Pregnancy in the Setting of Advanced Chronic Kidney Disease Complicated by Early-Onset Severe Preeclampsia, Severe Fetal Growth Restriction, and Placental Abruption: A Case Report

ARTICLE INFO
DOI: 1052547/sjrm.11.2.3

Article Type

Case Report

Authors

Mojhgan Karamnia Far[1*], Maryam Sanaye Naderi[1,2], Hadis Mohammadian[1]

1- Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Science (IUMS), Tehran, Iran.
2- Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran.

Corresponding Authors:
Mohammad Reza Nateghi; Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran. Postal code: 1396956111, Phone: +98 (21) 44670888, Fax: +98 (21) 44670432.

Received: 28 June 2026
Accepted: 18 July 2026
e Published: 30 July 2026

Article History

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is one of the major chronic conditions affecting women of reproductive age and renders pregnancy a high-risk condition. Pregnancy in women with CKD is associated with an increased risk of maternal and fetal complications, including preeclampsia, fetal growth restriction (FGR), preterm delivery, placental abruption, and deterioration of renal function. The management of these patients requires comprehensive preconception assessment, specialized antenatal care, and a multidisciplinary team approach. Herein, we report a case of pregnancy complicated by advanced chronic kidney disease and severe obstetric complications.

Case Presentation: A 36-year-old primigravida (G1P1) with a history of advanced chronic kidney disease was admitted at 26 weeks of gestation because of elevated blood pressure. Clinical and paraclinical evaluations led to the diagnosis of severe preeclampsia, severe fetal growth restriction, abnormal umbilical artery Doppler findings, and placental abruption. Owing to the critical maternal and fetal conditions, supportive management, including administration of betamethasone, magnesium sulfate, and antihypertensive medications, was initiated. Subsequently, the patient underwent an emergency cesarean section with concurrent myomectomy. A preterm female neonate weighing 630 g was delivered and admitted to the neonatal intensive care unit (NICU) because of respiratory distress syndrome and patent ductus arteriosus.

Conclusion: Pregnancy in women with advanced chronic kidney disease is associated with a markedly increased risk of life-threatening maternal and fetal complications. This case highlights the importance of preconception counseling, comprehensive assessment of renal function, close surveillance throughout pregnancy, and multidisciplinary management to facilitate the early recognition of complications and determine the optimal timing of pregnancy termination. Furthermore, this report demonstrates that timely clinical decision-making and prompt intervention may play a pivotal role in reducing maternal complications and improving neonatal outcomes.

Keywords: Chronic kidney disease; Pregnancy; Preeclampsia; Fetal growth restriction; Placental abruption; Preterm delivery; Case report.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]

[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.2.3]

Copyright© 2026, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

بارداری در زمینه نارسایی مزمن شدید کلیه همراه با پره‌اکلامپسی زودرس، محدودیت شدید رشد داخل رحمی جنین و دکولمان جفت: گزارش یک مورد

مژگان کرم نیا ی فر[۱*]، مریم صنایع نادری[۱،۲]، حدیث محمدیان[۱]
[۱] مرکز تحقیقات زنان زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات سلولی-مولکولی و سلول‌های بنیادی صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران، ایران

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماری‌های مزمن مهم در زنان سنین باروری است، که بارداری را به یک وضعیت پرخطر تبدیل می‌کند. بارداری در این بیماران با افزایش خطر بروز عوارض مادری و جنینی از جمله پره‌اکلامپسی، محدودیت رشد داخل رحمی جنین، زایمان زودرس، جداشدگی جفت و تشدید عملکرد کلیه همراه است. مدیریت این بیماران نیازمند ارزیابی دقیق پیش از بارداری، مراقبت‌های تخصصی و همکاری تیمی بین رشته‌ای است. در این مقاله، موردی از بارداری همراه با نارسایی مزمن شدید کلیه و عوارض شدید مامایی گزارش می‌شود.

معرفی مورد: بیمار، خانمی ۳۶ ساله (G_1P_1) با سابقه نارسایی مزمن شدید کلیه، در هفته بیست‌وششم بارداری به علت افزایش فشار خون به بیمارستان مراجعه کرد. بررسی‌های بالینی و پاراکلینیکی، تشخیص پره‌اکلامپسی شدید، محدودیت شدید رشد داخل رحمی جنین، اختلال در داپلر شریان بند ناف و دکولمان جفت را مطرح نمود. با توجه به وخامت وضعیت مادر و جنین، پس از انجام اقدامات حمایتی شامل تجویز بتامتازون، سولفات منیزیم و داروهای کنترل‌کننده فشار خون، بیمار تحت سزارین اورژانسی همراه با میومکتومی قرار گرفت. نوزاد دختر نارس با وزن ۶۳۰ گرم متولد شد و به علت سندرم دیسترس تنفسی و باز ماندن مجرای شریانی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری گردید.

