

Case Report

รายงานผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วย 2 ราย ที่มีกลุ่มอาการ HELLP syndrome ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์: สถาบันบำราศนราดูร พ.ศ. 2549-2550

อมรพันธุ์ วิรัชชัย

ภูษิขย์ มีประเสริฐสกุล

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

งานสูตินรีเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

HELLP syndrome เป็นกลุ่มอาการหรือภาวะที่พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ จะมีผลกระทบต่อทั้งมารดา และ ทารกในครรภ์ ขึ้นกับความรุนแรงของอาการในมารดาก่อนคลอด พบอุบัติการณ์ ประมาณร้อยละ 0.2-0.6 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด แต่อัตราการที่พบในภาวะ PIH มีประมาณร้อยละ 5-7 ของการตั้งครรภ์ ได้รายงานผู้ป่วย 2 รายซึ่งมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ (epigastric pain) ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น dyspepsia อาการนี้เป็นอาการนำของ HELLP syndrome ร้อยละ 80-90 และต่อมาได้รับการวินิจฉัยเป็น HELLP syndrome รายที่ 1 เกิดภาวะ eclampsia ร่วมด้วย ส่วนรายที่ 2 เป็น severe preeclampsia การวินิจฉัยภาวะ HELLP syndrome วินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิกประกอบด้วย ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ความผิดปกติที่ตรวจพบ จากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ชัดเจน 2 อย่างคือ platelet ลดต่ำลง (อยู่ระหว่าง 50,000- 100,000 cells/mm³) และ liver enzyme คือ AST, ALT มีค่าเพิ่มขึ้นสูงกว่าค่าปกติ 2 เท่า (มากกว่า 70 mg/dL) จึงเข้าอยู่ในกลุ่มอาการปานกลาง ทั้งสองรายได้ให้ fresh frozen plasma และ platelets concentrate แล้ว terminate pregnancy โดยการทำ cesarean section ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการอธิบายถึงสาเหตุการเกิดโรค การพยากรณ์โรค และโอกาสในการเกิดซ้ำในครรภ์ต่อไปให้ทราบก่อนกลับบ้าน การรักษา HELLP syndrome มีจุดประสงค์หลักที่ความปลอดภัยของผู้ตั้งครรภ์ ส่วนการป่วยและการตายของทารก ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ของผู้ตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะ HELLP syndrome

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง, กลุ่มอาการ HELLP syndrome

บทนำ

HELLP syndrome เป็นกลุ่มอาการหรือภาวะที่พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ โดย HELLP เป็นคำย่อมาจาก H-hemolysis, EL-

elevated liver enzyme, LP-low platelet count⁽¹⁻³⁾ ซึ่งภาวะนี้ Pritchard รายงานเป็นครั้งแรก ใน ค.ศ.1954⁽⁴⁾ แต่ Weinstein เป็นผู้ตั้งชื่อ HELLP syndrome ใน ค.ศ. 1982⁽⁵⁾ และรายงานว่าอาจเกิดเฉพาะอาการ HELLP

syndrome หรือเกิดร่วมกับ Pregnancy Induced Hypertension (PIH) ที่มีอาการเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันได้⁽²⁾

เมื่อเกิด HELLP syndrome หรือ PIH จะมีผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ จากรายงานการศึกษา พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิด maternal mortality ร้อยละ 1.1⁽⁶⁾ และ neonatal mortality ร้อยละ 10-60⁽⁷⁾ ผลต่อเด็กมากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของอาการในมารดาที่คลอด

พบอุบัติการณ์ของ HELLP syndrome ประมาณร้อยละ 0.2-0.6 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด แต่อัตราการพบในภาวะ PIH มีประมาณร้อยละ 5-7 ของการตั้งครรภ์⁽⁸⁾ ที่สำคัญคือ PIH ที่พบร่วมกับ HELLP syndrome จะพบประมาณร้อยละ 4-12 ของ PIH^(3,8) จากรายงานของ วิทยา ถิฐาพันธ์ พบ 1 รายที่รพ.ศิริราช จากผู้ป่วย preeclampsia 316 ราย ใน พ.ศ. 2544-2546⁽¹⁾

