

“หญิงมีครรภ์ปวดหัว ตามองไม่เห็น” ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 32 ปี รับราชการอยู่ที่กทม.

อาการสำคัญ

ตามองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง 1 วันก่อนมา รพ.

ผู้ป่วยตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ได้ 38 สัปดาห์ ขาทัง 2 ข้างบวม ตรวจพบว่าความดันเลือดสูงถึง 220/120 มม.ปรอท และตรวจปัสสาวะพบมี protein 3+ จึงเข้ารับการรักษาที่ภาควิชาสูติฯ

ผู้ป่วยได้ไปรับการดูแลรักษาตั้งแต่ตั้งครรภ์ได้ 10 สัปดาห์ สบายดีมาตลอดจน 1 เดือนก่อนขณะตั้งครรภ์ได้ 34 สัปดาห์ ตรวจพบว่าความดันเลือดสูง 150/110 ปัสสาวะปกติ เมื่อนอนพัก ความดันลดลงเหลือ 150/90 และ 1 สัปดาห์ต่อมาวัดความดันได้ 120/80

ผู้ป่วยสบายดีจน 4-5 วันก่อนมา รพ. สังเกต ขาทัง 2 ข้างบวมเล็กน้อยและเริ่มปวดหัว ปวดตุ้บๆ ที่ขมับและปวดทั่วทั้งศีรษะ ตาเริ่มพร่ามัว มองเห็นคนกลางๆ ต่อมาเป็นมากขึ้นจนมองเห็นแค่เพียงแสงที่สว่าง

1 ปีก่อนตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก มีเวียนหัว คลื่นไส้และอาเจียนมาก ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ตรวจพบความดันเลือด 150/100 มม.ปรอท ผู้ป่วยแท้งลูก หลังจากนั้นสบายดี ความดันเลือดก็ปกติ

มีประวัติ บิดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง

อภิปราย

ประวัติเข้าได้กับ pre-eclampsia โดยผู้ป่วยหญิงมีครรภ์หลัง 20 สัปดาห์มีอาการปวดศีรษะ ตามัว ความดันเลือดสูงและมีโปรตีนในปัสสาวะ อาการตามองแทบไม่เห็นน่าจะเป็นจากรอยโรคที่ occipital lobe ทั้ง 2 ข้างที่เรียก cortical blindness จาก posterior leucoencephalopathy syndrome ผลจากความดันเลือดขึ้นสูงมากและรวดเร็ว กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้นได้จากความดันเลือดขึ้นสูงจากสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิด malignant hypertension นอกจากนี้บางครั้งเกิดขึ้นได้จากการใช้ยา cyclosporin, tacrolimus, inteferon-alfa และ erythropoietin จาก AIDS หรือในโรค TTP ทั้งๆ ที่ความดันเลือดไม่สูงก็ได้ ในกรณีที่ความดันเลือดสูงขึ้นเร็ว หลอดเลือดแดงสมองโดยเฉพาะในบริเวณด้านหลังหรือ vertebro-basilar circulation เสียการหดตัว ผนังหลอดเลือดที่ผิดปกติและขยายตัวจากแรงดันที่สูงทำให้โปรตีนรั่วออกสู่สมองทำให้สมองบวม จะเห็นได้ชัดถ้าทำ CT หรือ MRI สมอง ว่า occipital lobes หรือ visual area มีการเปลี่ยนแปลงที่เข้าได้กับ oedema

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยภาควิชาสูติฯ

ผลการตรวจร่างกาย

PR 96 regular BP 200/110

Fundi: retinal haemorrhages and soft exudates

AV ratio 1:3

EOM: full

ไม่ได้มีบันทึกการตรวจ visual fields และ visual acuity ไว้

วันรุ่งขึ้นผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีสีน้ำตาลคล้ำ ตรวจเลือดพบ Hb 10.6 Hct 31.7 WBC 21,730 N83 L16 M1 และ platelets 69,000/ลบ.มม. BUN 28 Cr 2.1 SGOT 1,320 PT 872 ผลเลือดผู้ป่วยเข้าได้กับ HELLP Syndrome (ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป)

ผู้ป่วยได้ยาลดความดัน IV 10% magnesium sulphate และแพทย์ทำ Caesarean section หลังจากนั้นได้ย้ายผู้ป่วยมาดูแลรักษาที่ CCU ความดันเลือดควบคุมได้ด้วย sodium nitroprusside drip สายตาผู้ป่วยค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับ จนเป็นปกติเมื่อออกจากโรงพยาบาล 1 ปี หลังจากนั้นผู้ป่วยตั้งครรภ์อีกครั้ง แพทย์ทำคลอดด้วยการทำ Caesarean section อีก แม่และเด็กเป็นปกติ

Pre-eclampsia พบได้ในร้อยละ 3 ถึง 5 ในหญิงตั้งครรภ์ในสหรัฐ เกิดโรคที่หลายระบบของร่างกาย ประกอบด้วย ความดันเลือดสูงและมีโปรตีนในปัสสาวะหลังตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ ทั้งแม่และเด็กเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดยแม่อาจจะมีอาการชักหมดสติ เป็นอัมพาต น้ำท่วมปอดและไตวาย ส่วนทารกไม่เติบโตในครรภ์ ตายหรือคลอดก่อนกำหนด การลดความดันเลือดสูงอาจช่วยชีวิตแม่แต่ไม่มีผลต่อเด็กมาก