نتیجه‌گیری: بارداری در زنان مبتلا به نارسایی مزمن شدید کلیه با خطر بالای بروز عوارض تهدیدکننده حیات برای مادر و جنین همراه است. این گزارش بر اهمیت مشاوره پیش از بارداری، ارزیابی دقیق عملکرد کلیه، پایش مستمر در طول بارداری و مدیریت چندتخصصی به‌منظور تشخیص زودهنگام عوارض و انتخاب مناسب‌ترین زمان ختم بارداری تأکید می‌کند. همچنین، این مورد نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری به‌موقع و مداخله سریع می‌تواند نقش مهمی در کاهش عوارض مادری و بهبود پیامدهای نوزادی داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: نارسایی مزمن کلیه؛ بارداری؛ پره‌اکلامپسی؛ محدودیت رشد داخل رحمی جنین؛ دکولمان جفت؛ زایمان زودرس؛ گزارش مورد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۷

*نویسنده مسئول: محمدرضا ناطقی؛ مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
آدرس: تهران، شهرک اکباتان، فاز ۳، میدان بسیج، بیمارستان فوق تخصصی صارم.
کد پستی: ۱۳۹۶۹۵۶۱۱۱. تلفن: ۰۲۱۴۴۶۷۰۸۸۸. فکس: ۰۲۱۴۴۶۷۰۴۳۲.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه (CKD)[۱] یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن غیرواگیر است که با کاهش تدریجی و غیرقابل برگشت عملکرد کلیه‌ها مشخص می‌شود و به‌عنوان یک چالش مهم در نظام سلامت شناخته می‌شود [۱،۲]. شیوع این بیماری در سال‌های اخیر به‌دلیل افزایش بیماری‌هایی نظیر دیابت، پرفشاری خون، چاقی و بیماری‌های خودایمنی، روندی رو به افزایش داشته است. اگرچه نارسایی مزمن کلیه در سنین باروری نسبتاً کمتر مشاهده می‌شود، اما با توجه به افزایش کیفیت خدمات درمانی و بهبود بقا در این بیماران، تعداد بیشتری از زنان مبتلا به CKD وارد دوران بارداری می‌شوند [۳،۴]. از این‌رو، مدیریت بارداری در این گروه از بیماران به یکی از موضوعات مهم در حوزه طب مادر و جنین و نفرولوژی تبدیل شده است. بارداری در زنان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، هم برای مادر و هم برای جنین با مخاطرات فراوانی همراه است. تغییرات فیزیولوژیک طبیعی بارداری، از جمله افزایش حجم خون، افزایش برون‌ده قلبی، افزایش جریان خون کلیوی و افزایش نرخ فیلتراسیون گلومرولی (eGFR)[۲]، اگرچه برای حفظ رشد و تکامل جنین ضروری هستند، اما می‌توانند در بیماران مبتلا به اختلال عملکرد کلیه موجب تشدید آسیب کلیوی، کاهش بیشتر عملکرد نفرون‌های باقی‌مانده و تسریع پیشرفت بیماری شوند. علاوه بر این، اختلال در تنظیم مایعات و الکترولیت‌ها، فعال شدن سیستم رنین-آنژیوتانسین-آلدوسترون (RAAS)[۳]، التهاب مزمن و اختلال عملکرد اندوتلیال، زمینه را برای بروز عوارض شدید مادری و جنینی فراهم می‌کنند [۵،۶].

