



Interesting Obstetric Case

กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

1 กันยายน 2568

Patient identification



- สตรีตั้งครรภ์ อายุ 35 ปี
- สิทธิการรักษาพยาบาล: บัตรทอง
- ภูมิลำเนา อ.พระยืน จ.ขอนแก่น

Chief complaint



- ได้รับการส่งตัวมาจากรพ.แห่งหนึ่ง เนื่องจากอัลตราซาวด์พบภาวะรกเกาะต่ำ

Present illness



- ส่งตัวมาจากรพ.แห่งหนึ่ง เนื่องจากอัลตราซาวด์พบภาวะรกเกาะต่ำ ไม่มีเจ็บครรภ์ ไม่มีเลือดออกช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน ลูกดิ้นดี

Past history



- Deny underlying disease
- Surgical history: Cesarean section
- Deny drug allergy
- Family history : first degree diabetes mellitus

Current OB history



- G2P1001 GA 35 week with previous c/s with Placenta previa totalis with GDMA1 with small myoma uteri

Lab 1 ANC

- Hct 36.2, MCV 87.9, DCIP negative, Blood group A, Rh positive
- Anti HIV : Negative , HBsAg : Negative, VDRL : Non-reactive
- Hb typing A2A ,A2=2.8

Lab 2 ANC

- Hct 34.7, MCV 88.3
- Anti HIV : Negative , VDRL : Non-reactive



Current Ob history

- **Down syndrome screening** : NIPT >> low risk XY
- **GDM screening**: at GA 12+6 wk
 - o 50 gm GST 187mg% > 100 gm OGTT 87, 181, 167, 124 mg% >> Early GDM A1 (diet control)
- **Vaccination** : dT ,aP ,influenza
- Pap smear P2566 : normal
- Medication: triferdine , caco3, ASA(81) 2 tab po hs

ประวัติการฝากครรภ์

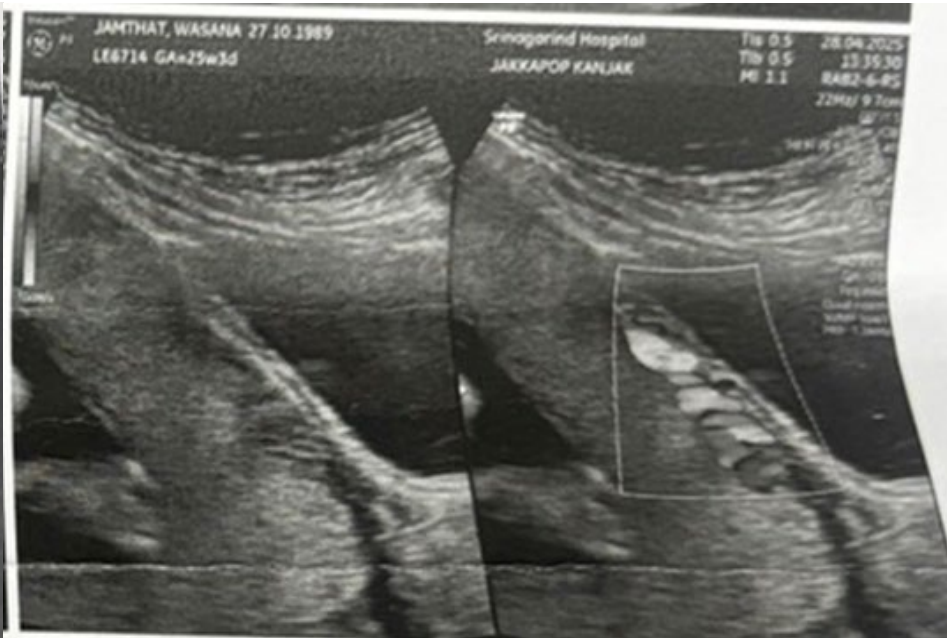


GA	BW	Protein/ sugar	BP,PR	FH	การตรวจร่างกาย ความปกติที่พบการวินิจฉัย และ การรักษา
12+6	58.3	Neg/neg	105/58, 76	$\frac{1}{3}$ >PS	TAS:CRL 6.3 mm, seen adenomyoma at posterior wall of uterus size 3.7x 4.5 cm
16+6	58.6	Neg/neg	97/57, 92	$\frac{2}{3}$ >PS	TAS:SVF, Vx, 168 gm, normal AFI placenta Anterior-Posterior cover os
20+6	60.7	Neg/neg	100/57, 84	=O=	TAS: Male SVF, Vx, 360 gm, placenta Anterior-Posterior cover os, adenomyoma at posterior wall uterus, cord 3 vessel insert anterior, cannot clearly seen lining of placenta TACL 3.7 cm
24+6	64.4	Neg/neg	109/55, 92	$\frac{1}{4}$ > O	TAS:Male SVF, Vx, 758 gm AFI 25 cm, placenta previa totalis not clear seen placenta lining at bladder area DDX placenta accreta พิจารณา refer tertiary hospital Management : off ASA

ประวัติการฝากครรภ์



GA	BW	Protein/ sugar	BP,PR	FH	การตรวจร่างกาย ความปกติที่พบการวินิจฉัย และ การรักษา
25+3	64.4	Neg/neg	119/65, 92	$\frac{1}{4} > O$	At SNH TAS: Male SVF, Bx, EFW 758 gm, Placenta previa totalis,anterior hypervascular, placental bulging, loss of retroplacental clear zone, bridging vessel hypervascular at bladder serosa interface Imp. Placenta increta with placenta previa totalis Refer ผู้ป่วยมารักษาต่อ KKH ตามสิทธิ์
25+6	63.7	Neg/neg	100/60, 90	$\frac{1}{4} > O$	At KKH, MFM note TAS: SVF, Vx, EFW 824 gm, DVP 7 cm, Placenta anterior middle lower previa totalis, seen thin retroplacental myometrium, loss of retroplacenta hypoechoic clear zone, placenta lacuna, hypervascularization of placenta, thin wall myometrium near bladder at left lateral R/O placenta increta พิจารณาส่งนัด MRI whole abdomen เรื่อง GDMA1 management :Consult nutritionist แนะนำให้เจาะ DTX รพ ไกล่บ้าน, ติดตาม 2hr pp



ประวัติการฝากครรภ์



GA	BW	Protein/ sugar	BP,PR	FH	การตรวจร่างกาย ความปกติที่พบการวินิจฉัย และ การรักษา
30+6	64.9	Neg/neg	108/68, 93	2/4> =O=	TAS: SVF, Tx, EFW 1400 gm (P50-90), AFI adequate MRI : placenta locates at anterior-posterior lower 2.3 of uterus with placenta previa totalis, A1.5x1.7x0.8 cm retroplacental darkline at posterior lower mid placental region just about to posterior cervical os, at least placenta increta, myoma uteri 1.5 x2.6 cm Consult oncologist for Elective Tranfundal cesarean section with hysterectomy at GA 35 week Plan consult Urologist, Consult anesthesiologist
32+6	64.9	Neg/neg	109/53, 99	2/4> =O=	TAS: SVF, Vx, EFW 2353 (>P95), AFI 18 cm placenta previa totalis with increta NST reactive

G 1 history



- ป2565

Diagnosis : placenta abruption

- Emergency low transverse cesarean section at GA 37+2 week
- No post-operative complication
- No postpartum hemorrhage

Physical Examination on admission



- **GA:** A Thai pregnant women, look well, good consciousness
- **V/S :** BT 36.5 C , BP 108/57 mmHg RR 14/min PR 80 bpm
- **Weight** 65.1 kg, **Height** 163 cm, Current BMI: 24.4 kg/m²
- **HEENT:** Pink conjunctiva, anicteric sclera
- **Heart & Lung:** no murmur: lung clear, equal both lungs
- **Breast:** normal
- **Abdomen:** FH 3/4 above umbilicus, cephalic presentation, FHS 140 bpm, EFW 2500 gm no uterine contraction
- **Extremities:** no pitting edema, no deformities
- **Neurological signs:** E4V5M6



