

1-1-1974

Glomerulonephritis และการตั้งครรภ์

ชาญ โพนบุญกุล

วิศิษฐ์ สิตปรีชา

ชัยโณ เข็มชาติ

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

โพนบุญกุล, ชาญ; สิตปรีชา, วิศิษฐ์; and เข็มชาติ, ชัยโณ (1974) "Glomerulonephritis และการตั้งครรภ์," *Chulalongkorn Medical Journal*. Vol. 19: Iss. 1, Article 3.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.19.1.3

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol19/iss1/3>

This Case Report is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

GLOMERULONEPHRITIS และการตั้งครรภ์

ชาญ โพชนกุล
วิศิษฐ์ สิตปรีชา
ชัญญะ 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 หรือปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลมาก่อน ระยะที่บวมปัสสาวะน้อยลง 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.

จากการตรวจปัสสาวะพบโปรตีน 4+ มี granular cast บ้างเล็กน้อย เม็ดเลือดขาว 2—3 เซลล์/highdry ปัสสาวะ 24 ชม. 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 มีชาบวมเล็กน้อย 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 ผู้ป่วยตั้งครรภ์ได้ 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

ตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยเจริญเติบโตตามปกติ 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—41.1 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 ลงเรื่อย ๆ 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 โปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น 3.74 กรัม/วัน จึงต้องเริ่มกิน Prednisone ใหม่

วิจารณ์

ผู้ป่วยซึ่งเป็น glomerulonephritis แล้วตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้คือ ทารกตายในครรภ์¹³ คลอดก่อนกำหนด¹⁰ หรือโรคของ

มารดากำเริบมากขึ้น จนถึงแก่กรรมด้วยภาวะไตวายได้^{6,13} ในระยะหลัง ๆ ได้มีผู้นำ steroid มาใช้รักษาโรคนี้ในสตรีตั้งครรภ์ จากรายงานต่าง ๆ^{2,4,8,11} พบว่าการตั้งครรภ์ไม่ได้ทำให้โรคกำเริบขึ้นหรือทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง ในทางตรงกันข้ามพบว่ามารดาสามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนด และเด็กที่คลอดก็ปกติ ความเห็นที่ขัดแย้งต่อการให้ steroid ขณะตั้งครรภ์ก็คือ อาจทำให้เกิดภาวะเกลือคั่งในร่างกาย และเกิดครรภ์เป็นพิษ (toxemia of pregnancy) แทรกซ้อนตามมา สำหรับเด็กที่คลอดนั้นมีรายงานทั้งที่เสนอว่ามีความผิดปกติ^{3,5,14} และไม่ผิดปกติ^{6,15} มีรายงาน¹¹ ซึ่งเสนอผลจากการตั้งครรภ์ 31 ครั้งว่า 29 ครั้งเด็กที่คลอดครบกำหนดและไม่มีความผิดปกติใด ๆ ผลงานนี้สนับสนุนว่าควรจะให้มารดาซึ่งเป็น nephrotic syndrome จาก glomerulonephritis ซึ่งมีทราบสาเหตุ พยายามรักษาครรภ์ไว้จนครบกำหนด ในรายงานเดียวกันนี้ยังเสนอผลการติดตามมารดาระยะยาว 19 ราย พบว่ามีเพียง 3 รายที่ถึงแก่กรรมด้วยโรคไต และ 1 รายที่เกิดเป็นโรคไตวายเรื้อรังขึ้น แสดงให้เห็นว่าการพยากรณ์อนาคตของโรคนี้ในสตรีตั้งครรภ์ในระยะต้น ๆ ค่อนข้างดี แต่ก็อาจจะมีภาวะไตวายเกิดขึ้นได้บ้างเป็นส่วนน้อยในระยะยาว

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

ดังได้กล่าวมาแล้วผู้ป่วยประเภทนี้มีพยากรณ์อนาคตของโรคอยู่ในเกณฑ์ดี ดังนั้นในกรณีซึ่งผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตสูงและไตทำงานปกติควรจะแนะนำให้ตั้งครรภ์ต่อไปตามปกติ¹² ไม่ควรจะรบกวนการตั้งครรภ์โดยเอาทารกออกก่อนกำหนด เนื่องจากปัญหานี้ยังไม่มีข้อมูลที่แน่นอนสำหรับสาเหตุและการดำเนินโรคจึงเป็นข้อที่ควรจะได้ศึกษากันต่อไปด้วย

สรุป

ได้เสนอรายงานผู้ป่วย 2 รายซึ่งเป็น glomerulonephritis ชนิดไม่ทราบสาเหตุและเกิดตั้ง

ครรภ์ขึ้น ได้ให้การรักษาด้วย corticosteroid จนครรภ์ครบกำหนดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและทารกที่คลอดเป็นปกติการทำงานของไตภายหลังคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ยังมีโปรตีนในปัสสาวะอยู่

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 : 1015-7, 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. Margullis 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, McConehey WM : Adrenocorticosteroid therapy in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 96 : 985-9, 66