

โรคทากายาสุนะตั้งครรภ์

วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา*
เกรียง ตั้งสง่า** กำธร พดุกษานานนท์*
สมคิด ปิยะมาน* ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์*

Snidvongs W, Tangsanga K, Prurksananont K, Piyaman S, Trivijit P. Takayasu's diseases in pregnancy. Chula Med J 1988 Apr; 32(4) : 373-377

A 34 year old, known case of Takayasu's Disease with moderately severe renal impairment, became pregnant against advice. Termination of pregnancy at 14 weeks of weeks of gestation was decided against because of her well controlled blood pressure and reasonably stable renal function tests and partly because of the couple's strong wish for a child. Close supervision of the pregnancy, both in and out of the hospital, resulted in a successful outcome by caesarean section at 37 weeks of gestation. Classification of Takayasu's disease and its complications during pregnancy are discussed. It is possible that the disease is far commoner than previously suspected and more cases may be diagnosed if thorough investigations are made, in the post partum period, for young gravidae presenting with hypertension early in their pregnancies.

Reprint requests : Snidvongs W, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. January 1, 1987.

*ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Takayasu M. เป็นผู้รายงานโรคนี้เป็นครั้งแรก ใน ปี ค.ศ. 1908 ในผู้ป่วยที่มีความเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในจอตาจึงให้ชื่อโรคนี้ว่า Takayasu's arteritis⁽¹⁾ พบได้บ่อยในหญิงซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์และมีอาการแสดงที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง ซีพจรรยาที่ปลายแขนและขาไม่เท่ากัน หรือตรวจไม่พบ และมี bruits ในหลอดเลือดแดงใหญ่ ๆ^(2,3,4) มีรายงานว่า ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่พบโรคนี้ได้บ่อย จึงควรนึกถึงโรคนี้ไว้ถ้าหญิงมีครรภ์มีความดันโลหิตสูงขณะที่อายุครรภ์ยังไม่มาก หรือมีซีพจรรยาที่ข้อมือไม่เท่ากัน และควรตรวจหาซีพจรรยาที่ปลายแขนและขา ตลอดจนตรวจฟัง bruits ในหลอดเลือดแดงใหญ่ ๆ ด้วย⁽⁵⁾

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 34 ปี บ้านเดิมอยู่จังหวัดสิงห์บุรี ปัจจุบันพักอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีประวัติปวดศีรษะเรื้อรังมาประมาณ 20 ปี และเมื่อ 3 ปีก่อน ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพราะเป็นลมหมดสติ จากการตรวจร่างกายและตรวจคลื่นหัวใจทางห้องปฏิบัติการในครั้งนั้นพบว่าผนังของหลอดเลือด aorta และส่วนต้นของหลอดเลือดแดง common iliac มีความขรุขระ นอกจากนี้ยังพบว่าหลอดเลือดแดง renal ข้างซ้าย หลอดเลือดแดง inferior mesenteric และ coeliac trunk บางส่วนก็อุดตันจากการตรวจ aortography สำหรับการตรวจ IVP นั้น พบว่า ไตข้างซ้ายมีขนาดเล็กกว่าปกติและไตข้างขวามีขนาดใหญ่กว่าปกติเพื่อทำงานแทนไตข้างซ้ายด้วย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทากายาสู และได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะกลุ่ม Thiazide และได้รับยา Diazepam เพื่อควบคุมความดันโลหิต

1 ปีต่อมา ผู้ป่วยเข้ารับการักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งที่ 2 เพราะปวดศีรษะมากและตามัว ความดันโลหิตในขณะนั้นวัดได้ 180/130 มม.ปรอท และตรวจพบว่ามี benign retinopathy ด้วย การ biopsy หลอดเลือดแดง temporal ในครั้งนั้นพบว่ามี calcification และผู้ป่วยเริ่มได้รับยาลดความดันโลหิตจนควบคุมความดันโลหิตได้ด้วย Renitec 10 มก.ทุกวัน อายุรแพทย์ได้แนะนำให้มาปรึกษาสูตินรีแพทย์เพื่อทำหมัน

