

مجله دانشگاه علوم پزشکی قم  
دوره دوم - شماره ۱- بهار ۸۷

## معرفی یک مورد حاملگی موفقیت آمیز در بیمار مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه

دکتر حسین ثقفی\* محمد عباسی\*\* ناهید مهران\*\*

\* استادیار بیماری‌های کلیه، دانشگاه علوم پزشکی قم

\*\* مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم

### هکیده

#### زمینه و هدف

زنان با نارسایی مزمن کلیه به دلیل عدم تخمک گذاری به ندرت حامله می‌شوند. این زنان در صورت بارداری با مشکلات مادری و جنینی متعددی روبرو هستند، که حتی گاهی به مرگ مادر و جنین می‌انجامد. در این مقاله به گزارش یک مورد حاملگی موفقیت‌آمیز در یک خانم مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه پرداخته شده است.

#### معرفی مورد

بیمار مورد نظر یک خانم ۳۲ ساله با سابقه ۸ سال نازایی می‌باشد. شکایت اصلی او در زمان مراجعه به دلیل دردهای شکمی به خصوص در ناحیه هیپوگاستر و اوره و کراتینین بالا بود. او همچنین از درد فلانک‌ها به هنگام پری مثانه و دفع ادرار و خارش بدن شاکی بود. در سونوگرافی کوچکی غیر قرینه کلیه‌ها و در آزمایشات به عمل آمده، سطح کراتینین پلاسما، ۲/۹ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر و در آنالیز ادراری، پروتئینوری و هماچوری خفیف با وزن مخصوص ۱۰۱۰ گزارش شد. بیمار با تشخیص نارسایی کلیه احتمالاً به دلیل پیلونفریت مزمن تحت بررسی و پی‌گیری بود، تا این‌که با آزمایش حاملگی مثبت مراجعه کرد. با توجه به GFR بسیار پایین، خطرات و در عین حال احتمال موفقیت حاملگی برای آن‌ها تشریح شد تا خود تصمیم‌گیری نمایند. متخصصان زنان و زایمان و اورولوژی نیز توصیه به ختم حاملگی کردند، اما بیمار نپذیرفت. در طول حاملگی، پروتئینوری به ۲+ می‌رسید. هموگلوبین وی تا ۹/۷ کاهش یافت و فشار خون بین ۱۱۰/۸۰ و ۱۳۰/۸۵ میلی‌متر جیوه در نوسان بود. کراتینین بیمار در این مدت تا ۳/۷ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر نیز افزایش یافت. در ماه هفتم حاملگی با دردهای زایمانی در بیمارستان بستری شد، ولی خوشبختانه با شروع سولفات منیزیم کنترل شد.

**کلید واژه‌ها:** نارسایی مزمن کلیه، حاملگی، نارسایی کلیه

نویسنده مسئول: مربی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم

آدرس: قم، شهر قائم، دانشکده پرستاری و مامایی تلفن: ۰۲۵۱-۷۲۲۵۱۰۰

تاریخ پذیرش: ۸۷/۳/۲۱ Email: mohmad\_abbasi55@yahoo.com تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۲۲

## مقدمه

زنانی که در سنین باروری دچار نارسایی مزمن کلیه می‌شوند به‌خاطر ابتلا به عارضه هیپوگوناوتروپیک هیپوگوتادیسم اغلب دچار آمنوره و نازایی هستند. در جریان نارسایی کلیه فیزیولوژی تولیدمثل مختل شده و منجر به کاهش باروری در زنان با نارسایی کلیه و یا اورومیک می‌شود (۱). زنان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه معمولاً دچار از بین رفتن لیبیدو، خونریزی واژینال بدون تخمک گذاری و قاعدگی‌های ماهیانه نامنظم هستند و این حالت ناشی از تغییرات هورمونی به‌دنبال ازوتمی و یا اورومی آن‌ها می‌باشد (۲). حاملگی موفقیت‌آمیز در نارسایی مزمن پیشرفته کلیه نادر است و در صورت حامله شدن فرد، مرگ و میر جنین، زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم و مشکلات متعدد دیگری از جمله افزایش فشار خون، پره اکلامپسی، افزایش پروتئینوری و تشدید نارسایی کلیه، مادر و جنین را تهدید می‌کند (۳). هدف از این بررسی، گزارش یک مورد حاملگی موفقیت‌آمیز در بیمار مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه می‌باشد.