Problem list

1. G2P1001 GA 35 wk with Previous c/s
2. Placenta previa totalis anterior type with placenta increta
3. GDMA1
4. Myoma uteri

Differential Diagnosis



- Placenta previa totalis
- Placenta percreta

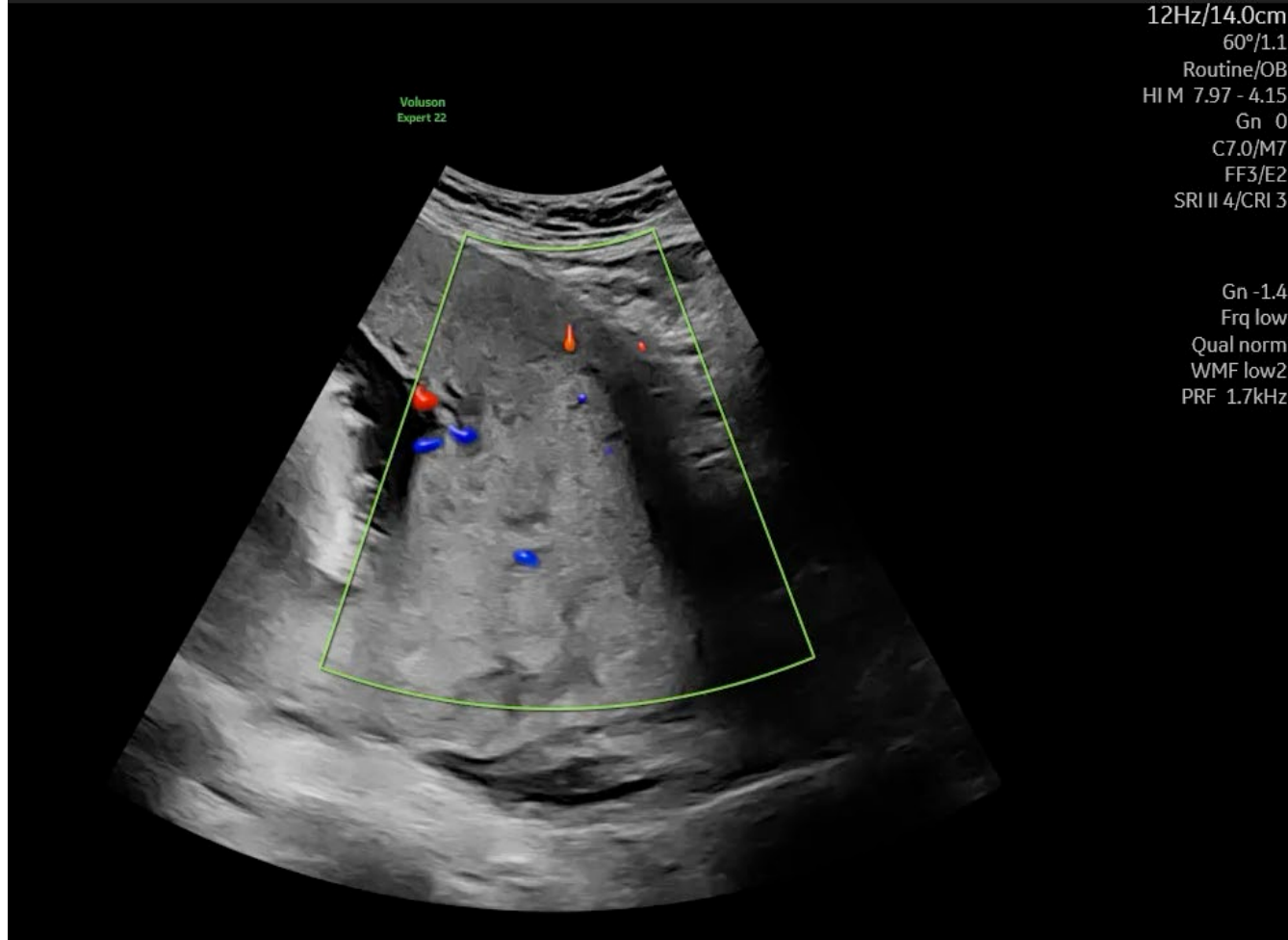
Transabdominal 2 D Ultrasound

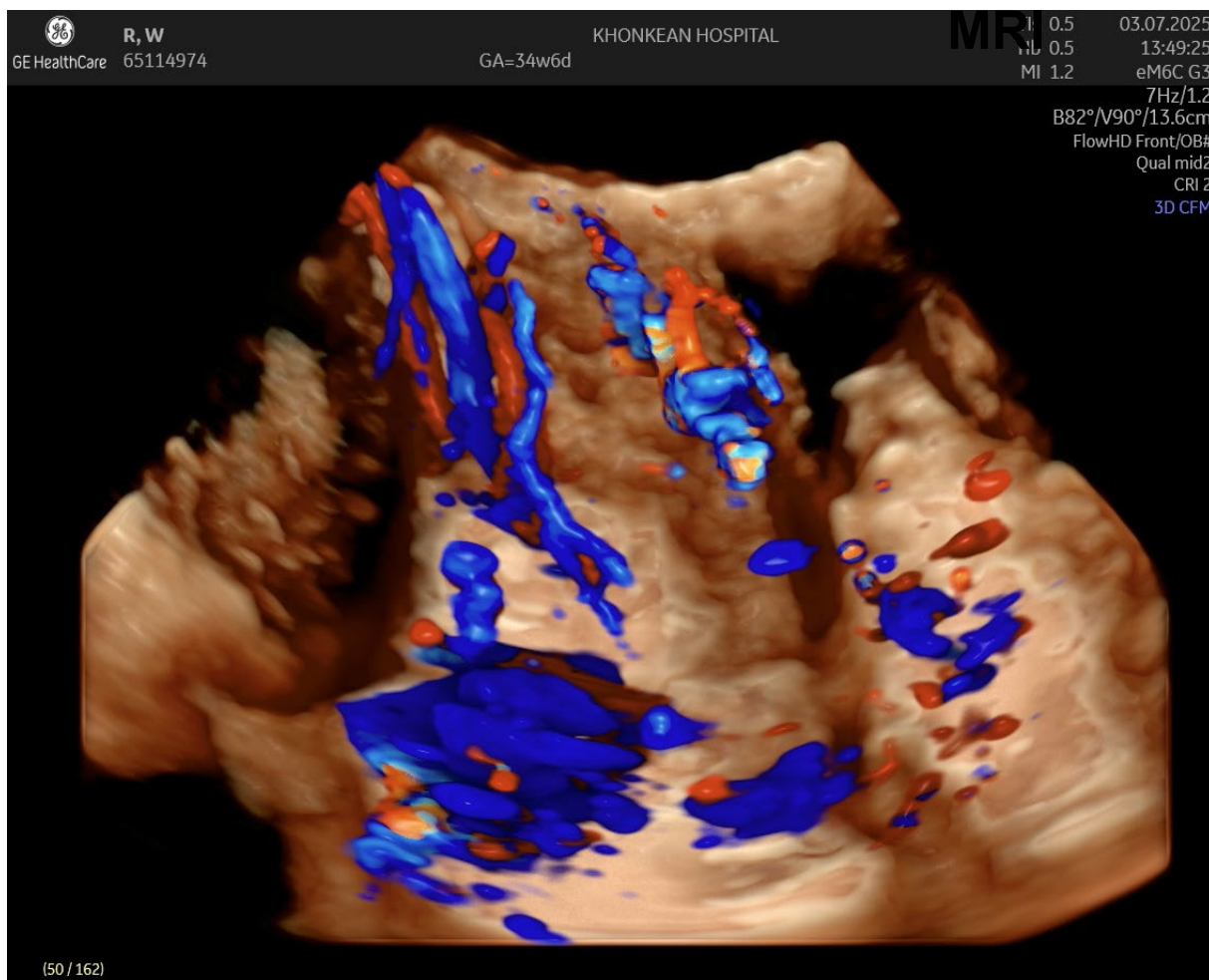


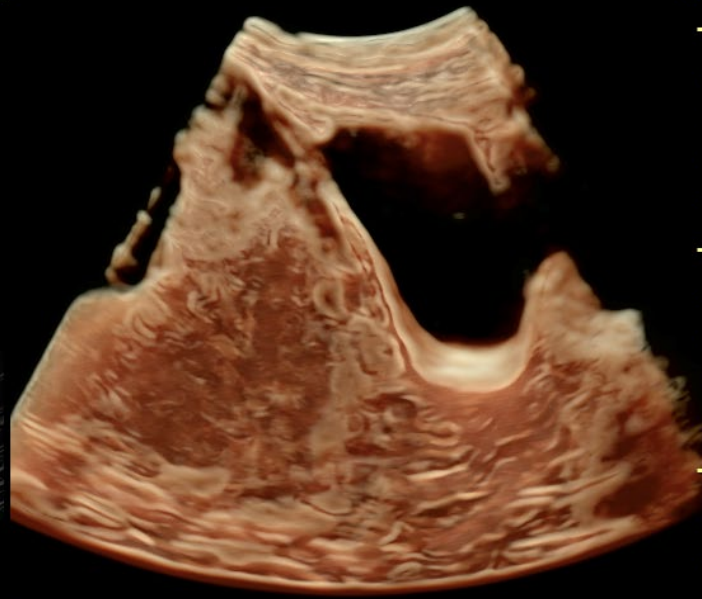
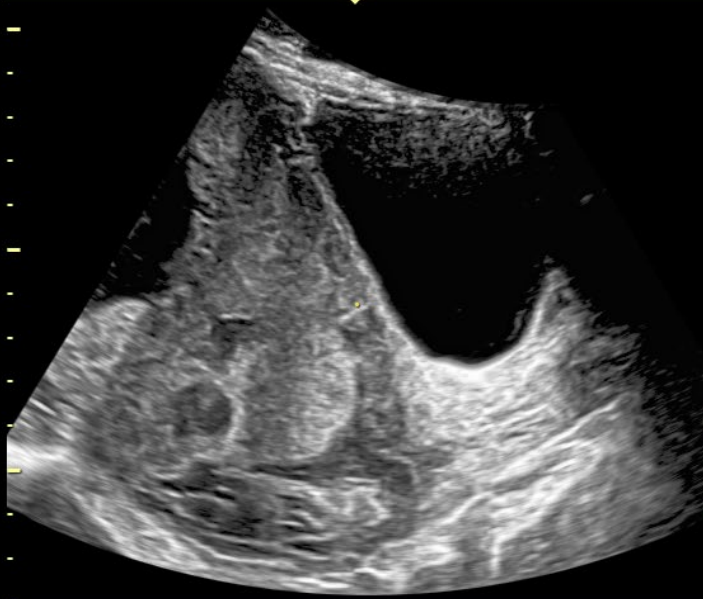
Transabdominal 2 D Ultrasound

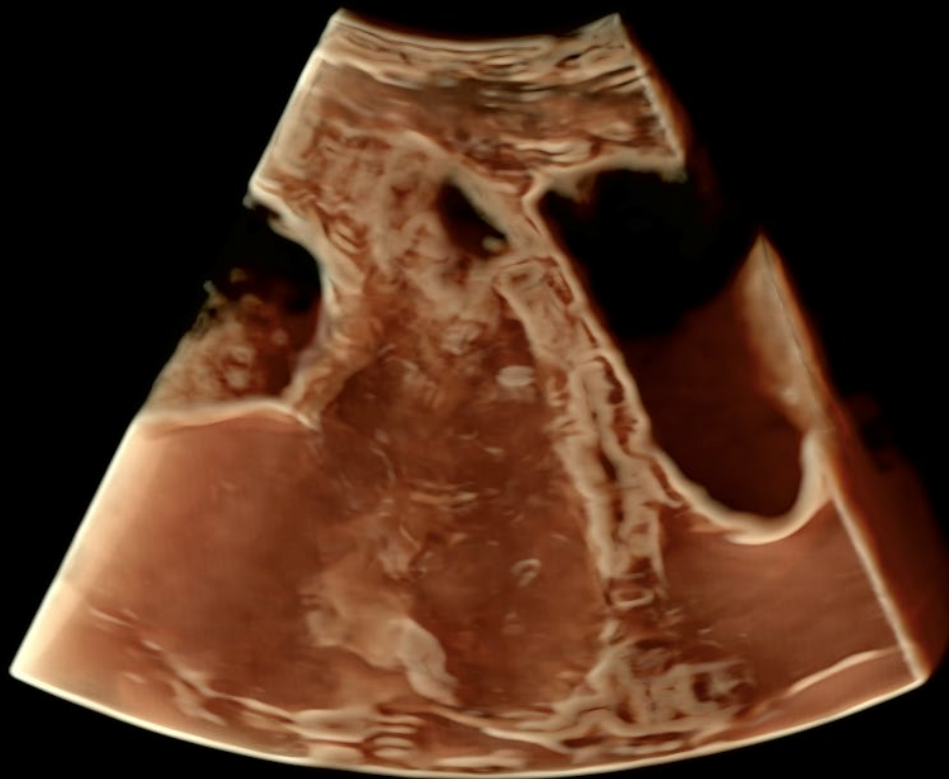


Transabdominal Ultrasound color doppler









MRI



Management at LR



- Admit LR
- On EFM
- Blood for CBC ,BUN,Cr,Elyte,PT,PTT,INR,
- G/M PRC 4 u, FFP 4 u, PLT conc.10 u
- Set OR for Tranfundal cesarean section with hysterectomy
- Dexamethasone 6 mg im q 12 hr * 4 dose (late preterm)
- Ampicillin 2 gm iv stat ก่อนไป OR
- Observe vaginal bleeding
- จองเตียง ICU
- Consult urologist
- Notify pediatrician

การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ

1. การวินิจฉัยโรค

2. แนวทางการรักษา

3. การพยากรณ์โรค

