

GLOMERULONEPHRITIS และการตั้งครรภ์

ชาญ โพนกุล
วิศิษฐ์ สิตปรีชา
ชาญโย เพ็ญชาติ

การตั้งครรภ์ในผู้ป่วยที่เป็น glomerulonephritis พบได้น้อย มีผู้เชื่อว่าการตั้งครรภ์ทำให้หน้าที่ของไตเสื่อมลงในผู้ป่วยประเภทนี้ และอาจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์¹³ อย่างไรก็ตามก็ยังมีรายงานที่แสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ในผู้ป่วย glomerulonephritis ที่ได้รับการรักษาด้วย steroid อาจไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อหน้าที่ของไตและทารก^{2,4,8,11} ในรอบปี 2516 มีผู้ป่วย 2 รายที่เป็น glomerulonephritis ร่วมกับการตั้งครรภ์ ซึ่งคลอดบุตรได้ตามปกติครบกำหนด ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วย steroid จึงได้นำมารายงานไว้ ณ ที่นี้

รายที่ 1 ผ.ต. 50865/15

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 26 ปี มีบุตร 2 คน คนหลังอายุ 1½ ปี มาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ครั้งแรกเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2515 ด้วยเรื่องบวมที่เท้าและหน้ามา 5 เดือน ไม่มีประวัติเป็นไข้เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามข้อ หรือบัสสภาวะเป็นสีน้ำตาลเข้มมาก่อน ระยะที่บวมบัสสภาวะน้อยลง แน่นอึดอัดท้องแต่หายใจปกติและนอนราบได้ ระหว่าง

บวมประจำเดือนขาดไป 4 เดือน แต่เริ่มมาใหม่ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยบวมทั้งตัวมีน้ำในช่องท้อง ไม่ซีดและตัวไม่เหลือง อุณหภูมิ 37° ซ. ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มม.ปรอท การตรวจอย่างอื่นไม่พบอะไรผิดปกติ

การตรวจทางห้องทดลองพบว่า hemoglobin 9.8 ก./100 มล. hematocrit ร้อยละ 30 เม็ดเลือดขาว 8,400 เซลล์/ลบ.มม. neutrophils ร้อยละ 49, lymphocytes ร้อยละ 51 BUN 13 มก./100 มล. creatinine 1.5 มก./100 มล. glucose 110 มล./100 มล. albumin 3.6 ก./100 มล. globulin 4.0 ก./100 มล. cholesterol 930 มก./100 มล. ASO titer 12 todd units ไม่พบ L.E. cell และ antinuclear factor.

จากการตรวจบัสสภาวะพบโปรตีน 4⁺ มี granular cast บ้างเล็กน้อย เม็ดเลือดขาว 2—3 เซลล์/highdry บัสสภาวะ 24 ซม. มีโปรตีน 2.35 ก. creatinine clearance 53 มล./ นาที ได้เจาะตัดเนื้อไตมาตรวจพยาธิสภาพพบว่า glomeruli ไม่มี

การเปลี่ยนแปลง มี mononuclear cell infiltration ใน interstitial tissue เล็กน้อย

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Prednisone 120 มก. วันเว้นวัน ตั้งแต่ 28 สิงหาคม 2515 ภายใน 4 สัปดาห์อาการบวมลดลงจนเป็นปกติ และโปรตีนในปัสสาวะลดเหลือ 0.23 ก./วัน ได้ลดขนาดของ Prednisone ลงมาเรื่อยๆ จนเหลือ 40 มก. วันเว้นวัน และผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2516 ลดขนาดของ Prednisone ลงเรื่อยๆ จนเหลือ 15 มก. วันเว้นวัน โปรตีนในปัสสาวะอยู่ระหว่าง 0.14—0.44 ก./วัน เมื่อถึงครรถ์ได้ 6 เดือน มีธาตุมวลเล็กน้อย และโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นเป็น 1.6 ก./วัน จึงได้เพิ่ม Prednisone เป็น 25 มก. วันเว้นวัน หลังจากนั้นให้ Prednisone ขนาดระหว่าง 25 ถึง 40 มก. วันเว้นวัน ขึ้นอยู่กับจำนวนโปรตีนในปัสสาวะ ในวันที่ 11 กันยายน 2516 ผู้ป่วยคลอดบุตรเองที่บ้าน เด็กแข็งแรงดี ไม่มีอะไรผิดปกติ 1 เดือนต่อมาผู้ป่วยมีอาการปกติ ไม่บวม โปรตีนในปัสสาวะ 9.9 ก./วัน และได้รับการรักษาต่อไปด้วย Prednisone 60 มก. วันเว้นวัน ความดันโลหิตปกติมาตลอด

รายที่ 2 บ.ว. 13105/16

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 25 ปี มีบุตร 1 คน อายุ 4 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เมื่อ