## شرح مورد

بیمار خانم رح ۳۲ ساله، ۸ سال تحت درمان نازایی بوده ولی نتیجه‌ای حاصل نشده بود. بیمار با دردهای متناوب شکمی به‌خصوص در ناحیه هیپوگاستر و با اوره و کراتینین بالا و خارش بدن مراجعه نمود. درد بیمار با پر شدن مثانه و به هنگام ادرار کردن تشدید می‌شد و تا ناحیه فلانک انتشار می‌یافت. ۴ سال قبل از مراجعه، در سونوگرافی کلیه‌ها به هم ریخته و هیپراکو ولی کراتینین بیمار ۰/۹ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر گزارش شده و پس از آن پی‌گیری نشده بود. در بدو مراجعه کراتینین ۲/۹ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر و در آنالیز ادراری پروتئینوری و هماچوری خفیف و وزن مخصوص ادرار ۱۰۱۰ گزارش شد. در سونوگرافی کلیه راست ۶ سانتی‌متر و هیپراکو و کلیه چپ ۹ سانتی‌متر به‌همراه کیست‌های کورتیکال بود.

بیمار با تشخیص نارسایی مزمن کلیه با علت احتمالی پیلونفریت مزمن تحت درمان، بررسی تکمیلی و پی‌گیری بود. در مراجعه بعدی علایم بیمار از جمله خارش کاهش یافته، ولی آزمایش حاملگی بیمار مثبت گزارش شده بود. حاملگی ۶ هفته تأیید شد. با توجه به نارسایی شدید و GFR کمتر از ۳۰ سی‌سی برای بیمار و همسر وی خطرات بالقوه و احتمالی ادامه حاملگی برای مادر، عمل‌کرد کلیه‌ها و هم‌چنین سرنوشت حاملگی و شانس کم برای رسیدن به پایان موفقیت‌آمیز، تشریح و در عین حال تأکید شد که احتمال موفقیت بی‌خطر حاملگی هم وجود دارد و به هر حال تصمیم‌گیری به عهده خودشان واگذار شد. در مراجعه به همکاران متخصص زنان و زایمان و اورولوژی نیز توصیه به سقط درمانی شد ولی آن‌ها تصمیم به ادامه حاملگی گرفتند. در خلال حاملگی پروتئینوری افزایش یافت و به ۲+ رسید و هموگلوبین بیمار که در ابتدای حاملگی ۱۲/۳ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر بود تا ماه پنجم به ۹/۷ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر کاهش یافت و برای بیمار اریتروپویتین شروع شد. فشار خون بیمار بین ۱۱۰/۸۰ تا ۱۳۰/۸۵ میلی‌متر جیوه در نوسان بود و در طول حاملگی داروی ضد فشار خون نیاز نشد. کراتینین کاهش یافت و به ۲/۱ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر رسید و در اواخر حاملگی مجدداً افزایش یافته و به ۳/۷ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر رسید. در طول حاملگی مشکل مهمی نداشت و اختلال الکترولیتی بروز نکرد تا این‌که در ماه هفتم با دردهای شکمی و شروع انقباضات رحمی در بیمارستان بستری شد. خوشبختانه با سولفات منیزیم انقباضات کنترل و بیمار ترخیص شد. در هفته ۳۵ حاملگی و با کراتینین ۳/۲ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر برای بیمار، دگزامتازون شروع و به متخصص زنان ارجاع و در اواسط هفته ۳۶، حاملگی با سزارین و بدون بروز مشکل برای مادر، خاتمه یافت و خوشبختانه نوزاد نیز کاملاً سالم بود. تغییرات هموگلوبین و کراتینین و پروتئینوری در ماه‌های حاملگی در جدول ذیل منعکس است.