Pre-eclampsia เป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่เป็นที่ยอมรับว่า placentation ผิดปกติและหลอดเลือดแดงนำเลือดไปเลี้ยงรกไม่พอ ผนังหลอดเลือดส่วนในหรือ endothelium ผิดปกติ ซึ่งอาจจะมีสาเหตุร่วมกันหลายสาเหตุ เช่น พันธุกรรม ภาวะต้านอินซูลินเพิ่มขึ้น อาหารขาดแคลเซียม oxidative stress มากขึ้นและปฏิกิริยาตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของแม่ต่อแอนติเจนจากฟอโนรก เป็นต้น เมื่อเร็วๆ นี้มีรายงานในเอกสารหมายเลข 8 พบ ในรกจากผู้ป่วยด้วยโรคนี้มี up-regulation ของ soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt 1) mRNA มากอย่างเห็นได้ชัดเทียบกับในรกจากหญิงที่ตั้งครรภ์ปกติ ทำให้ในเลือดมี sFlt 1 โปรตีนมากผิดปกติ โปรตีนตัวนี้ไปทำให้ free vascular endothelial growth factor (VEGF) และ free placental growth factor (PlGF) ลดลง ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงส่วนในที่รกทำงานผิดปกติจึงทำให้เกิดโรคได้ที่หลากหลายอวัยวะ เช่น ที่ glomeruli ในไต ทำให้มีโปรตีนในปัสสาวะ ความดันเลือดสูง สมอและตับบวม ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ หรือกลุ่มอาการ HELLP ซึ่งประกอบด้วย haemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count (จำนวนต่ำกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ไม่ใช่ 150,000 ตามที่แพทย์หลายคนเข้าใจผิดกัน - ดูเอกสารหมายเลข 10 และ 11) ผู้ป่วยรายนี้มี HELLP Syndrome ซึ่งหายไปหลังจากคลอดและได้รับการรักษาตามที่กล่าว ในรายงานล่าสุด (เอกสารหมายเลข 9) มีผู้พบว่า ระดับ sFlt 1 ในเลือดที่สูงขึ้นและระดับ PlGF ที่ลดลงสามารถทำนายการเกิดโรค pre-eclampsia ได้

ผมนำผู้ป่วยรายนี้มาเสนอไว้ เพราะคิดว่าอายุรแพทย์ควรจะทราบเรื่องนี้มากขึ้น และในอนาคตน่าจะมีการร่วมมือกับสูติแพทย์มากขึ้นในการดูแลรักษาและทำวิจัยเกี่ยวกับโรคนี้ เวชศาสตร์มารดาและทารก (maternal and foetal medicine) ควรจะเป็นวิชาที่อายุรแพทย์ศึกษาเพิ่มขึ้น

แนะนำเอกสาร

- 1) Solomon CG, Seely EW. Pre-eclampsia – searching for the cause. N Engl J Med 2004; **350**: 641-2.
- 2) Walker JJ. Pre-eclampsia. Lancet 2000; **356**: 1260-5.
- 3) Roberts JM, Cooper DW. Pathogenesis and genetics of pre-eclampsia. Lancet 2001; **357**: 53-6.

- 4) Pipkin FB. Risk factors for pre-eclampsia. N Engl J Med 2001; **344**: 925-6.
- 5) Skjaerven R, Wilcox AJ, Lie RT. The interval between pregnancies and the risk of pre-eclampsia. N Engl J Med 2002; **346**: 33-8.
- 6) Belfort MA, Anthony J, Saade GR, Allen JC, for the Nimodipine Study Group. A comparison of magnesium sulfate and nimodipine for the prevention of eclampsia. N Engl J Med 2003; **348**: 304-11.
- 7) Greene MF. Magnesium sulfate for pre-eclampsia. N Engl J Med 2003; **348**: 275-6.
- 8) Lancet Medicine and Health Policy. Placental protein may have a role in pre-eclampsia. 2003; **361**: 940.
- 9) Levine RJ, Maynard SE, Qian C, Lim K-H, England LJ, Yu KF, et al. Circulating angiogenic factors and the risk of pre-eclampsia. N Engl J Med 2004; **350**: 672-83.
- 10) Weinstein L. Prevention of eclampsia – Letter to the Editor. N Engl J Med 2003; **348**: 2154-5.
- 11) Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1982; **142**: 159-67.
- 12) Veltkamp R, Kupsch A, Polasek J, Yousry TA, Pfister HW. Late onset postpartum eclampsia without pre-eclamptic prodromi: clinical and neuroradiological presentation in two patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; **69**: 824-7.
- 13) Vaughan CJ, Delanty N. Hypertensive emergencies. Lancet 2000; **356**: 411-7.
- 14) Tsatsaris V, Goffin F, Foidart JM. Circulating angiogenic factors and pre-eclampsia Letter to the Editor. N Engl J Med 2004; **350**: 2003.