27 กันยายน 2516 ในแผนกสูติศาสตร์และนรีเวช วิทยาด้วยเรื่องหน้าและเท้าบวมมา 5—6 วัน ผู้ป่วยตั้งครรถ์ได้ 7 เดือน ในเดือนกุมภาพันธ์ 2516 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการบวม ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหญิงและพบว่า เป็น nephrotic syndrome มีโปรตีนในปัสสาวะ 4 ก./วัน จากการเจาะตัดเนื้อไตมาตรวจพยาธิสภาพพบว่ามี mild proliferative glomerulonephritis ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Prednisone 60 มก./วัน เป็นเวลา 2 เดือน โปรตีนในปัสสาวะลดเหลือเพียงเล็กน้อย อาการบวมหายไป และขณะนี้ไม่ได้รับการรักษาอีกเลย จนมาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตรวจร่างกายพบผู้ป่วยเจริญเติบโตตามปกติ แต่ซีดและบวมทั้งตัว ไม่มีไข้ ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท การตรวจอย่างอื่นพบว่าปกติ นอกจากท้องโตมดลูกอยู่เหนือสะดือประมาณ 3/4 ทารกทำศีรษะ หัวใจเด็กเต้น 128 ครั้ง/นาที

การตรวจทางห้องทดลองพบ hemoglobin 11.6 ก./100 มล. เม็ดโลหิตขาว 18400 เซลล์/ลบ.มม. glucose 70 มก./100 มล. BUN 11 มก./100 มล. creatinine 1.2 มก./100 มล. albumin 2.6 ก./100 มล. globulin 2.6 ก./100 มล. cholesterol 424 มก./100 มล. Na 142 mEq/ลิตร K 4.2 mEq/ลิตร Cl 101 mEq/ลิตร CO₂ 22.5 mEq/ลิตร ไม่พบ L.E. cell

การตรวจปัสสาวะมีโปรตีน 2+ เม็ดเลือดขาว 2-3 เซลล์/high dry ไม่มีเม็ดเลือดแดงหรือ cast โปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง 23-4.1 กรัม creatinine clearance 40.9 มล./นาที

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะและ Prednisone 60 มก. ต่อวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วลดเหลือ 50 มก. ต่อวัน สัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มมีปัสสาวะมากขึ้นและน้ำหนักลดลงจาก 47 กก. เหลือ 41.5 กก. และอาการบวมหายไป estriol ในปัสสาวะก็เพิ่มขึ้นจาก 3.88 เป็น 9.6 มก./วัน ลดขนาดของ Prednisone ลงเรื่อยๆ จนเหลือ 10 มก./วัน ตั้งแต่ 2 พฤศจิกายน 2516 ถึงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2516 เนื่องจากเกินกำหนดคลอดและทารกศีรษะลงแล้วจึงเร่งให้คลอดด้วย Pitocin ทารกเป็นชายน้ำหนัก 2800 กรัม ร่างกายไม่ผิดปกติ

1 สัปดาห์ต่อมาโปรตีนในปัสสาวะเท่ากับ 0.3 กรัม/วัน creatinine clearance 78.5 มล./นาที จึงให้ผู้ป่วยหยุดกินยา 2 เดือนต่อมา โปรตีนในปัสสาวะเพิ่มเป็น 3.71 กรัม/วัน จึงต้องเริ่มกิน Prednisone ใหม่

วิจารณ์

ผู้ป่วยซึ่งเป็น glomerulonephritis แล้วตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้คือ ทารกตายในครรภ์¹³ คลอดก่อนกำหนด¹⁰ หรือโรคของ

มารดากำเริบมากขึ้น จนถึงแก่กรรมด้วยภาวะไตวายได้^{6,13} ในระยะหลังๆ ได้มีผู้นำ steroid มาใช้รักษาโรคนี้ในสตรีตั้งครรภ์ จากรายงานต่างๆ^{2,4,8,11} พบว่าการตั้งครรภ์ไม่ได้ทำให้โรคกำเริบขึ้นหรือทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง ในทางตรงกันข้ามพบว่ามารดาสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด และเด็กที่คลอดก็ปกติ ความเห็นที่ขัดแย้งต่อการให้ steroid ขณะตั้งครรภ์ก็คือ อาจทำให้เกิดภาวะเกลือคั่งในร่างกาย และเกิดครรภ์เป็นพิษ (toxemia of pregnancy) แทรกซ้อนตามมา สำหรับเด็กที่คลอดนั้น มีรายงานทั้งที่เสนอว่ามีความผิดปกติ^{3,5,14} และไม่ผิดปกติ^{6,15} มีรายงาน¹¹ ซึ่งเสนอผลจากการตั้งครรภ์ 31 ครั้งว่า 29 ครั้งเด็กที่คลอดครบกำหนดและไม่มี ความผิดปกติใดๆ ผลงานนี้สนับสนุนว่าควรจะให้มารดาซึ่งเป็น nephrotic syndrome จาก glomerulonephritis ซึ่งมีทราบสาเหตุ พยายามรักษาครรภ์ไว้จนครบกำหนด ในรายงานเดียวกันนี้ยังเสนอผลการติดตามมารดาในระยะยาว 19 ราย พบว่ามีเพียง 3 รายที่ถึงแก่กรรมด้วยโรคไต และ 1 รายที่เกิดเป็นโรคไตวายเรื้อรังขึ้น แสดงให้เห็นว่าการพยากรณ์อนาคตของโรคนี้ในสตรีตั้งครรภ์ในระยะต้นๆ ค่อนข้างดี แต่ก็อาจจะมีภาวะไตวายเกิดขึ้นได้บ้างเป็นส่วนน้อยในระยะยาว