ผู้ป่วยได้มารับการดูแลรักษาครั้งแรกที่ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา เมื่อตั้งครรภ์ได้ประมาณ 13 สัปดาห์ โดยมาตรวจที่ห้องฝากครรภ์และให้ประวัติว่าเป็นครรภ์แรก ประจำเดือนซึ่งเคยมาสม่ำเสมอทุกเดือนนั้นมาครั้งสุดท้าย

เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2530 การตรวจร่างกายทั่วไปพบว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซีพจรรยาที่ปลายแขนและขาทั้ง 2 ข้างคลำได้ปกติ ความดันโลหิตวัดได้ 130/90 ที่แขนขวา และ 120/80 ที่แขนซ้าย หัวใจไม่โต เสียงหัวใจปกติ ไม่มี murmurs ตรวจท้องพบว่ามีมดลูกโตขนาด 14 สัปดาห์ ของการตั้งครรภ์ จึงวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคทากายาสู ซึ่งตั้งครรภ์ได้ประมาณ 14 สัปดาห์ และรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรค และตรวจคลื่นหัวใจความผิดปกติของการตั้งครรภ์ การตรวจ eyeground พบว่า optic discs ปกติ ไม่มีการบีบเกร็งของหลอดเลือด และ macula ก็ปกติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าของหัวใจพบว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีการขาดเลือด สำหรับการตรวจ CBC และการตรวจ serum electrolytes พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนการทำงานของไตนั้นตรวจ BUN ได้ 34 มก.% และ creatinine ได้ 1.9 มก.% การตรวจมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่า เด็กในครรภ์เจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่มีรูปปริวิตแต่กำเนิด จึงสรุปว่าผู้ป่วยเป็นโรคทากายาสูซึ่งอยู่ในช่วงสงบ และตั้งครรภ์ประมาณ 14 สัปดาห์ โดยมีความดันโลหิตที่ควบคุมได้ด้วยยา Renitec และมีการทำงานของไตที่เสื่อมลงไม่มาก เนื่องจากผู้ป่วยอายุ 34 ปี และเพิ่งตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก หลังจากที่แต่งงานมาแล้ว 6 ปี โดยไม่คุมกำเนิด ผู้ป่วยและสามีมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะมีบุตร แพทย์ผู้ดูแลจึงมีความเห็นว่า น่าจะได้ตั้งครรภ์ต่อไปได้โดยควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด และไม่ดำเนินการให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ เพราะอาจจะเป็นโอกาสสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะมีบุตรได้เพราะอายุและการดำเนินโรค

ในช่วงอายุครรภ์ 16 ถึง 26 สัปดาห์ ผู้ป่วยมารับการตรวจที่ห้องฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอตามนัด เด็กในครรภ์เจริญเติบโตได้เป็นปกติ แต่ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยมาก คือเพียง 1.6 กก. ใน 10 สัปดาห์ จึงได้รับไว้ดูแลในโรงพยาบาล พบว่ามีโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ส่วนการตรวจการทำงานของไตนั้นพบว่า มีอัตราส่วนระหว่างโปรตีนและ creatinine ในปัสสาวะเป็น 0.6 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ และพบโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง 600-700 มก. สำหรับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงนั้นพบว่า เด็กในครรภ์เจริญเติบโตเป็นปกติดี ไม่มีหลักฐานของการเจริญเติบโตช้าในครรภ์หรือมีรูปปริวิตแต่กำเนิด จึงสรุปว่าการตั้งครรภ์ยังคงดำเนินไปด้วยดีและการทำงานของไตไม่ได้เสื่อมลง

ในช่วงอายุครรภ์ 28 ถึง 34 สัปดาห์ ความดันโลหิตวัดได้ระหว่าง 130/90 และ 140/100 มม.ปรอท

มีไข่ขาวในปัสสาวะ 1+ ถึง 2+ ตลอด แต่ไม่มีอาการบวม
นำหรือปวดศีรษะที่จะชวนให้คิดว่ามีโรค pre-eclampsia
แทรกซ้อน แต่ก็ได้รับคำแนะนำให้นอนพักและรับยา Pheno-
barbitone 30 มก. เข้าเส้นทางปาก