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که زنان مبتلا به CKD نسبت به جمعیت عادی، چندین برابر بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات فشارخون بارداری، به ویژه پره‌اکلامپسی[۴]، قرار دارند [۷،۸]. از سوی دیگر، افتراق پره‌اکلامپسی از تشدید بیماری زمینه‌ای کلیه در بسیاری از موارد دشوار بوده و همین

[۱] Chronic Kidney Disease
[۲] estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR)
[۳] The Renin–Angiotensin–Aldosterone System (RAAS)
[۴] Preeclampsia

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]
[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.2.3]

موضوع روند تشخیص و درمان را با پیچیدگی‌های فراوانی همراه می‌سازد. وقوع پره‌اکلامپسی در این بیماران معمولاً در سنین پایین‌تر بارداری رخ می‌دهد و شدت بیشتری دارد و اغلب منجر به ختم زودهنگام بارداری برای حفظ جان مادر و جنین می‌شود. از سوی دیگر، اختلال عملکرد جفت یکی از مهم‌ترین پیامدهای نارسایی مزمن کلیه در دوران بارداری است. کاهش خون‌رسانی رحمی–جفتی، آسیب اندوتلیال و اختلال در فرآیند طبیعی تهاجم تروفوبلاست‌ها سبب کاهش انتقال اکسیژن و مواد مغذی به جنین شده و زمینه بروز محدودیت رشد داخل رحمی جنین[۵]، کاهش مایع آمنیوتیک، اختلال در داپلر عروق بند ناف، زایمان زودرس، جداشدگی جفت و افزایش مرگ‌ومیر پری‌ناتال را فراهم می‌کند. این عوارض نه‌تنها بر سلامت مادر اثر می‌گذارند، بلکه با افزایش میزان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، بروز سندرم دیسترس تنفسی، عوارض ناشی از نارس بودن و افزایش مرگ‌ومیر نوزادی نیز همراه هستند [۹-۱۱].

شدت عوارض بارداری در زنان مبتلا به CKD ارتباط مستقیمی با مرحله بیماری، میزان کاهش eGFR، وجود پروتئینوری، کنترل فشار خون و بیماری‌های همراه دارد. به همین دلیل، اغلب راهنماهای معتبر بین‌المللی بر ضرورت ارزیابی دقیق وضعیت بیمار پیش از بارداری تأکید دارند [۱۲،۱۳]. در این ارزیابی، عملکرد کلیه، فشار خون، میزان پروتئینوری، نوع داروهای مصرفی و احتمال پیشرفت بیماری باید به‌دقت بررسی شود. همچنین لازم است بیمار و خانواده وی نسبت به خطرات احتمالی بارداری، از جمله تشدید نارسایی کلیه، نیاز به دیالیز، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین و حتی مرگ مادر یا جنین، آگاهی کامل داشته باشند تا تصمیم‌گیری آگاهانه صورت گیرد. امروزه مشاوره پیش از بارداری[۶] به عنوان یکی از ارکان اصلی مراقبت از زنان مبتلا به بیماری‌های مزمن کلیوی شناخته می‌شود. این مشاوره علاوه بر ارزیابی امکان بارداری، فرصت مناسبی برای کنترل فشار خون، اصلاح درمان‌های دارویی، پایدارسازی عملکرد کلیه و برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های چندتخصصی در طول بارداری فراهم می‌کند. با این وجود، در برخی موارد، بارداری بدون ارزیابی دقیق خطرات یا علی‌رغم وجود منع نسبی یا مطلق پزشکی رخ می‌دهد که می‌تواند با پیامدهای بسیار جدی برای مادر و جنین همراه باشد.

گزارش موارد نادر و پیچیده از جمله ابزارهای ارزشمند در ارتقای دانش بالینی و انتقال تجربیات درمانی محسوب می‌شوند. این گزارش‌ها می‌توانند به پزشکان در شناخت بهتر روند بیماری، چالش‌های تشخیصی، تصمیم‌گیری درمانی و انتخاب مناسب‌ترین زمان برای ختم بارداری در شرایط بحرانی کمک کنند. علاوه بر این، ارایه چنین مواردی می‌تواند بر اهمیت همکاری نزدیک میان متخصصان زنان و زایمان، نفرولوژی، طب مادر و جنین، بیهوشی و نوزادان در مدیریت بیماران پرخطر تأکید کند. در این مقاله، موردی از یک زن ۳۶ ساله مبتلا به نارسایی مزمن شدید کلیه گزارش می‌شود که در هفته بیست‌وششم بارداری با تابلوی بالینی پره‌اکلامپسی شدید، محدودیت شدید رشد داخل رحمی جنین، اختلال داپلر شریان بند ناف و جداشدگی جفت به مرکز درمانی مراجعه نمود و به‌دلیل وخامت وضعیت مادر و جنین، تحت سزارین اورژانسی قرار گرفت. اهمیت این گزارش، همزمانی چندین عارضه شدید مادری و جنینی بر بستر نارسایی مزمن کلیه و همچنین تأکید بر نقش حیاتی ارزیابی پیش از بارداری، مشاوره تخصصی و مدیریت چندرشته‌ای در بهبود پیامدهای مادر و نوزاد است.