- **ด้านมารดา** ได้แก่ เสียเลือดปริมาณมาก ได้รับเลือดปริมาณมาก ได้รับการรักษาพักฟื้นหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยวิกฤติ
- **ด้านทารก** ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ระบบหายใจผิดปกติ ทารกตัวเหลือง น้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ

4. ภาวะแทรกซ้อน

- **ด้านมารดา** ได้แก่ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เกือบหมดในร่างกายผิดปกติเนื่องจากได้รับเลือดปริมาณมาก การได้รับบาดเจ็บอวัยวะ เช่น ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ ภาวะความดันโลหิตต่ำจนถึงภาวะหัวใจล้มเหลวและอาจรุนแรงจนเสียชีวิต
- **ด้านทารก** ได้แก่ ภาวะหายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิด โรคปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนจากการถ่ายเลือดในทารกแรกเกิด



Preoperative Lab

- CBC : **Hb 11.3 g/dl**, **Hct 33.4 %**, Platelets 202,000 WBC 17,400
- Bun 6 mg/dl ,Cr 0.47 mg/dl
- PTT 22.5 ,PT 11.5 , INR 0.99
- Na 136 mmol/L, K 3.61 mmol/L, CL 105 mmol/L, Hco3 20.6 mmol/L
- UA WBC 0-1 RBC 0-1