สำหรับการดำเนินโรค (disease activity) นั้น
ได้รับการติดตามด้วย ESR ซึ่งวัดได้ 26 มม./ชั่วโมง
ก่อนตั้งครรภ์ และเพิ่มเป็น 32, 42, 46, 51, 50, 54
และ 52 เมื่ออายุครรภ์ได้ 14, 18, 22, 26, 30, 34
และ 36 สัปดาห์ตามลำดับ

เมื่ออายุครรภ์ได้ 36 สัปดาห์ ความดันโลหิตเพิ่ม
ขึ้นเป็น 150/100 ที่แขนขวา และ 130/90 ที่แขนซ้าย
BUN เพิ่มจาก 18 เป็น 22 มก.% creatinine เพิ่มจาก
1.4 เป็น 2 มก.% และ Uric acid เพิ่มจาก 7.6 เป็น
8 มก.% ระหว่างอายุครรภ์ 32 ถึง 36 สัปดาห์ แต่ crea-
tinine clearance เพิ่มจาก 36.6 เป็น 42.5 มก.% และ serum
electrolytes อยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจเด็กในครรภ์ด้วย
คลื่นเสียงความถี่สูง วัด BPD (biparietal diameter)
ได้ 87 มม. FL (femur length) ได้ 73 มม. อัตรา
ส่วน HC/AC (เส้นรอบศีรษะ/เส้นรอบท้อง) ได้ 0.99
และ FL/AC (ความยาวของกระดูก femur/เส้นรอบท้อง)
ได้ 23.4% จึงสรุปว่าผู้ป่วยเป็นโรคทากายาสุขณะตั้งครรภ์ได้
ใกล้จะครบกำหนดแต่เริ่มมีโรค pre-eclampsia เข้ามา
แทรกซ้อนและอาจจะมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์⁽⁶⁾ ควร
จะให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนที่ภาวะแทรกซ้อนจะทวีความ
รุนแรงหรือสุขภาพของเด็กซึ่งได้รับการยืนยันว่าดีมาตลอด
จากการตรวจ nonstress cardiotocography (NST)⁽⁷⁾
ตั้งแต่อายุครรภ์ได้ 32 สัปดาห์ จะเสื่อมลงจนเป็นอันตราย

ผู้ป่วยได้รับยา Ampicillin 500 มก.ทุก 6 ชั่วโมง
เพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยเริ่มยา 24 ชั่วโมงก่อนที่จะได้
รับการผ่าตัดทำคลอดและทำหมัน เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน
2530 ขณะที่อายุครรภ์ได้ 37 สัปดาห์ เนื่องจากปากมดลูก
ไม่เอื้ออำนวยที่จะชักนำให้เจ็บครรภ์ ผู้ป่วยได้รับการฉีดยา
ระงับความรู้สึกแบบ spinal block และระหว่างผ่าตัด
ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 และ 130/80 มม.
ปรอท การตรวจติดตามการเต้นของหัวใจด้วยเครื่องวัดคลื่น
ไฟฟ้าจากหัวใจพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ การผ่าตัดทำคลอด
ได้ทารกเพศชายซึ่งแรกคลอดแข็งแรงดี มีลักษณะปกติ น้ำหนัก
แรกคลอด 2,900 กรัม และได้รับการตรวจประเมินอายุในครรภ์
ตามวิธีของ Ballard⁽⁸⁾ ได้ 37 สัปดาห์ จึงเป็นเด็กที่
เจริญเติบโตในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วย
เสียเลือดประมาณ 300 มล. การห้ามเลือดกระทำโดย

ไม่มีปัญหา มดลูกหดตัวดีหลังจากที่ได้รับ syntocinon
10 units หยดเข้าหลอดเลือดดำในสารน้ำ 5% Dextrose
water 1,000 มล.

หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะต่ออีก 5 วัน
และมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ความดันโลหิตลดลงเป็น 130/
90 มม.ปรอท ที่แขนขวา และ 120/80 มม.ปรอท ที่
แขนซ้าย ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตามืด ชีพจรสม่ำเสมอ
72-84 ครั้ง/นาที เสียงหัวใจปกติ ไม่มี murmurs ผล
ผ่าตัดที่หน้าท้องดีดี และได้รับการจ่ายออกจากโรงพยาบาล
2 สัปดาห์หลังคลอด

4 สัปดาห์หลังคลอด ผู้ป่วยมีอาการปกติ ความดัน
โลหิตไม่เปลี่ยนแปลงเพราะยังคงได้รับยา Renitec 10 มก.
ทุกวัน การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ รวมทั้งระบบสืบพันธุ์
อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงได้รับคำแนะนำให้ไปตรวจติดตามที่หน่วย
วิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ตามเดิม สำหรับทารกนั้น
แข็งแรงดี น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็นที่พอใจ

วิจารณ์

โรคทากายาสุหรือ occlusive thromboaropathy
เป็นโรคอีกเสบเรื้อรังของหลอดเลือดแดงที่ยังไม่ทราบสาเหตุ
แต่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในหญิงซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ พยาธิ
สภาพดังกล่าวมักจะพบที่หลอดเลือดแดง aorta หรือ
หลอดเลือดแดงที่เป็นสาขาใหญ่ เช่น หลอดเลือดแดง pu-
lmonary เป็นต้น⁽⁹⁾ พยาธิสภาพของโรคนี้ทำให้เกิดภาวะ
แทรกซ้อน ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มคือ hypertensive
ischaemic retinopathy, secondary hypertension,
aortic regurgitation และ aneurysm ของหลอดเลือดแดง
aorta หรือหลอดเลือดแดงอื่น ๆ⁽¹⁰⁾

การจัดระดับของผู้ป่วยโรคนี้ (classification) ใช้
วิธีของ Ishikawa ซึ่งแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1
คือผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ 2 คือผู้ป่วยที่มี
retinopathy หรือมี secondary hypertension หรือมี
aortic regurgitation กลุ่มที่ 2 นี้ยังแบ่งออกเป็น 2
ระดับคือ a และ b ตามความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน
ดังกล่าว กลุ่มที่ 3 คือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนข้างต้นมาก
กว่าหนึ่ง⁽¹⁰⁾

ผู้ป่วยที่ได้รับรายงานนี้จัดอยู่ในกลุ่ม 2 b เพราะมี
ความดันโลหิตสูง ซึ่งเคยรุนแรงมากจนต้องได้รับยาลดความดัน
โลหิต ส่วนความเสื่อมในการทำงานของไตนั้นเกิดจากอุดตัน
ของหลอดเลือดแดง renal ข้างซ้าย ซึ่งผู้นิพนธ์มีความเห็นว่า
ควรจัดเข้าอยู่ในกลุ่มที่ 3 ได้ เพราะชี้ให้เห็นถึงความรุนแรง

และขอบเขตของโรค แต่ก็ไม่ใช่ข้อระบุของ Ishikawa ที่ จะจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 3

การที่ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาให้ตั้งครรภ์ต่อไปได้ โดยไม่ดำเนินการให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ได้ 14 สัปดาห์ ก็เพราะวินิจฉัยว่าโรคอยู่ในช่วงสงบ เนื่องจาก ESR ในขณะนั้นวัดได้เพียง 32 มม./ชั่วโมง คือเพิ่มจากเมื่อก่อน ตั้งครรภ์เพียง 6 มม. สำหรับการกำเริบของโรคนี้ Ishikawa ให้นิยามว่าต้องมี ESR สูงขึ้นกว่าเมื่อก่อนตั้งครรภ์มากกว่า 20 มม./ชั่วโมง เพราะการตั้งครรภ์เองก็เป็นเหตุที่ ESR จะสูงขึ้นได้ ส่วนการพยากรณ์โรคนั้นจะไม่ดี ถ้า ESR เพิ่มขึ้นมากกว่า 30 มม./ชั่วโมง ในครั้งแรกหรือมากกว่า 60 มม./ชั่วโมง ในครั้งหลังของการตั้งครรภ์เหนือระดับ ESR ก่อนตั้งครรภ์⁽¹¹⁾

สำหรับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยรายนี้ คือความเสื่อมในการทำงานของไตนั้นได้รับการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ และพบว่าไม่ได้เสื่อมลงระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนโรค pre-eclampsia นั้น ถือว่าเป็นโรคสมทบ (superimposed) ตามนิยามของ Committee on Terminology of the American College of Obstetricians and Gynaecologists⁽¹²⁾ เพราะผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท เมื่ออายุครรภ์ได้ 36 สัปดาห์ หลังจากที่มีความดันโลหิตสูงมาตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์

สำหรับเด็กนั้นมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์เพราะแม่มีความดันโลหิตสูงมาตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์⁽¹³⁾ จึงได้ตรวจติดตามความเจริญเติบโตของเด็กด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นระยะ ๆ และพบว่า เริ่มมีลักษณะของการเจริญเติบโตช้าในครรภ์เมื่ออายุครรภ์ได้ 36 สัปดาห์ และแม้ว่าผลการตรวจ NST จะยืนยันว่าเด็กมีสุขภาพดี แพทย์ผู้ดูแลก็มีความเห็นว่าควรให้คลอดก่อนที่เด็กจะมีอันตรายจากการพร่องออกซิเจน⁽¹⁴⁾ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคที่ abdominal aorta และมีหลอดเลือดแดง renal ข้างซ้ายอุดตันเป็นผลให้มีการผลิต renin เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงบีบรัดตัวและเลือดไปเลี้ยงทารกน้อยลง ภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์นี้พบได้ถึงร้อยละ 21 จากรายงานของ Wong และคณะ⁽⁵⁾ ส่วนการมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย (low birthweight) นั้น Ishikawa รายงานว่าพบได้ถึงร้อยละ 18⁽¹¹⁾

เมื่อจะให้คลอด แพทย์ผู้ดูแลไม่ได้พิจารณาชักนำให้เจ็บครรภ์คลอดเพราะ ปากมดลูกไม่เอื้ออำนวย เกรงว่าจะเจ็บครรภ์คลอดเป็นเวลานาน และความดันโลหิตจะสูงขึ้นจนเป็นอันตราย จึงได้ผ่าท้องทำคลอด สำหรับภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ของผู้ป่วยโรคทากายาสุนี่ Ishikawa

และ Matsuura ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยทั้งหมด 77 ราย ซึ่งตั้งครรภ์ 83 ครั้ง และสรุปไว้ในปี ค.ศ. 1982 ว่า ประมาณร้อยละ 61 มีภาวะแทรกซ้อน และส่วนใหญ่จะเกิดที่ระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยร้อยละ 37 เกิดขึ้นในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 27 เกิดขึ้นระหว่างที่เจ็บครรภ์คลอด และร้อยละ 36 เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด ในจำนวนผู้ป่วย 77 รายนี้ถึงแก่กรรม 4 ราย จากการมีเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นผลจากการที่ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นสูงมากระหว่างที่เจ็บครรภ์คลอดและจากการที่สมองเคยขาดเลือดมาก่อน ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ป่วยในกลุ่ม IIb และ III โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกที่มี Takayasu's retinopathy และกลุ่ม I และ IIa ที่มีความดันโลหิตสูงขึ้นมาในระยะแรกของการเจ็บครรภ์คลอดจึงควรได้รับการผ่าตัดทำคลอด⁽¹¹⁾

ในผู้ป่วยที่ให้คลอดทางช่องคลอดก็ควรช่วยนระยะที่ 2 ของการเจ็บครรภ์คลอด ด้วยการให้สูติศาสตร์หัตถการที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงการใช้ยาฉีดให้มดลูกหดตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยากลุ่ม Ergot ซึ่งจะเพิ่มความดันโลหิต และอาจจะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและมีอาการเขียวคล้ำ (cyanosis)⁽¹¹⁾