HELLP syndrome ส่วนใหญ่เกิดใน third trimester⁽²⁾ ไม่ค่อยพบเกิดก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร้อยละ 69 ของคนไข้เกิดก่อนการคลอด ร้อยละ 31 เกิดภายหลังคลอด^(2,9) มักพบว่า HELLP syndrome เกิดร่วมกับภาวะ PIH ได้ถึงร้อยละ 4-12 ในรายที่ไม่มีอาการของ PIH มาก่อน มักจะทำให้วินิจฉัยภาวะ HELLP syndrome ได้ช้า เพราะคิดว่าเป็นอาการของ dyspepsia⁽¹⁰⁾

รายงานผู้ป่วย

ในช่วง พ.ศ. 2549-2550 มีสตรีตั้งครรภ์คลอดในงานสูติรีเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 2,493 ราย มี 2 รายมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ (epigastric pain) และต่อมาได้รับการวินิจฉัยเป็น HELLP syndrome รายที่ 1 เกิดภาวะ eclampsia ร่วมด้วย ส่วนรายที่ 2 เป็น severe preeclampsia การวินิจฉัยภาวะ HELLP syndrome วินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิกประกอบกับผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ โดยอาศัย Sibai criteria ซึ่งให้เกณฑ์การวินิจฉัย HELLP syndrome ไว้ใน ค.ศ. 1990⁽¹²⁾ ผู้ป่วยทั้งสองรายพบว่ามีปริมาณ platelet ในเลือดอยู่ระหว่าง 50,000- 100,000 cells/mm³ และ

ค่า liver enzyme เพิ่มขึ้นมากกว่า 70 IU/L จึงจัดอยู่ใน class II หรือ partial group

ผู้ป่วยรายที่ 1

หญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี เป็นครรภ์แรก มี LMP 28 ธันวาคม 2548 และ EDC 21 กันยายน 2549 มาฝากครรภ์สม่ำเสมอ ตั้งแต่อายุครรภ์ 9 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด VDRL = non reactive, HBsAg = negative, Hct 34% และความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ =120/80 mmHg เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการจุกแน่นลิ้นปี่ ความดันโลหิต 150/90 mmHg ได้รับการวินิจฉัย dyspepsia และได้ยา antacid กลับบ้าน 6 ชั่วโมงหลังจากนั้น เกิดอาการชัก เกร็ง และกระตุก อยู่ประมาณ 3 นาที ญาติจึงนำส่งห้องฉุกเฉิน ตรวจพบ ความดันโลหิต 170/100 mmHg ระหว่างส่งมาที่ห้องคลอด มีอาการชัก กระตุก เกร็ง อีก 2 ครั้ง หลังจากนั้นรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 150/100 mmHg ตรวจร่างกาย fundus อยู่ที่ระดับ 1/4 สูงกว่าระดับ umbilicus ฟัง FHS ได้ 148 ครั้ง/ นาที ตรวจพบ pitting edema 1+ ที่ขา ตรวจ urine albumin ได้ 2+ จึงได้รับการวินิจฉัยเป็น eclampsia in 32 wks., pregnancy ผู้ป่วยได้รับยา magnesium sulfate ป้องกันอาการชัก ระหว่างฉีดยามีอาการชัก อีกนานประมาณ 1 นาที

ผลตรวจเลือด พบว่า platelet 70,000 cells/mm³, PT 12.7(11-14) sec., PTT 30.6(27-36) sec., INR 1.05, AST 250 IU/L ALT 215 IU/L ได้ให้การวินิจฉัยเป็น eclampsia with HELLP syndrome หลังฉีด magnesium sulfate, BP 140/90 mmHg ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้ให้ FFP 10 unit, Platelet concentrate 10 unit แล้ว terminate pregnancy โดยการผ่าตัดคลอด เด็กเพศหญิงหนัก 1,300 กรัม

วันที่ 2 หลังคลอด ตรวจเลือดพบ Platelet 99,000 cells/mm³, AST 107 IU/L ALT 115 IU/L