ผู้ป่วย 2 รายซึ่งเสนอในรายงานนี้เป็น glomerulonephritis ซึ่งไม่ทราบสาเหตุและมีอาการ nephrotic syndrome ในระยะ 6 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ หลังจากนั้นจึงมีบวมและมีโปรตีนในปัสสาวะมากขึ้น เป็นการยากที่จะอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเหล่านี้ขึ้น เพราะการตั้งครรภ์ไม่ได้ทำให้การทำงานของไตเปลี่ยนแปลงมากนัก^{1,7} มีผู้รายงานผู้ป่วยหญิงหนึ่งรายซึ่งมีอาการ nephrotic syndrome ทุกครั้งที่ตั้งครรภ์ และอธิบายสาเหตุว่าเป็นผลดีของ immunization จากผลผลิตของการตั้งครรภ์ซึ่งอาจจะเป็นโปรตีนซึ่งสังเคราะห์จากรก หรือหมู่เลือดของทารกซึ่งแตกต่างจากมารดา แต่อย่างไรก็ตามเหตุผลเหล่านี้ไม่สามารถจะนำมาอธิบายการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ได้ เพราะว่าภายหลังจากคลอดผู้ป่วยก็ยังคงมีโปรตีนในปัสสาวะมากอยู่

ดังได้กล่าวมาแล้วผู้ป่วยประเภทนี้มีพยากรณ์อนาคตของโรคอยู่ในแง่ที่ดี ดังนั้นในกรณีซึ่งผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตสูงและไตทำงานปกติควรจะแนะนำให้ตั้งครรภ์ต่อไปตามปกติ¹² ไม่ควรจะรีบหยุดการตั้งครรภ์โดยเอาทารกออกก่อนกำหนด เนื่องจากปัญหาที่ยังไม่มีข้อยุติที่แน่นอนสำหรับสาเหตุและการดำเนินโรคจึงเป็นข้อที่ควรจะได้ศึกษากันต่อไปด้วย

สรุป

ได้เสนอรายงานผู้ป่วย 2 รายซึ่งเป็น glomerulonephritis ชนิดไม่ทราบสาเหตุและเกิดตั้ง

ครรภ์ขึ้น ได้ให้การรักษาด้วย corticosteroid จนครรภ์ครบกำหนดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและทารกที่คลอดเป็นปกติการทำงานของไตภายหลังจากคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ยังมีโปรตีนในปัสสาวะอยู่

เอกสารอ้างอิง

1. Chesley LC : Kidney function in normal and toxemic pregnant woman. *Med Clin North Am* 35 : 699-714, 51
2. Freidell HV, Zener FB : The nephrotic syndrome in pregnancy; a case report. *Am J Obstet Gynecol* 79 : 154-6, 60
3. Harris JWS, Ross IP : Cortisone therapy in early pregnancy; relation to cleft palate. *Lancet* 1 : 1045-7, 56
4. Johnson WL : Nephrotic syndrome, current opinion. *Am J Obstet Gynecol* 97 : 719-22, 67
5. Lee J, King PA : Effect of maternally administered cortisone and ACTH upon pancreas of foetus. *J Endocrinol* 14 : 284-91, 56
6. Margulis RR, Hodgkinson CP : Evaluation of safety of corticotropin (ACTH) and cortisone in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1 : 276-81, 53
7. Mussey E : Symposium on diseases of kidney; glomerulonephritis in pregnancy. *Med Clin North Am* 35 : 1051-68, 51
8. Posner AC, Coldman JA, Forester GV : Pregnancy complicated by nephrotic syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 74 : 651-4, 57
9. Schreiner GE : The nephrotic syndrome in disease of the kidney edited by Strauss MB, Welt LG. Boston, Little, Brown and Co., 1963 pp. 335
10. Silberman IA, Adams DA : The nephrotic syndrome and pregnancy. *N Engl J Med* 267 : 1286-90, 62
11. Studd JWW, Blainey JD : Pregnancy and the nephrotic syndrome. *Br Med J* 1 : 276-80, 69
12. Tillman AJB : Toxemias of pregnancy, their classification and management. *Med Clin North Am* 35 : 677-98, 51
13. Wegner CR : Nephrosis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 33 : 51-60, 37
14. Wells CN : Treatment of hyperemesis gravidarum with cortisone; fetal results. *Am J Obstet Gynecol* 66 : 598-601, 53
15. Yackel DB, Kempers RD, McConeahy WM : Adrenocorticosteroid therapy in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 96 : 985-9, 66