เป็นที่ทราบดีว่าการรักษาโรคนี้ส่วนใหญ่เป็นไปตามอาการ เช่น ใช้น้ำลดความดันโลหิต ยา corticosteroids เพื่อพยายามระงับโรค ยา anticoagulants เพื่อป้องกันไม่ให้หลอดเลือดอุดตัน และยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกัน bacterial endocarditis หรือ septicemia เพราะหลอดเลือด aorta และสาขาใหญ่ถูกอุดตันให้แคบลง หรืออาจจะมี aortic regurgitation ร่วมด้วย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว จนเมื่อจะคลอดจึงได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในระยะหลังคลอดผู้ป่วยได้รับการเฝ้าดูอาการของหลอดเลือดอุดตันอย่างใกล้ชิด แต่ไม่ได้รับยา anticoagulants ส่วนการมีเลือดออกในสมองนั้นไม่ได้เกิดขึ้นในผู้ป่วยรายนี้ เพราะได้รับการผ่าตัดทำคลอดโดยไม่เจ็บครรภ์ ความดันโลหิตจึงไม่สูงมาก และก็ไม่มีการอุดตันของสาขาใหญ่จาก aortic arch ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการมีเลือดออกในสมอง

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคที่รุนแรงพอสมควร และยังไม่มีวิธีรักษาให้หายขาด จึงได้รับการทำหมัน เพราะวิธีคุมกำเนิดชั่วคราว เช่น การใช้ห่วงอนามัยก็จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าได้รับยา corticosteroids ด้วย ส่วนยาเม็ดคุมกำเนิด หรือยาฉีดคุมกำเนิดก็ควรระวังหลีกเลี่ยง เพราะอาจจะมีผลต่อความดันโลหิตซึ่งสูงอยู่แล้ว และอาจจะมีโอกาสที่จะมีการอุดตันของหลอดเลือด⁽¹⁵⁾

สรุป

โรคทากายาสึเป็นโรคที่พบได้ในหญิงซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ จึงอาจพบได้บ่อยระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้คือ ความดันโลหิตสูง เด็กเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เส้นเลือดในสมองแตก และเป็น subacute bacterial endocarditis ในระยะเจ็บครรภ์

อ้างอิง

1. Takayasu M. A case with unusual changes of the central vessels in the retina. *Acta Soc Ophthalmol Jap* 1908; 12 : 554
2. Shimizu K, Sano K. Pulseless disease. *J Neuropathol Clin Neurol* 1951 Jan; 1(1) 37-47
3. Ask - Upmark E, Fajeis MD. Further observations on Takayasu's syndrome. *Acta Med Scand* 1956; 155 : 275-291
4. Lupi-Herrera E, Sanchez-Torres G, Marcushamer J, Mispireta J, Horwitz S, Vela JE. Takayasu's arteritis : clinical study of 107 cases. *Am Heart J* 1977 Jan; 3(1) : 94-104
5. Wong VC, Wang RW, Tse TF. Pregnancy and Takayasu's arteritis. *Am J Med* 1983 Oct; 75(4) : 597-601
5. Hadlock FP, Deter RL, Harrist RB, Roecker E, Park SK. A date-independent predictor of intrauterine growth retardation : femur length/abdominal circumference ratio. *AJR* 1983 Nov; 141(5) : 979-084
- Bracero LA, Schulman H, Baxi LV. Fetal heart rate characteristics that provide confidence in the diagnosis of fetal wellbeing. *Clin Obstet Gynecol* 1986 Mar; 29(1) : 3-10
8. Ballard J, Kazmeier K, Driver M. A simplified assessment of gestational age. *Pediatr Res* 1977; 11 : 374
9. Nasu T. Pathology of pulseless disease : a systematic study and critical review of twenty-one autopsy cases reported in Japan. *Angiology* 1963 May; 14(3) : 225-242
10. Ishikawa K. Natural history and classification of occlusive thromboaropathy (Takayasu's disease). *Circulation* 1978 Jan; 57(1) : 27-35
11. Ishikawa K, Matsuura S. Occlusive thromboaropathy (Takayasu's disease) and pregnancy : clinical course and management of 33 pregnancies and deliveries. *Am J Cardiol* 1982 Dec; 50(6) : 1293-1300
12. Hughes EC, ed. *Obstetric Gynecologic Terminology*. Philadelphia : Davis, 1972. 422-423
13. Page EW, Christianson R. Influence of blood pressure changes with and without proteinuria upon outcome of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1976 Dec; 126(7) : 821-833
14. วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ : การดูแลทางสูติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. 158-201
15. Ask-Upmark E. Case of Takayasu's syndrome accelerated (initiated?) by oral contraceptives. *Acta Med Scand* 1969 Jan-Feb; 185 : 119-120