วันที่ 3 หลังคลอด ตรวจเลือดพบ Platelet 138,000 cells/mm³

วันที่ 5 ผู้คลอดไม่มีอาการปวดศีรษะ วัดความ

ดันโลหิตได้ 130/90 mmHg ทานอาหารได้ปกติ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน แนะนำอาการที่ควรมาโรงพยาบาล เช่น ปวดศีรษะ และนัดมาตรวจวัดความดันโลหิต ใน 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2

หญิงไทยคู่อายุ 29 ปี ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลเอกชน มาด้วยอาการจุกแน่นลิ้นปี่มา 3-4 วันก่อน ไปรักษาตามสิทธิ์ประกันสังคม หลังกินยาอาการไม่ดีขึ้น จึงมาตรวจที่สถาบันบำราศนราดูร ตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ต้องนั่งตลอดเวลา ตรวจร่างกายพบ slight distended abdomen, no definite tender no guarding, fundus $1/4$ above umbilicus, FHS positive ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น Dyspepsia และรับไว้ที่ห้องคลอดเพื่อสังเกตอาการ ตอนแรกมีความดันโลหิต 130/80 mmHg. หลังจากให้พักและได้ให้ยา antacid อาการดีขึ้น 4 ชั่วโมงหลังจากรับไว้ ผู้ป่วยมีอาการจุกแน่นอีก ความดันโลหิต 150/90 mmHg จึงส่งตรวจ CBC พบ Hct 35% Platelet 110,000 cells/cc BUN 6 mg/dL, Cr 0.5 mg/dL, urine albumin 1+ ได้รับการวินิจฉัยเป็น mild preeclampsia ต่อมาอีก 2 ชั่วโมง ความดันโลหิต สูงขึ้นเป็น 180/110 mmHg จึงให้การวินิจฉัยเป็น severe preeclampsia ได้รับยา magnesium sulfate ป้องกันชัก หลังให้ยา ความดันโลหิต วัดได้ 180/100 mmHg. ต่อมาอีก 30 นาที วัดได้ 170/100 mmHg. จึงต้องให้ยา nifedipine 10 mg oral เพื่อลดความดันโลหิต ทำการส่งเลือดตรวจเพิ่มเติมเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน พบว่า PT 14.6 (11-14) sec., PTT 32 (27-36) sec., INR 1.2, AST 87 IU/L, ALT 87 IU/L เมื่อตรวจ CBC ซ้ำพบ Hct 30%, platelet 74,000 cells/mm³ หลังทราบผลตรวจเลือดวินิจฉัยเป็น severe preeclampsia with HELLP syndrome ได้รับการรักษาโดย platelet concentrate 10 unit, FFP 10 unit หลังจากได้รับ platelet concentrate ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำคลอดเพื่อ terminate pregnancy ได้คลอด

เด็กเพศชายน้ำหนัก 655 กรัม ทารกได้รับการใส่ endotracheal tube และส่ง NICU เนื่องจาก เป็นการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์เพียง 26 สัปดาห์ เพื่อการช่วยเหลือและดูแลรักษาโดยกุมารแพทย์ต่อไป

วันที่ 1 หลังคลอด Hct 41% platelet 165,000 AST 147 IU/L ALT 221 IU/L

วันที่ 2 หลังคลอด Hct 35% platelet 48,000 AST 540 IU/L ALT 822 IU/L

วันที่ 3 หลังคลอด ทานอาหารได้ ไม่มีอาการจุกแน่น platelet 79,000 AST 199 IU/L ALT 500 IU/L

วันที่ 4 หลังคลอด เริ่มมีจุกแน่นอีก ปวดมากขึ้น BP 170/100 mmHg ได้ให้ยา nifedipine 10 mg oral ทุก 6 ชั่วโมง อาการปวดยังมีอยู่จึงฉีด morphine 3 mg. IV หลังฉีดอาการดีขึ้น อาการปวดเป็นตลอดวันที่ 4 หลังคลอด ได้ตรวจอัลตราซาวด์ ของตับ พบว่ามี mild parenchymal change of liver จึงได้ปรึกษาอายุรแพทย์ ได้ปรับเปลี่ยนยาความดันเป็น nifedipine SR 20 mg 1 เม็ดทุก 12 ชั่วโมง และให้ติดตามการเปลี่ยนแปลงต่อไป

