

## แนวปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะลึก (Placenta Accreta Spectrum Disorders)

### สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

#### คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

#### การคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะรกเกาะลึก

1. ชักประวัติมารดาที่มาฝากครรภ์ทุกรายเพื่อหาความเสี่ยง ได้แก่ ประวัติการผ่าตัดคลอด การผ่าตัดเนื้องอกมดลูก ชุมมดลูก มีภาวะรกเกาะต่ำ และ/หรือ สงสัยว่ามีภาวะรกเกาะลึก (ในรายที่ถูกส่งตัวมารักษาต่อ)
2. ตรวจสอบอัลตราซาวด์เบื้องต้นเพื่อประเมินตำแหน่งและลักษณะของรกว่ามีภาวะรกเกาะต่ำ และ/หรือ ภาวะรกเกาะลึกหรือไม่ ในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะรกเกาะลึกทุกรายโดยสูติแพทย์ที่คลินิกฝากครรภ์
3. ในรายที่สงสัยว่ามีภาวะรกเกาะต่ำ และ/หรือ รกเกาะลึก ให้ส่งตรวจยืนยันการวินิจฉัยโดยผู้เชี่ยวชาญที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

#### การตรวจยืนยันการวินิจฉัยภาวะรกเกาะลึก

1. ตรวจยืนยันการวินิจฉัยโดยคณาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์อย่างน้อย 2 คน
2. ใช้การตรวจอัลตราซาวด์เทคโนโลยีขั้นสูง 3D, 4D color Doppler ร่วมกับอัลตราซาวด์สองมิติ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัย

#### การดูแลโดยทีมสหสาขาเมื่อยืนยันการวินิจฉัยว่ามีภาวะรกเกาะลึก

1. เมื่อวินิจฉัยว่ามีภาวะรกเกาะลึก จะมีการ activate PSU-PAS team (Prince of Songkla University- Placenta Accreta Spectrum) และกำหนดทีมผ่าตัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหน่วยมะเร็งนรีเวช ในกรณีที่มีภาวะรกเกาะลึกชนิดรุนแรง ต้องมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 คน โดยทีมผ่าตัดรับผิดชอบดูแลทั้งในและนอกเวลาราชการ ตลอด 24 ชั่วโมง
2. ดูแลโดยทีมสหสาขา ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ระบบสืบสาวะ วิสัญญีแพทย์ แพทย์เวชบำบัดวิกฤต (กรณีที่คาดว่าจะมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง) แพทย์รังสีร่วมวินิจฉัย

3. ประสานกับหน่วยคลังเลือด เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งภาวะตกเลือดชั้นรุนแรง มีเลือดและส่วนประกอบของเลือดพร้อมก่อนผ่าตัด
4. กำหนดเวลาผ่าตัดคลอดอย่างเหมาะสมในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ โดยพิจารณาเป็นราย ๆ ไปด้วย  
  - a. กรณีที่ภาวะรกเกาะลึกเป็นชนิดไม่รุนแรง (placenta accreta) อาการคงที่ไม่มีเลือดออก ให้ set ผ่าตัดคลอดที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน
  - b. กรณีที่ภาวะรกเกาะลึกเป็นชนิดรุนแรง (placenta increta หรือ percreta) ให้ set ผ่าตัดคลอดที่อายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์
  - c. กรณีที่มีเลือดออกมาก ออกซ้ำ ๆ ให้ทีมสหสาขา พิจารณา set ผ่าตัดคลอดตามความเหมาะสม เพื่อลดโอกาสการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
5. พิจารณาให้ corticosteroid เพื่อ enhance fetal lung maturity ในรายที่อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด ถ้าไม่มีข้อห้าม
6. ทีมผ่าตัดต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกราย ที่หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ พิจารณาดำเนินการที่เหมาะสมในการลงแผลผ่าตัด หลีกเลี่ยงตำแหน่งรก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการตกเลือดชั้นรุนแรง และวางแผนการจ้องเลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างเหมาะสม
7. พริกษา urologist เพื่อเข้าร่วมผ่าตัดกรณีที่สงสัยว่ารกทะลุกระเพาะปัสสาวะ
8. พริกษา intervention radiologist ในรายที่คาดว่ามีความจำเป็น
9. จอง ICU เพื่อดูแลหลังผ่าตัดในรายที่คาดว่าอาจเกิดการตกเลือดชั้นรุนแรงระหว่างผ่าตัด ประสานงานกับแพทย์เวชบำบัดวิกฤตล่วงหน้า
10. ประสานงานกับทีมวิสัญญีและทีมห้องผ่าตัดเพื่อรับมือกรณีเกิดภาวะวิกฤตที่คาดว่าจะมีการเสียเลือดชั้นรุนแรง

### การดูแลระหว่างผ่าตัด

1. ผ่าตัดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช และต้องมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 คน ถ้าเป็นรกเกาะลึกชนิดรุนแรง (placenta increta or percreta)
2. มีเลือดและส่วนประกอบของเลือดพร้อมใช้ระหว่างผ่าตัด
3. แพทย์ผู้ผ่าตัดต้องสื่อสารกับทีมวิสัญญีเป็นระยะ เพื่อให้สารน้ำและเลือดทดแทนได้ทันเวลา

### การดูแลหลังผ่าตัดและการติดตามการรักษา

1. ติดตามสัญญาณชีพ สารน้ำเข้า/ออก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความเหมาะสม อย่างใกล้ชิด
2. ให้สารน้ำ/เลือด/ส่วนประกอบของเลือด ทดแทนอย่างเพียงพอ เหมาะสม
3. ให้ antibiotics อย่างเหมาะสมเพื่อลดการเกิดการติดเชื้อ
4. ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น fistula, Sheehan syndrome รีบวินิจฉัยตั้งแต่เนิ่น ๆ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม
5. ให้ธาตุเหล็กเสริมหลังคลอด กรณีตกเลือดขั้นรุนแรง ให้นาน 3 เดือน
6. ส่งเสริมการให้นมบุตรทุกราย
7. ติดตามหลังคลอดที่ 2 และ 6 สัปดาห์ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น