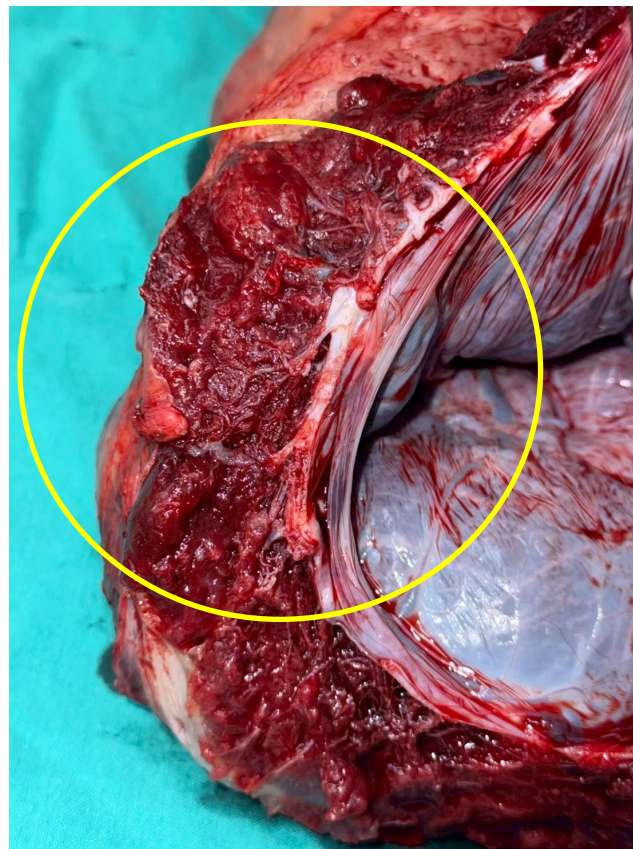
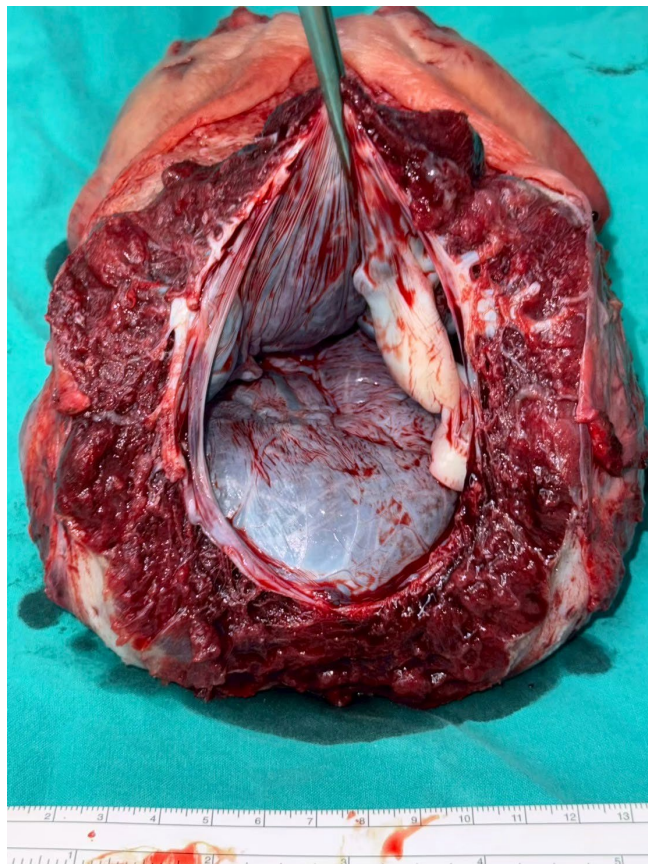


Operative note

- Operation : Tranfundal cesarean section with hysterectomy with bilateral salpingectomy with repair urinary bladder 4 cm
- Operation time: 2 hrs 24 min
- Estimate blood loss 1000 ml
ได้ PRC 1 unit, Transmine 1 gm iv, Duratocin 1 amp
- Complication: accidental tear urinary bladder, PPH
- คลอดทารกเพศชาย วันที่ 4/07/68 เวลา 13.08 น. BW 2510 gm
- APGAR 8,9,9 หลังคลอดย้ายตามมารดา

Intraoperative









Postpartum management

- Serial Hct q 4 hr : Hct stable (30-34 %)
- Ceftriaxone and Metronidazole iv in 48 hr then oral Omnicef and Metronidazole
- Transmine 500 mg iv q 6 hr in 24 hr
- Retain foley catheter until 14 day
- Step diet
- Control pain
- Promote breast pumping, promote ambulation



Progress note

1. เปิดแผลหลังผ่าตัดคลอด 7 วัน แผลปกติ
2. 6 สัปดาห์หลังคลอดนัดติดตาม 75 gm OGTT และ นัดฟังผลชิ้นเนื้อ

Patho : placenta previa, placenta increta
normal both fallopian tube

PV: stump intact , no discharge

3. ติดตามการรักษา urologist off foley catheter , no follow up

Discussion

Thank you



Patient Name: น.ส.วาสนา งามจาดู

HN: 65114974

Age: 35 ปี

Sex: หญิง

วันที่ตรวจ: 29/05/2568 10:25

Ward: OPD

Part Examine: WHOLE ABDOMEN

รังสีแพทย์: พญ.พาณีย์ ขาดิษฐ์ราชชัย

วัน-เวลา ออกผล: 02/06/2568 11:24

MRI SCAN OF PLACENTA

CLINICAL INDICATION: A 35-year-old woman with GP1001 GA 25 weeks pregnancy with history of previous cesar, potential DM, adenomyosis, with placenta previa.

Technique:

Axial: T2FS, T2TRUFI, ADC/DWI, T1FS

Coronal: T2WI, T2TRUFI, T2HASTE

Sagittal: T2WI, T2TRUFI, T2GRE, T2HASTE

T1WI VIBE in all planes

No contrast administration

Findings: No previous study to compare with.

Placenta and uterus

- The placenta locates at anterior-posterior lower 2.3 of uterus with placenta previa totalis.
- A 1.5x1.7x0.8 cm retroplacental darkline at posterior lower mid placental region just abut to posterior cervical os, at least placenta increta is suspected.
- A 1.5x2.6 cm intramural myoma uteri at right superior upper uterus.
- Umbilical cord consists of two umbilical arteries and one umbilical vein. No evidence of nuchal cord
- Amniotic fluid is measured about 6.0 cm in the deepest pocket.

Maternal abdomen

- Normal contour and size of both kidneys. Mild right hydronephrosis without definite mass or stone. No gross renal mass is observed.
- No fluid within Cul-de-sac is seen.
- Bilateral psoas muscles appear normal.
- The visible lower thoracic and lumbosacral spines shows normal alignment.

Fetus

- Single fetus with intrauterine gestation in transverse presentation is noted.
- There is normal bilateral cerebral hemispheres. No low-lying of cerebellar tonsil is detected.
- Bilateral eye globes and lens are found.
- The heart apex is located at left sided.
- There are two upper extremities and two lower extremities.
- No paravertebral mass is observed.

Discussion



1. Diagnosis & Risk Stratification

ในผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงสูงต่อ placenta accreta spectrum (PAS)

- ❑ ประวัติการผ่าคลอด (C/S) 1 ครั้ง
- ❑ พบ placenta previa totalis ในครรภ์ปัจจุบัน
- ❑ การตรวจด้วย Ultrasound + Optional MRI เพื่อช่วยส่งผลต่อการวินิจฉัยและวางแผนผ่าตัด

2. Role of Multidisciplinary Planning

- ❑ Consult ทีมสำคัญ: Urologist, anesthesiologist, pediatrician
- ❑ เตรียมเลือด: PRC, FFP, Plt
- ❑ ให้ corticosteroids ส่งเสริม lung maturity ทารก
- ❑ จอง OR ล่วงหน้า → ทำ elective C-hysterectomy

แนวทาง ACOG 2018: ควรผ่าตัดที่ GA 34+0–35+6 wk หากไม่มี active bleeding หรือ labor



Discussion

3. Operative Complications

- ☐ Bladder injury
- ☐ PPH

4. แนวทางเลือกอื่น (Conservative vs. Radical)

ในกรณี placenta accreta/increta ที่ไม่รุนแรง หรือไม่สามารถผ่าตัดใหญ่ได้ทันที อาจเลือก:

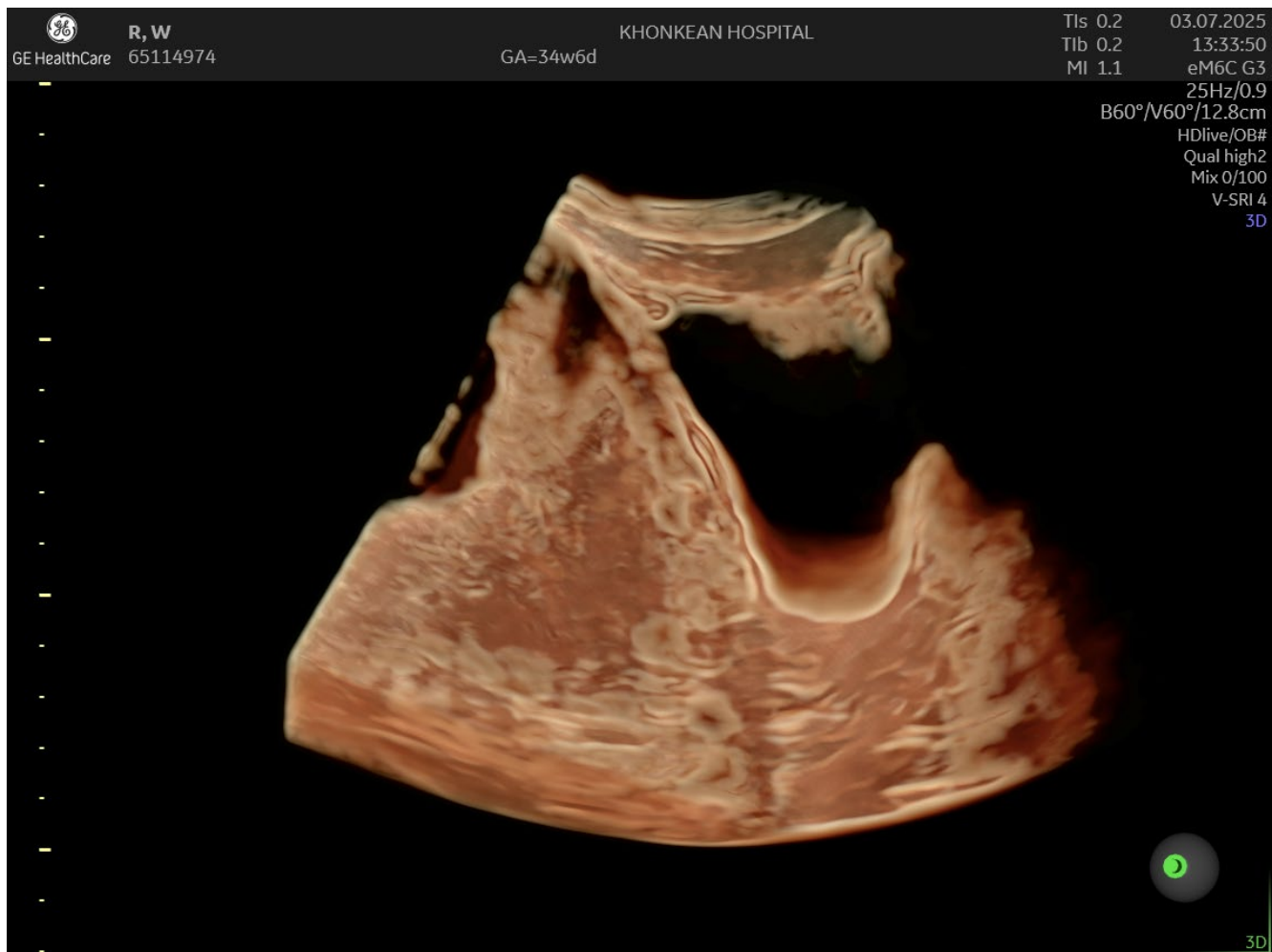
- ☐ Local resection / uterine preservation: ลด EBL ได้มากกว่า C-hysterectomy
- ☐ Placenta in situ: สำหรับผู้ต้องการ fertility และไม่มี active bleeding

เคสนี้เลือก C-hysterectomy เนื่องจาก:ผู้ป่วย complete family

- ☐ การวินิจฉัย increta ที่ชัดเจน
- ☐ การมี bladder involvement

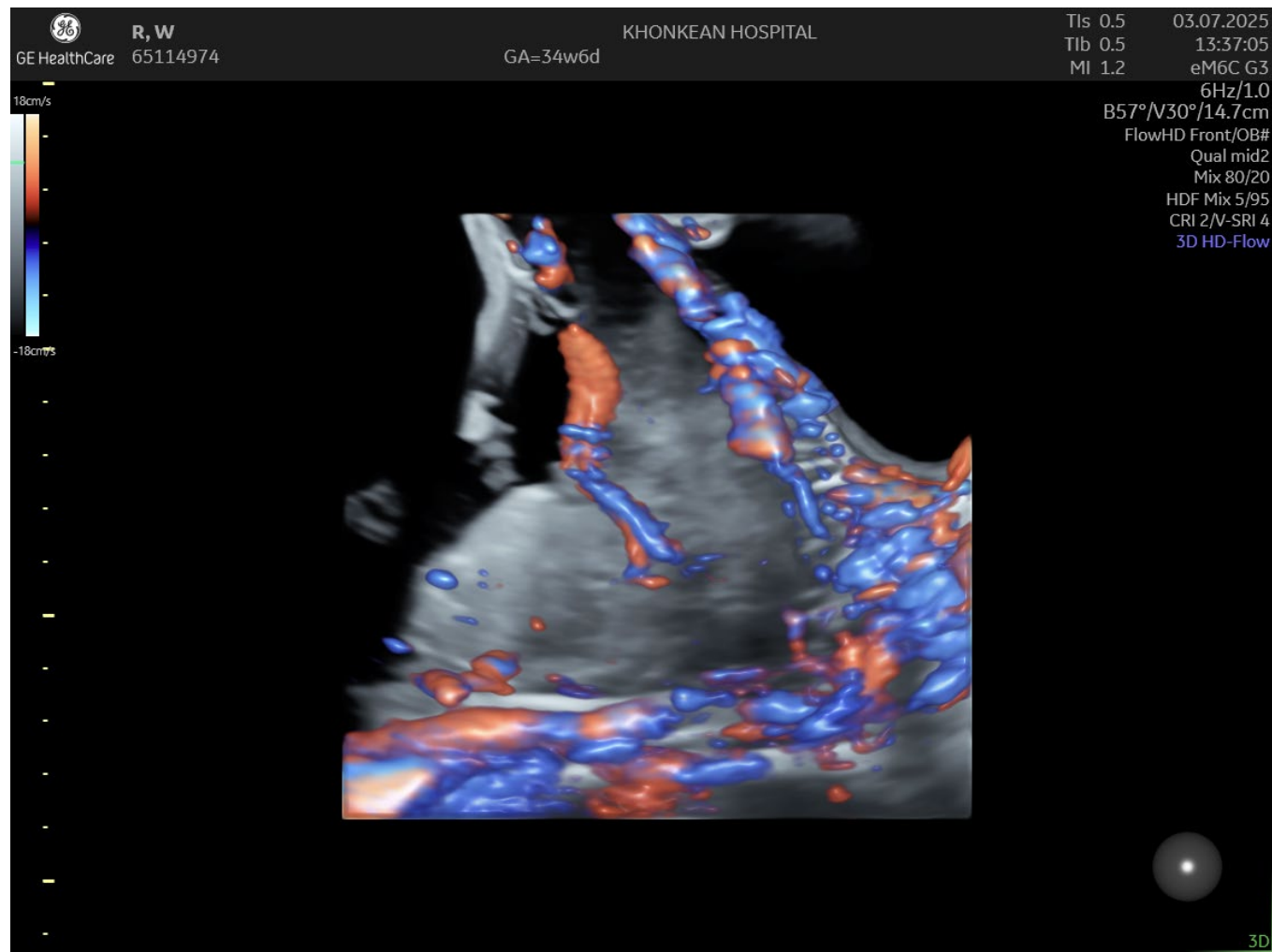
Technique

- 3D Acquisition
- Render HDLive Mode
(Set up for PAS)