วันที่ 5 หลังคลอด อาการจุกแน่นน้อยลง วัด ความดันโลหิตได้ 150/90 mmHg ตรวจเลือดพบว่า Hct 35%, platelet 130,000 cells/mm³, AST 45 IU/L, ALT 323 IU/L ผู้ป่วยกินอาหารได้ ไม่มีปวดท้องอีก ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านหลังตัดไหมในวันที่ 7 หลังคลอด ซึ่งได้อธิบายผู้ป่วยถึงการพยากรณ์โรคและโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ซ้ำในครรภ์ต่อไป

ในการตรวจติดตาม 2 สัปดาห์ต่อมา พบว่าความดันโลหิต 130/80 mmHg ผล Hct 35% platelet 121,000 cells/mm³ AST 20 IU/L, ALT 24 IU/L

ทางอายุรแพทย์นัดตรวจติดตามต่อ ความดันโลหิตลดลงจนปกติและหยุดยาลดความดันโลหิตได้ มาตรวจหลังคลอดตามนัด 6 สัปดาห์ อาการปกติ

วิจารณ์

ผู้ตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ที่มาตรวจด้วยอาการจุกแน่น

ลิ้นปี่ (epigastric pain) ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น dyspepsia ซึ่งเป็นอาการนำของ HELLP syndrome ร้อยละ 80-90⁽¹²⁾ เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติอย่างอื่นที่ชัดเจน ทำให้วินิจฉัยล่าช้าไปทั้ง 2 ราย ซึ่งจากรายงานการศึกษาของ Martin และคณะ ได้ให้ข้อสังเกตว่า ควรคำนึงถึงภาวะ HELLP syndrome เมื่อมีสตรีตั้งครรภ์มาตรวจด้วยอาการจุกแน่นดังกล่าวด้วย⁽¹⁰⁾

ผู้ตั้งครรภ์รายที่ 1 เกิดภาวะ eclampsia ส่วนรายที่ 2 เกิดภาวะ severe preeclampsia จึงเป็นเหตุให้สงสัยและได้รับการตรวจเลือดจึงพบความผิดปกติ ทั้ง 2 รายหลังได้ยา magnesium sulfate เพื่อป้องกันอาการชักแล้ว ความดันโลหิตยังสูงอยู่ จึงต้องให้ยาลดความดัน amlodipine, nifedipine ตามแนวทางการรักษา PIH^(1,2) ซึ่งในผู้ที่ HELLP syndrome ยังมีอีกร้อยละ 20 ที่ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 mmHg และตรวจไม่พบ proteinuria⁽²⁾

ความผิดปกติในการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการของภาวะ HELLP syndrome⁽¹⁻³⁾ ในรายที่ 1 พบว่า platelet ต่ำ ภายหลังเกิด eclampsia เมื่อพบ liver enzyme สูง จึงวินิจฉัยภาวะนี้ได้ แต่ในรายที่ 2 CBC ในครั้งแรกปกติ ต่อเมื่อเกิดภาวะ severe preeclampsia จึงส่งตรวจซ้ำ จึงพบว่า platelet ต่ำ และ liver enzyme สูง จึงให้การวินิจฉัยได้ ซึ่งการตรวจจำนวน platelet จาก CBC จะเป็นตัวบ่งชี้ที่เมื่อผิดปกติให้ระวัง ภาวะ HELLP syndrome^(2,3)

HELLP syndrome เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหลาย ๆ ระบบ กล่าวคือ เกิด microvascular endothelial damage และ มีความผิดปกติของตับ ทำให้มีการบวมของ liver parenchyma ทำให้มีตับบวมและดัน liver capsule ที่ทำให้เกิดอาการ right upper quadrant and epigastric pain นอกจากนี้ยังมี intravascular platelet activation ทำให้จำนวนของ platelet ลดลง⁽³⁾ ส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีผลการตรวจเลือด PT, PTT prolong⁽¹⁰⁻¹²⁾

