวะรกแทรกติดก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการตกเลือดหลังคลอดชนิดรุนแรงและเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่อาจจะพบได้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการคลอด โดยที่บางครั้งแพทย์อาจจะไม่ได้คิดถึงโรคนี้ เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย ดังนั้นหัวใจของการรักษาภาวะรกแทรกติดที่ดี คือ ควรวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่ฝากครรภ์ช่วงแรกๆ และก่อนครรภ์ครบกำหนด เพื่อกำหนดสถานที่ฝากครรภ์ สถานที่คลอด และวางแผนการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- 1 Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1458-61.
- 2 Cheng KK, Lee MM. Rising incidence of morbidly adherent placenta and its association with previous caesarean section: a 15-year analysis in a tertiary hospital in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2015;21:511-7.
- 3 Hung TH, Shau W, Hsieh CC, Chiu TH, Hsu JJ, Hsieh TT. Risk factors for placenta accrete. *Obstet Gynecol.* 1999;93:545-50.

4. Zhang D, Yang S, Hou Y, Su Y, Shi H, Gu W. Risk factors, outcome and management survey of placenta accreta in 153 cases: a five-year experience from a hospital of Shanghai, China. *Int J Clin Exp Med*. 2017;10:12509-51.
5. Khandaker S. An undiagnosed case of placenta percreta presenting as a massive hemoperitoneum in obstetric emergency. *POG*. 2014;4:3.
6. Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta : Risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:1045-9.
7. Allen L, Jauniaux E, Hobson S, Papillon-Smith J, Belfort MA. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;140:281-90.
8. Balayla J, Bondarenko HD. Placenta accreta and the risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *J Perinat Med*. 2013;41:141-9.
9. Rahimi-Sharbat F, Jamal A, Mesdaghinia E, Abedzadeh-Kalahroudi M, Niroomanesh S, Atoof F. Ultrasound detection of placenta accreta in the first trimester of pregnancy. *Iran J Reprod Med*. 2014;12:421-6.
10. Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL. ASA physical status classifications: a study of consistency of ratings. *Anesthesiology*. 1978;49:239-43.
11. Andreatta P, Perosky J, Johnson TR. Two-provider technique for bimanual uterine compression to control postpartum hemorrhage. *J Midwifery Women Health*. 2012;57:371-5.
12. Kumari A, Sahay PB. A clinical review of emergency obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol India*. 2009;59:427-31.
13. Cheung CS, Chan BC. The sonographic appearance and obstetric management of placenta accrete. *Int J Womens Health*. 2012;4:587-94.
14. Sharma V, Kaur J. Case report on placenta accreta presenting obstetric emergency. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2017;6:2112-4.
15. 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.
16. Bonnie KD, Victoria B, Lan T, Anjali R, Ian C, Richard B, Usha C. Prenatal Diagnosis of Placenta Accreta : Sonography or Magnetic Resonance Imaging? *J Ultrasound Med*. 2008 27:1275-81.
17. Ballas J, Pretorius D, Hull AD, Resnik R, Ramos GA. Identifying Sonographic Markers for Placenta Accreta in the First Trimester. *J Ultrasound Med*. 2012;31:1835-41.
18. Baughman WC, Corteville JE, Shah RR. Placenta accreta: spectrum of US and MR imaging findings. *RadioGraphics*. 2008;28:1905-16.
19. Hamisa M, Mashaly E, Fathy S, Tawfeek A. Role of Doppler US and MRI in diagnosis of placenta accrete. *AJM*. 2015;51:225-30.
20. Srinakaran J. ภาพวินิจฉัยแม่เหล็กไฟฟ้าของรกในครรภ์และ Placenta Accreta, Increta & Percreta. *Srinagarind Med J*. 2013;28(suppl):108-11.
21. Chitra S. Perioperative management of undiagnosed placenta percreta: case report and management strategies. *Int J Womens Health*. 2012;4:451-4.
22. Sentilhes L, Kayem G, Chandrachan E, Palacios-Jaraquemada J, Jauniaux E. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;140:291-8.
23. Pliskow S, Dai X, Kohner A, Kapnick J. Conservative surgical management of placenta accreta: a report of 3 cases. *J Reprod Med*. 2009;54:636-8.
24. Kelekci S, Ekmekci E, Aydogmus S, Gencdal S. A comprehensive surgical procedure in conservative management of placenta accreta: a case series. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94:529.