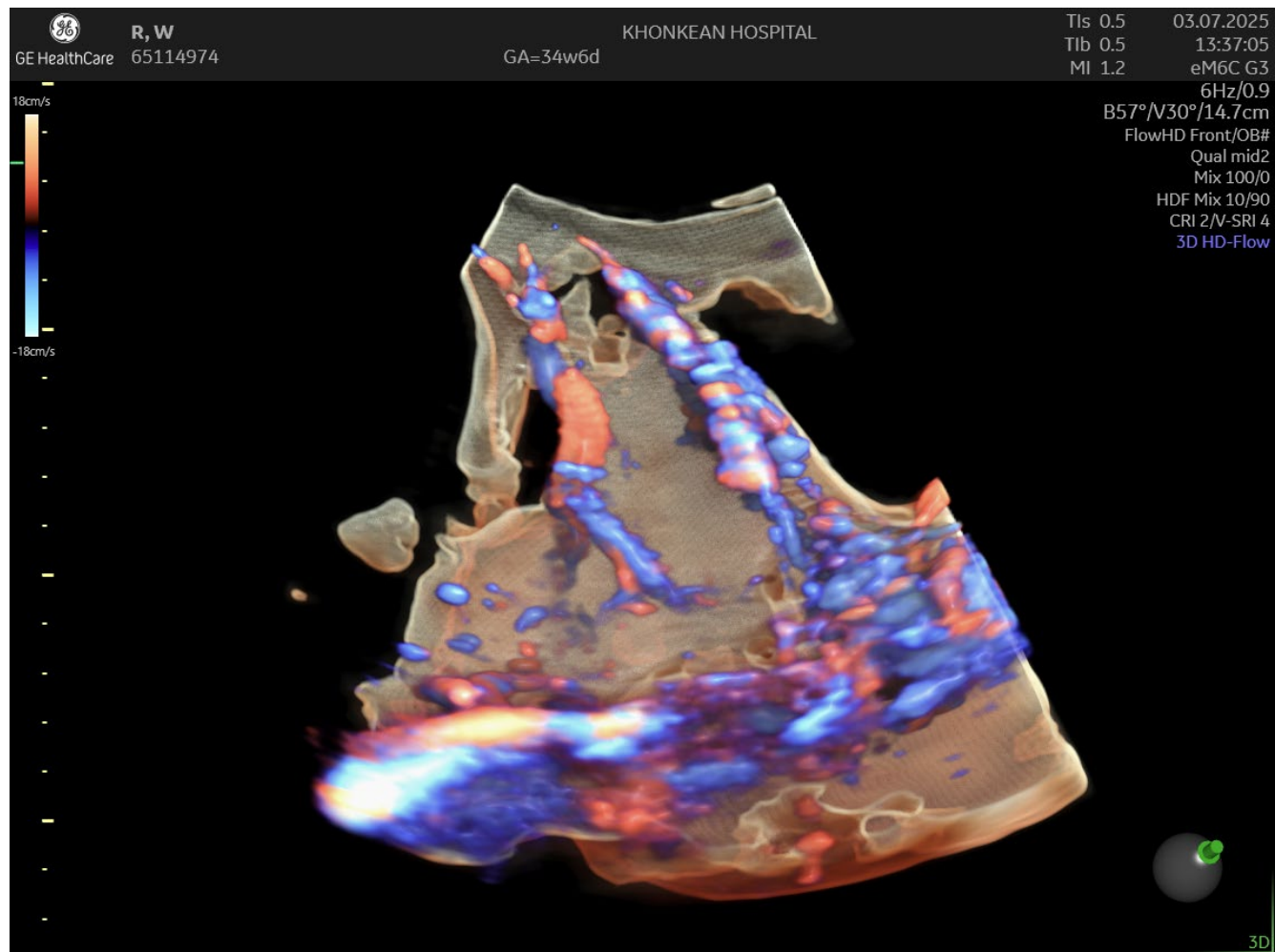
Technique

- 3D Acquisition with Color HD-Flow Mode
- Render HDLive Fetal Heart Silhouette Mode



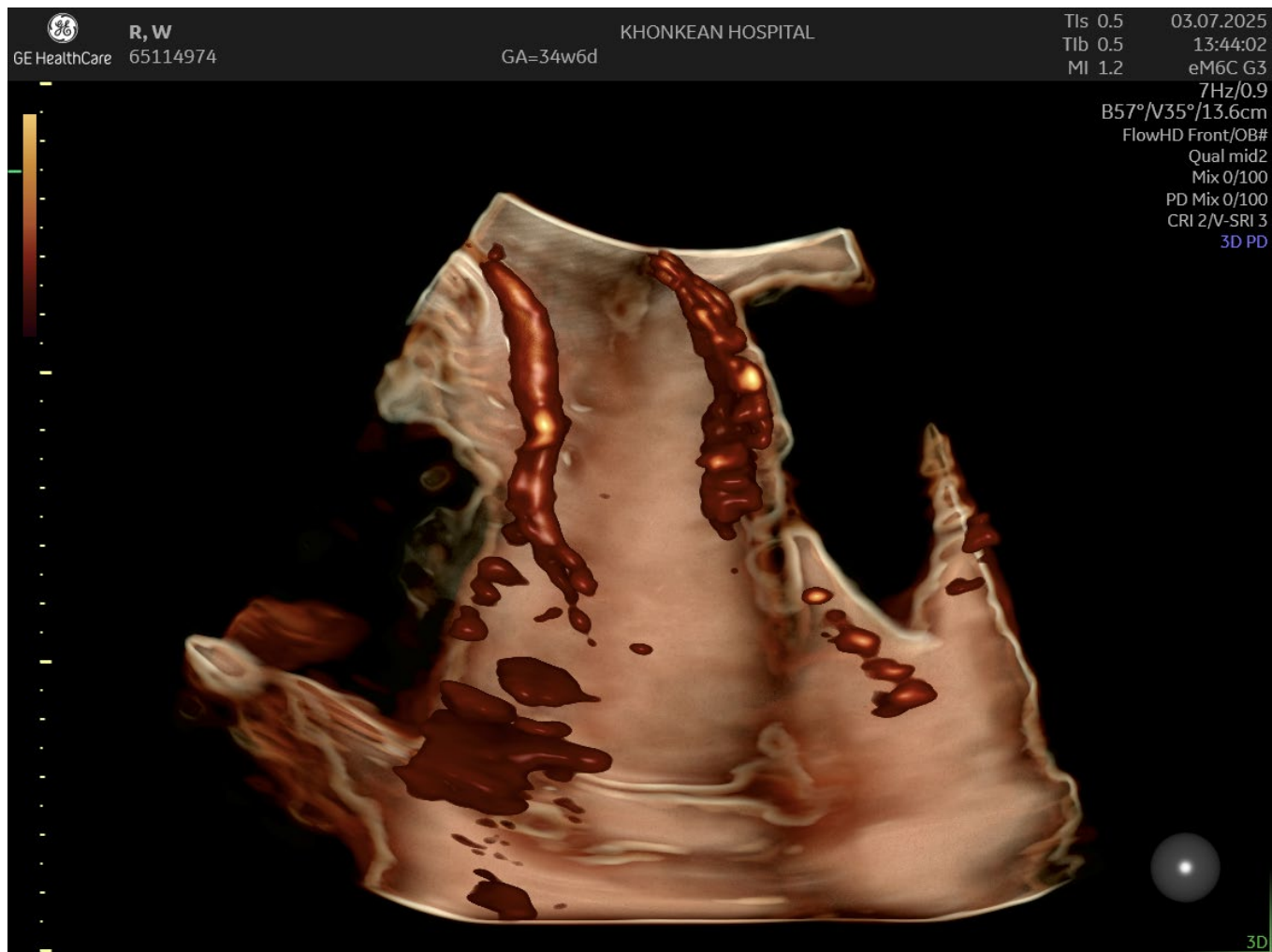
Technique

- 3D Acquisition with Color HD-Flow Mode
- Render HDLive Gloss Body Silhouette Mode