ผู้ตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย มีความผิดปกติที่ตรวจพบ

จากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการชัดเจน 2 อย่างคือ platelet ลดต่ำลง (อยู่ระหว่าง 50,000- 100,000 cells/mm³) และ liver enzyme คือ AST, ALT มีค่าเพิ่มขึ้นสูงมากกว่าค่าปกติ 2 เท่า (มากกว่า 70 mg/dL) จึงเข้าอยู่ในกลุ่มอาการปานกลาง หรือชนิด partial ตามการจำแนกความรุนแรง^(1,2) และตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสบี ในผู้ป่วยรายแรก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ยังไม่ได้ตรวจและ ไม่ได้ตรวจ ไวรัสซี

การดูแลรักษาผู้ป่วยในรายที่ 1 ซึ่งเกิดภาวะ eclampsia และอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ต้องผ่าตัดคลอดเพื่อยุติการตั้งครรภ์และยับยั้งความรุนแรงของโรค⁽¹⁻³⁾ ส่วนในผู้ป่วยรายที่ 2 เนื่องจากอายุครรภ์เพียง 24 สัปดาห์ แต่อาการจุกแน่นเป็นมากและเป็นมาตลอด ตรวจเลือดพบ platelet ต่ำ และมี coagulopathy ผู้ป่วยรายนี้ผลการตรวจการทำงานของตับผิดปกติด้วยและเกรงว่าจะมี morbidity และ mortality ของทั้งแม่และลูกมากเกินไป จึงจำเป็นต้อง terminate pregnancy เช่นกัน การรักษาแบบประคับประคอง (expectant management) เพื่อให้อายุครรภ์มากขึ้นก่อนทำได้ในโรงพยาบาลตติยภูมิทางสูติกรรม ที่มีความพร้อมในการดูแล และสามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่^(13,14) ก่อนการผ่าตัดคลอดได้อธิบายให้ผู้ตั้งครรภ์และญาติเข้าใจก่อนการผ่าตัดถึงสาเหตุการเกิดโรค การพยากรณ์โรค และ neonatal mortality and morbidity จากอายุครรภ์ที่น้อย⁽¹⁻³⁾ ซึ่งอัตราการเกิด HELLP syndrome ในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ พบประมาณร้อยละ 15^(15,16) มีรายงานการศึกษาโดย Bornstein รายงานการเกิด HELLP syndrome ในอายุครรภ์ 17 สัปดาห์⁽¹⁶⁾ ที่มีโอกาสพบได้น้อย

ภายหลังคลอด ในกรณีที่เป็น PIH อาการทางความดันโลหิตสูงจะลดลงได้เองเป็นส่วนใหญ่ แต่ในกลุ่มที่มีภาวะ HELLP syndrome ที่พบร่วมกับ PIH อาการของโรคจะเป็นมากขึ้น ใน 24-48 ชั่วโมง หลัง terminate pregnancy^(9,10) ซึ่งตามรายงานผู้ตั้งครรภ์รายที่ 2 เห็นได้ชัดเจนว่า platelet ยังลดลง และ liver

enzyme เพิ่มมากขึ้น จึงต้องมีการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ผู้ป่วยรายนี้ platelet ลดลงมากในช่วงแรก หลังจากนั้นกลับมาเป็นปกติ ภายใน 96 ชั่วโมง หรือ 4 วันหลังคลอด^(9,10) อย่างไรก็ตามพบที่ ความรุนแรงของ HELLP syndrome ไม่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการทำงานของตับ (liver abnormality)⁽²⁾

สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาอาการจุกแน่นในวันที่ 3 หลังคลอด และปวดมากขึ้น อาจเกี่ยวข้องกับการตรวจพบ liver enzyme สูงขึ้นมาก จากการดำเนินโรคหลังคลอด ทำให้เกิด distend liver capsule จึงจุกแน่นมากขึ้น ความดันโลหิตสูง ต่อมาอาการดีขึ้นในวันที่ 4 และ ผล liver enzyme ลดต่ำลงจนเกือบปกติ ในวันที่ 5 ดังรายงานการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า disease recovery เกิดขึ้นใน 96 ชั่วโมงหลังคลอด^(9,10)