ولی بیش از ۵۰٪ موارد زایمان به صورت پره ترم و یا تولد نوزاد با وزن کم نسبت به سن حاملگی خواهد بود (۶) و در یک سوم موارد عمل کرد کلیه‌ها بدتر شده و فشارخون افزایش خواهد یافت. بدین جهت حاملگی در این گروه قابل توصیه نیست. Jones و Haysleht (۱۹۹۶) با مطالعه روی ۷۶ زن حامله مبتلا به نارسایی کلیه Moderate متوجه شدند که ۱۰٪ آنان به طرف مرحله نهایی نارسایی مزمن کلیه پیشرفت کردند و این خطر در موارد کراتینین بیشتر از ۲ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر حدود ۱۶ برابر بیشتر است و حتی در کسانی که پرفشاری خون کنترل شده داشتند، احتمال کاهش عمل کرد کلیوی غیر قابل برگشت به بیش از ۵۰٪ می‌رسید (۷). هرگاه عمل کرد کلیه‌ها قبل از حاملگی شدیداً مختل باشد (کراتینین بالاتر از ۲/۵ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر)، خطر بروز عوارض شدید برای مادر بسیار افزایش و احتمال به نتیجه رسیدن حاملگی نیز بسیار کاهش می‌یابد. اکثریت این زنان را خون‌ریزی، مرگ جنین، زایمان زودرس، پره اکلامپسی و مرگ و میرهای مادری و جنینی ناشی از آن تهدید می‌کند (۸). البته اکثر این زنان نابارور هستند و موارد حاملگی در آن‌ها بسیار کم است. Jungers و Chauveau (۱۹۹۷) در مطالعات خود پی بردند که در کسانی که علاوه بر نارسایی پیشرفته کلیه فشارخون دیاستولی بیش از ۱۰۵ میلی‌متر جیوه دارند، خطر مرگ جنین باز هم ۱۰ برابر بیشتر می‌شود (۹). با توجه به خطرات مذکور در انواع نارسایی کلیه متوسط و شدید عدم بارداری و در صورت باردارشدن ختم حاملگی توصیه می‌شود (۷). ولی به هر حال صاحب فرزندشدن برای بشر یکی از مهم‌ترین آرزوهاست و در بیماران با این شدت از نارسایی کلیه اگر حاملگی ختم شود، تنها شانس بچه‌دار شدن آن‌ها پس از پیوند کلیه و وجود عمل کرد کلیوی مناسب و به صورت پایدار است که به سادگی دست یافتنی نیست و اگر بیمار پس از اطلاع از عوارض احتمالی ولی جدی، خطر آن را بپذیرد، می‌توان با کنترل دقیق فشارخون و رفع سایر فاکتورهای خطر، تحت نظر متخصصان مربوطه این عوارض را کاهش داده و حاملگی را با موفقیت به سرانجام رساند. قانون کلی برای اداره این بیماران در طول حاملگی عبارت از: افزایش تعداد

جدول: تغییرات هموگلوبین و کراتینین و پروتئینوری

در ماه‌های حاملگی			
Pregnancy age (ماه)	Urea/cr (mg/dl)	Urine protein	Hb (mg/dl)
Preconception	۵۲/۲.۹	Trace	۱۲/۳
۱/۵ ماهگی	۶۰/۳.۲	+۲	۱۱/۸
۲ ماهگی.	۷۰/۳	+۱	۱۱/۲
۲ ماهگی.	۵۲/۲.۷	+۲	۱۰/۶
۴/۵ ماهگی	۵۰/۲.۱	Trace	۹/۷
۶ ماهگی	۶۰/۳.۲	+۱	۱۰/۵
۷ ماهگی	۶۰/۳.۳	+۱	۱۱/۶
۸/۵ ماهگی	۶۸/۳.۷	+۱	۱۰/۱

## بحث

بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، علاوه بر شانس کمتر حاملگی، در صورت حامله‌شدن با مشکلات زیادی روبرو می‌شوند (۳). پروگنوز حاملگی به سه فاکتور مهم وابسته است: وجود فشارخون بالا، درجه نارسایی کلیه و اتیولوژی این نارسایی. نارسایی کلیه در این گروه به سه دسته خفیف، متوسط و شدید (Mild, Moderate, Sever) تقسیم می‌شود. گروه اول که درگیری کلیوی خفیف دارند (کراتینین کمتر از ۱/۴ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر)، معمولاً بیش از ۹۵٪ شانس تولد نوزاد زنده و ۷۵٪ نوزاد متناسب با سن حاملگی خواهند داشت (۴). با این وجود این بیماران در معرض پره اکلامپسی، افزایش فشارخون و در اواخر حاملگی افزایش دفع پروتئین تا حدود ۳ گرم هستند. هر چند سیر معمول بیماری کلیه اکثراً تغییر نمی‌کند ولی اگر اتیولوژی درگیری کلیوی لوپوس، اسکلرودرمی و یا پلی‌ارتريت نودوزا باشد، ممکن است با حاملگی عمل کرد کلیه در معرض خطر جدی قرار گیرد (۵). در گروه دوم که نارسایی متوسط دارند و محدوده کراتینین بین ۱/۵ تا ۲/۵ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر است، پروگنوز به مراتب بدتر می‌باشد. هر چند هنوز احتمال تولد نوزاد زنده بالا است،

از سونوگرافی و دستگاه مانیتورینگ جنینی، درمان پرفشاری خون مادر و در نهایت مداخله از نظر زایمان زودتر از موعد در موارد اختلال عمل کرد کلیه، پره اکلامپسی شدید، عقب ماندگی رشد جنینی و دیسترس جنینی است (۷).