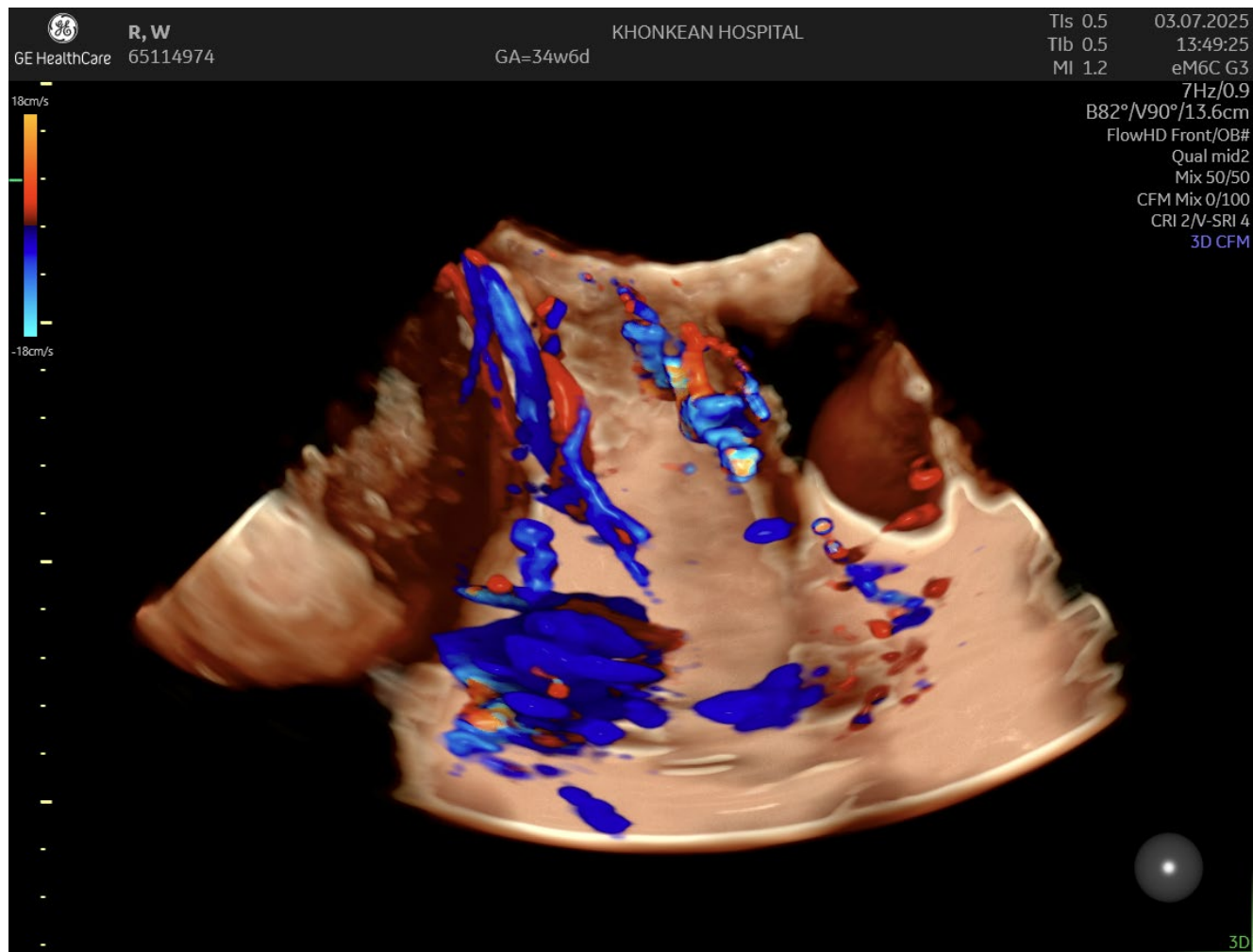
Technique

- 3D Acquisition with Power Color Mode
- Render HDLive Silhouette Mode



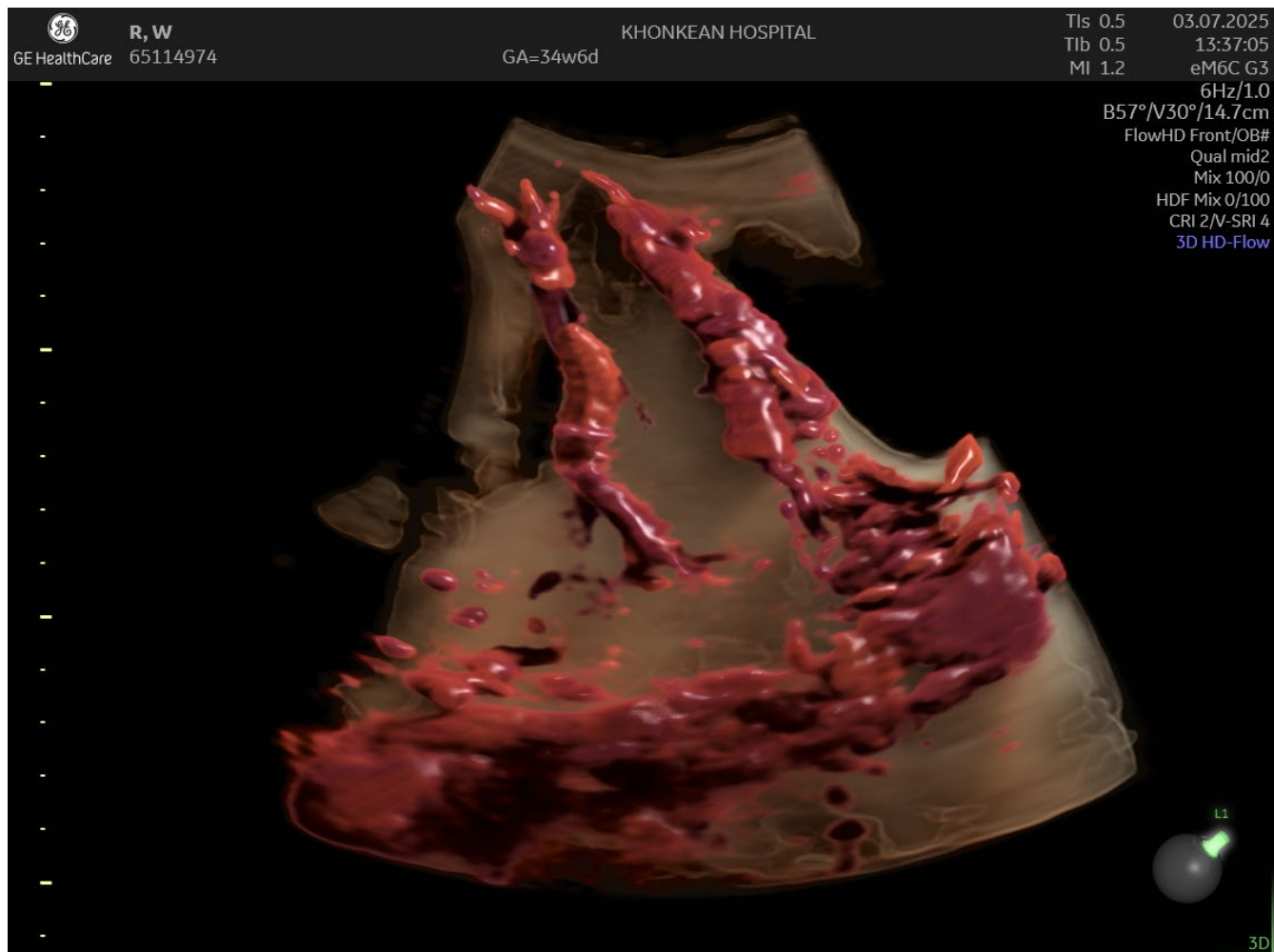
Technique

- 3D Acquisition with Color Flow Mode
- Render HDLive Silhouette Mode



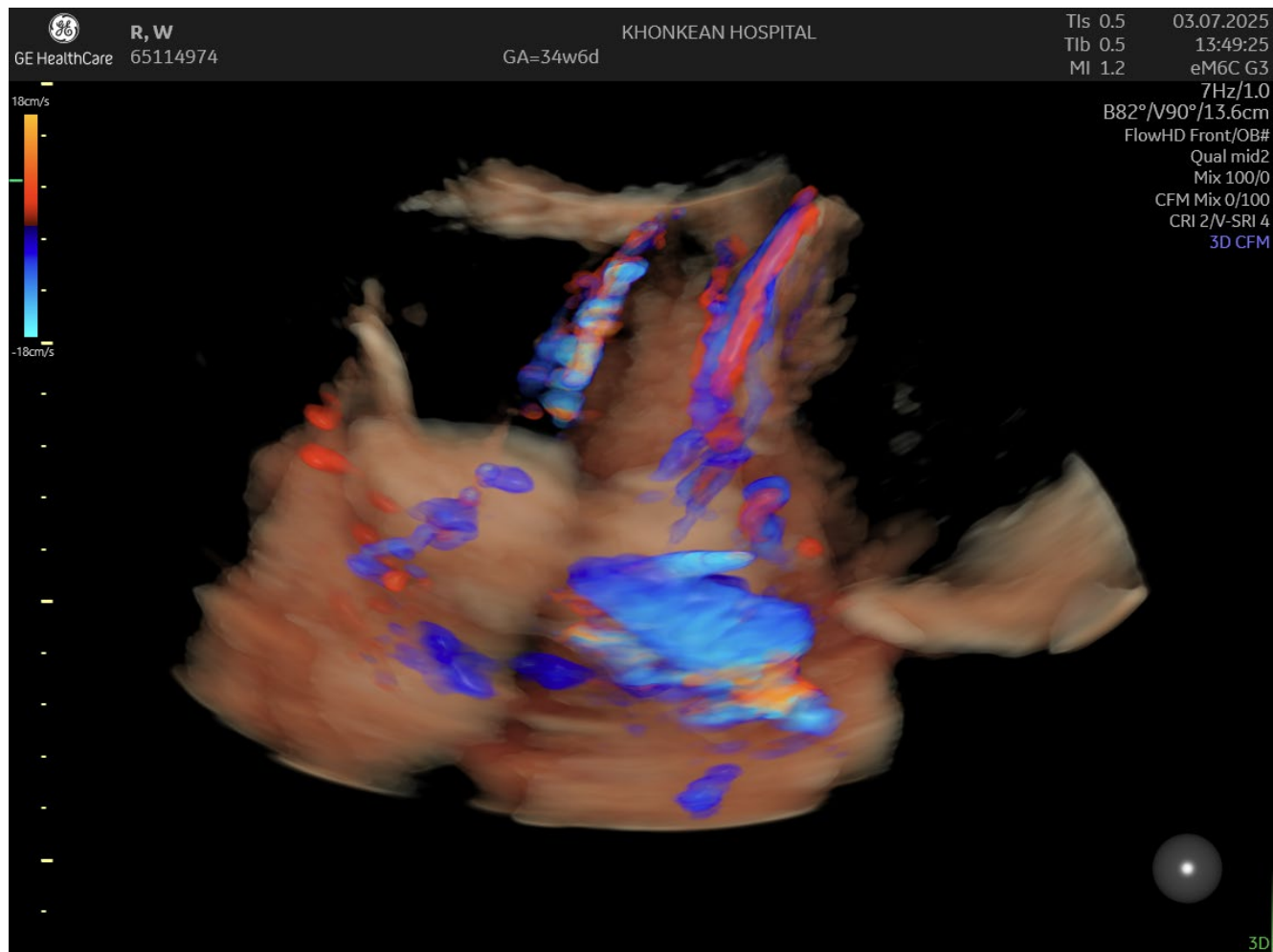
Technique

- 3D Acquisition with Color HD-Flow Mode
- Render HDLive Flow HD Gloss Body Studio Mode