Magann และ คณะ^(17,18) พบว่า การให้ dexamethazone ในผู้ป่วยที่เป็น HELLP syndrome จะช่วยให้อาการดีขึ้น ทำให้ platelet count เพิ่มขึ้น และ AST ลดลงได้ชัดเจน โดยให้ในขนาดสูงคือ 10 mg. IV ทุก 12 ชั่วโมง⁽¹⁷⁾ ซึ่ง corticosteroid ที่ให้ ยังช่วยให้ lung maturity ของเด็กในครรภ์ที่ยังไม่ครบกำหนดดีขึ้นด้วย⁽¹⁹⁾ ในผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับ dexamethazone 1 ครั้ง ก่อนทำการ terminate pregnancy 6 ชั่วโมง แต่ด้วยระยะเวลาที่สั้น และอายุครรภ์เพียง 24 สัปดาห์ เด็กหนัก 655 กรัม ซึ่งเกิด neonatal death หลังคลอด 22 ชั่วโมงจาก respiratory distress เพราะมารดา มีอาการ HELLP syndrome ที่อายุครรภ์น้อย (remote from term)⁽¹⁴⁾

ผู้ตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย สามี และญาติของผู้ตั้งครรภ์ ได้รับการอธิบายถึงสาเหตุการเกิดโรค การพยากรณ์โรค และโอกาสในการเกิดซ้ำในครรภ์ต่อไปให้ทราบก่อนกลับบ้าน จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่ามีโอกาสเกิด HELLP syndrome ซ้ำในครรภ์ต่อไปร้อยละ 19-27^(20,21) และในรายที่มีภาวะ preeclampsia ร่วมด้วย จึงมีโอกาสเป็นซ้ำถึงร้อยละ 43^(20,21) และอาจมีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นเกิดขึ้นได้ร้อยละ 19-43 ในครรภ์ต่อ ๆ ไป⁽²⁰⁾ ส่วนกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการครบทั้ง 3 อย่าง

ของ HELLP syndrome หรืออยู่ในกลุ่มอาการรุนแรง (full criteria) มีโอกาสเป็นซ้ำสูงมาก⁽³⁾ ในรายงานนี้ผู้ป่วยรายที่ 2 จึงมีโอกาสเป็นซ้ำได้มากกว่ารายที่ 1

สรุป

ภาวะ HELLP syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่ม pregnancy induced hypertension (PIH) ที่ต้องเฝ้าระวัง และ คำนึงถึงว่า อาจเกิดขึ้นได้ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ผิดปกติควรตรวจเลือดเพื่อเฝ้าระวัง HELLP syndrome ไว้ด้วย เพราะการวินิจฉัยภาวะนี้ได้เร็วจะทำให้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยและในมารดาได้ การดูแลรักษา HELLP syndrome มีจุดประสงค์หลักที่ความปลอดภัยของผู้ตั้งครรภ์ ส่วนการป่วยและการตายของทารก จะขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ของผู้ตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะ HELLP syndrome

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา ถิฐาพันธ์. Preeclampsia ที่มี hemolysis, elevated liver enzyme, low platelets (HELLP syndrome) แทรกซ้อน. สารศิริราช 2547; 56:191-8.
2. Padden MO. HELLP syndrome, recognition and perinatal management. Am Fam Physician 1999; 60:829-39.
3. Danukusamo D, Kabra R. The management of preeclampsia complicated by HELLP syndrome. [cited 2008 Feb 5]; Available from : URL: http://www.gfmer.ch/Endo/Course2003/Preeclampsia_complicated_by_HELLP.htm
4. Pritchard JA, Weissman R, Ratnoff OD, Vosburgh GJ. Intravascular hemolysis, thrombocytopenia and other hematologic abnormality associated with severe toxemia of pregnancy. N Engl J Med 1954; 250:89-98.
5. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzyme and low platelet count : a severe consequence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1982; 142:159-67.
6. Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, Salama M, Mercer