ویزیت‌های قبل از زایمان به صورت هر ۲ هفته یکبار تا ۳ ماهه سوم حاملگی و سپس هر هفته، تا زمان زایمان تشخیص زودرس و درمان سریع باکتیریوری بی‌علامت در آنان، پایش مداوم عمل کرد کلیه مادر و پروتئینوری (حداقل ماهی یکبار)، پایش دقیق از نظر بروز پره اکلامپسی، بررسی مداوم قلب جنین و رشد او با استفاده

### Reference:

1. Okundaye I, Abrinko P, Hou S. Registry of Pregnancy in Dialysis Patients. *Am J Kidney Dis* 1998 May;31(5):766-73.
2. Lessan-pezesghi M. Pregnancy after Renal Transplantation: Points to Consider. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:702-703.
3. Chao AS, Huang JY, Lien R, Kung FT, Chen PG, Hsieh PC. Pregnancy in Women Who Undergo Long-Term Hemodialysis. *Am J Obstet Gynecol* 2002 Jul;187(1):152-6.
4. Haberal M, Kuscu E, Kasanci F, Ergin T, et al. Pregnancy During Hemodialysis: Perinatal Outcome in our Cases. *Transplant Proc* 2004 Jan-Feb;36(1):53-5.
5. Corakci A, Vural B, Caliskan E, Tan T, et al. Maternal and Perinatal Outcome in Pregnancies Complicated with Hypertensive Disorder of Pregnancy: a Seven Year Experience of a Tertiary Care Center. *Arch Gynecol Obstet* 2005 Nov;273(1):43-9. Epub 2005 Apr 15.
6. Choong HL, Tan HK, Kanagalingam D, Tan LK. Obstetric Outcomes in Women with End-Stage Renal Failure Requiring Renal Dialysis. *Int j Gynaecol Obstet* 2006 Jul;94(1):17-22. Epub 2006 Jun 6.
7. Jones, DC. Haysleh JP. Outcome of Pregnancy in Women With Moderate or Severe Renal in Sufficiency. *N Engl J Med* 1996;335:226.
8. Duarte G. Saber LT. Pregnancy and Kidney Transplantation: Experience in a Developing Country. *Am J Kidney Disease* 1995;25(3):470-465.
9. Jungers P, Chauveau D. Pregnancy in Renal Disease. *Kidney Int* 1997;52:871.

## ***Introduction of a Successful Pregnancy in a Patient with Advanced Chronic Renal Insufficiency***

H. Saghafi MD\* M. Abasi MSc\*\* N. Mehran MSc\*\*

\* Assistant Professor of Nephrology, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

\*\* Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

### **Background and Objective**

In the women with chronic renal insufficiency ovulation is suppressed therefore they rarely become pregnant. If pregnancy occurs, they might encounter many conflictions. It may lead to death (fetus or mother). The aim of this study was reporting a successful pregnancy in a patient with advanced chronic renal insufficiency.

### **Case report**

The patient was a 32 years old woman with long period of infertility (8 years). The first main clinical symptom was abdominal pain especially in hypogastric area as well as hyperuremia, elevated levels of creatinine (2.9 mg/dl), mild proteinuria and hematuria. The urine specific gravity was 1010. Sonography data showed asymmetrical small kidneys. Other complaints were pruritus and flank pain during urination. The primary diagnosis was chronic renal failure due to probable chronic pyelonephritis. After an interval she returned with positive pregnancy test. She decided to continue the pregnancy in despite of obstetrician belief for aborting. During pregnancy, proteinuria reached to two plus, hemoglobin fell to 9.7, creatinine levels reached to 3.7 mg/dl and blood pressure was fluctuating between 110/80 and 130/85 mmHg. She admitted in the hospital in third trimester of pregnancy because of preterm labor. However the pain was suppressed after starting magnesium sulfate infusion.

**Keywords:** Renal Insufficiency, Chronic Renal Insufficiency, Pregnancy

**Corresponding Autor:** Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences

Email: mohmad\_abbasi55@yahoo.com