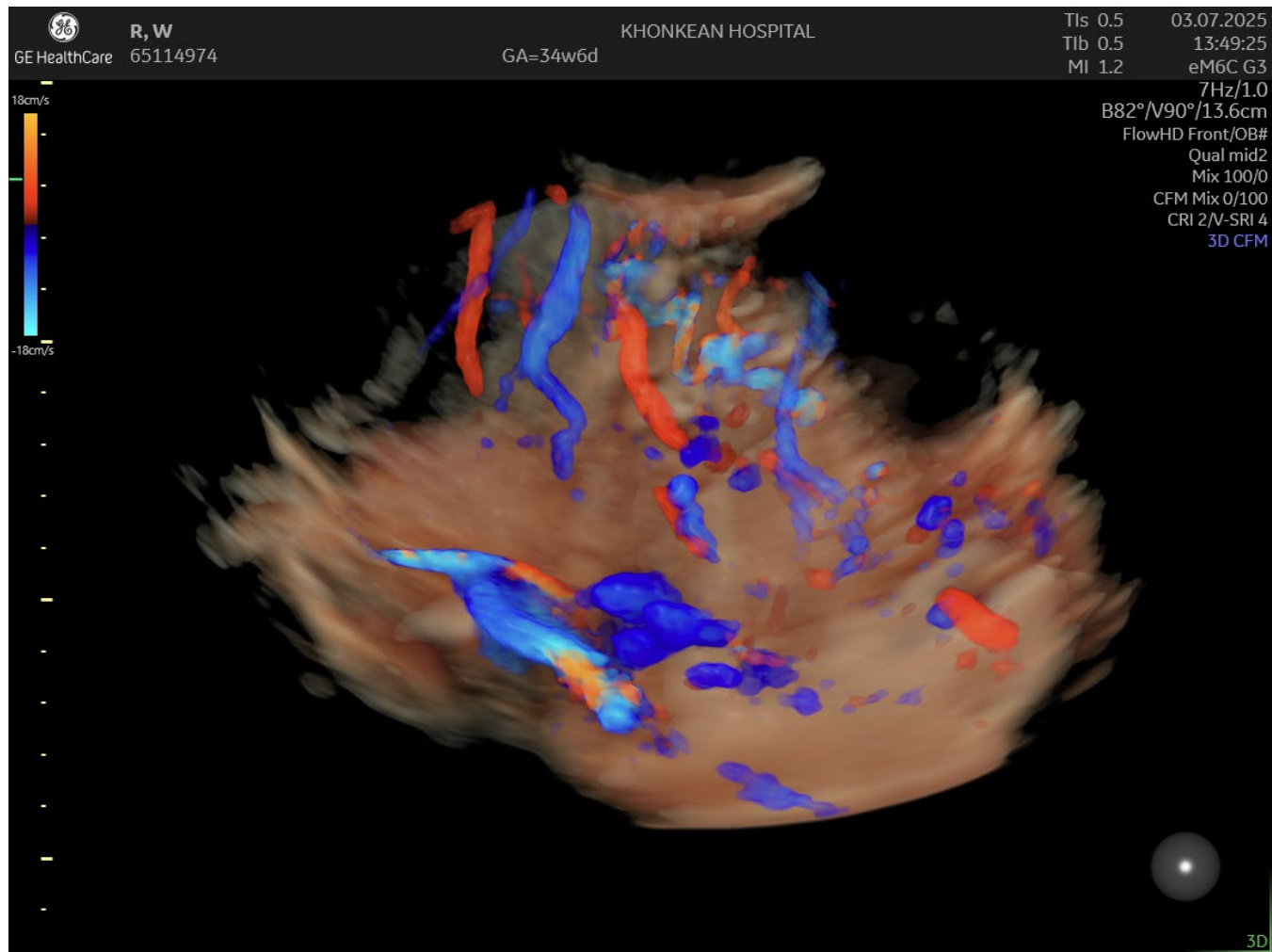
Technique

- 3D Acquisition with Color Flow Mode
- Render HDLive Silhouette Mode
- Increase Color Silhouette



Technique

- 3D Acquisition with Color Flow Mode
- Render HDLive Silhouette Mode
- Increase Color Silhouette



Technique

- 3D Acquisition with Color Flow Mode
- Render HDLive Silhouette Mode
- Increase Color Silhouette