- BM, Freidman SA. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancy with hemolysis, elevated liver enzyme and low platelet (HELLP) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:1000-6.
7. Dotsch J, Hohmann M, Kuhl PG. Neonatal morbidity and mortality associated with maternal hemolysis, elevated liver enzyme, and low platelet (HELLP) syndrome. *Eur J Pediatr* 1997; 156:389-91.
 8. Wolf JL. Liver disease in pregnancy. *Med Clin North Am* 1996; 80:1167-87.
 9. Norwitz ER, Hsu CD, Repke JT. Acute complication of pre eclampsia. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45:308-29.
 10. Martin JN Jr, Blake PG, Perry KG Jr, McCaul JF, Hess LW, Martin RW. The national history of HELLP syndrome: pattern of disease progression and regression. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164:1500-9.
 11. Bolte AC, Van Geijn HP, Deckker GA. Management and monitoring of preeclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 96(1):8-20.
 12. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzyme, and low platelets) How much do about nothing ? *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162:311-6.
 13. Repke JT, Robinson JN. The prevention and management of preeclampsia and eclampsia. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 62(1):1-9.
 14. Sibai BM, Mercer BM, Schiff E, Freidman SA. Aggressive versus expectant management of severe preeclampsia at 28 to 32 weeks of gestation : a randomized control trial. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:818-22.
 15. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count. *Obstet Gynecol* 2004; 103:981-91.
 16. Bornestein E, Barnhard Y, Atkin R, Divon M. HELLP syndrome: a rare, early presentation at 17 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2007; 110 Supp: 525-27.
 17. Magann EF, Bass D, Chauhan SP, Naef RW, Blake PG, Morrison JC, et al. Antepartum corticosteroid : disease stabilization in patient with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzyme and low platelet (HELLP). *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:1148-53.
 18. Magann EF, Perry KG, Meydrek EF, Harris RL, Chauhan SP, Martin JN Jr. Post partum corticosteroid : accelerated recovery from the syndrome of hemolysis, elevated liver enzyme, and low platelet (HELLP). *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:1154-8.
 19. Magann EF, Graves GR, Roberts WE, Blake PG, Morrison JC, Martin JN Jr. Corticosteroid for enhanced fetal lung maturation in patients with HELLP syndrome: impact on neonates. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1993; 133:131-5.
 20. Sullivan CA, Magann EF, Pery KG Jr. The recurrence risk of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzyme, low platelet (HELLP) in subsequent gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:940-3.
 21. Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS. Pregnancy complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzyme, low platelet) : subsequent pregnancy outcome and long term prognosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:125-9.

Abstract Two Cases of HELLP Syndrome with Pregnancy Induced Hypertension Bamrasnaradure Institute 2006-2007

Amornpun Wiratchai, Poochit Meeprasertsakul, Piyawan Limpanyalert

Obstetrics and Gynecology Division, Bamrasnaradura Institute

Journal of Health Science 2008; 17:1005-11.

HELLP syndrome is a condition that can complicate patients with pregnancy-induced hypertension. It is associated with increased maternal and fetal morbidity and mortality. The incidence of HELLP syndrome is 0.2-0.6 percent of all pregnancy, while the incidence of PIH is 5-7 percent. Two cases of HELLP syndrome with PIH, which presented with epigastric pain as the main complaint were reported. Epigastric pain is the major presentation in 80-90 percent of HELLP syndrome. Both cases had PIH while one of the cases also had eclampsia. The diagnosis of HELLP syndrome was confirmed by compatible laboratory findings, low platelet count (50,000-10,000 cells/mm³), elevated liver enzymes (AST and ALT increase more than twice the upper normal limit (> 70 mg/dL). Both cases were treated by termination of pregnancy by means of caesarean section after being transfused with fresh frozen plasma and platelets. After delivery, the mothers were counseled regarding the prognosis, the causes, and the chance of recurrence in future pregnancy. The prognosis of repeating HELLP syndrome in next pregnancy is 19-27 percent. The primary objective in the management of HELLP syndrome is to save the mother. The neonatal morbidity and mortality depends on the gestational age at the time of development of HELLP syndrome.

Key words: pregnancy-induced hypertension, HELLP syndrome