معرفی مورد

بیمار، خانمی ۳۶ ساله ($G_1P_1A_0$) با سن حاملگی ۲۶ هفته، در تاریخ ۱۴۰۴/۱۱/۱۸ به‌دلیل افزایش فشار خون به بیمارستان فوق تخصص صارم تهران مراجعه نمود. بر اساس شرح حال، بیمار از قبل از بارداری مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بوده و تحت نظر متخصص اورولوژی خارج از مرکز درمانی قرار داشت. با وجود ابتلا به بیماری زمینه‌ای، بارداری برای وی از سوی پزشک معالج منع نشده بود. این در حالی بود که با توجه به شدت اختلال عملکرد کلیه، ادامه بارداری از دیدگاه تیم متخصص زنان و زایمان با خطر قابل توجه پیشرفت نارسایی کلیه، از دست رفتن عملکرد باقیمانده کلیه و حتی تهدید حیات مادر همراه ارزیابی می‌شد. در زمان مراجعه، بیمار از نظر بالینی مبتلا به پرفشاری خون شدید بود. بررسی‌های تکمیلی، تشخیص پره‌اکلامپسی شدید را مطرح نمود. همچنین سونوگرافی و ارزیابی داپلر، محدودیت شدید رشد داخل رحمی جنین همراه با اختلال در جریان خون شریان بند ناف را نشان داد. علاوه بر این، شواهد بالینی و پاراکلینیکی به نفع دکولمان جفت[۷] وجود داشت که با توجه به شرایط بحرانی مادر و جنین، تصمیم به ختم فوری بارداری اتخاذ شد.

به‌منظور کاهش عوارض نوزادی ناشی از زایمان زودرس و پیشگیری از تشنج ناشی از پره‌اکلامپسی، پیش از ختم بارداری، درمان دارویی شامل بتامتازون جهت تسریع بلوغ ریه جنین، سولفات منیزیم برای پیشگیری از اکلامپسی و متیل‌دوپا برای کنترل فشار خون آغاز گردید. سپس بیمار تحت عمل سزارین اورژانسی قرار گرفت و به‌دلیل وجود اندیکاسیون همزمان، میومکتومی نیز در حین عمل انجام شد. حاصل بارداری، تولد یک نوزاد دختر نارس با وزن ۶۳۰ گرم، قد ۳۰ سانتی‌متر و دور سر ۲۲ سانتی‌متر بود. نوزاد پس از تولد به‌دلیل نارس بودن شدید، سندرم دیسترس تنفسی (RDS)[۸] و باز ماندن مجرای شریانی (PDA)[۹] در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بستری و تحت درمان تخصصی قرار گرفت. این مورد، نمونه‌ای از بارداری پرخطر در زمینه نارسایی مزمن شدید کلیه است که با بروز همزمان پره‌اکلامپسی زودرس، محدودیت شدید رشد داخل رحمی جنین، اختلال داپلر بند ناف و دکولمان جفت همراه شد و ضرورت مداخله فوری و مدیریت چندتخصصی را ایجاب نمود.

[۵] Fetal Growth Restriction
[۶] Preconception Counseling
[۷] Placental Abruption
[۸] Respiratory Distress Syndrome
[۹] Patent Ductus Arteriosus

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]
[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.2.3]

بحث

بارداری در زنان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه یکی از پیچیده‌ترین شرایط بالینی در طب مادر و جنین محسوب می‌شود و همواره با افزایش خطر عوارض شدید مادری، جنینی و نوزادی همراه است [۱۴،۱۵]. اگرچه پیشرفت‌های حاصل‌شده در مراقبت‌های نفرولوژی و مامایی طی سال‌های اخیر امکان بارداری را برای بسیاری از این بیماران فراهم کرده است، اما همچنان مدیریت این بیماران به دلیل احتمال تشدید عملکرد کلیه، بروز اختلالات هیپرتانسیو بارداری، محدودیت رشد جنین، زایمان زودرس و افزایش مرگ‌ومیر مادر و نوزاد با چالش‌های فراوانی روبه‌رو است [۱۶]. از سوی دیگر، گزارش موارد بالینی نادر و پیچیده، نقش مهمی در افزایش آگاهی پزشکان، تبادل تجربیات درمانی و بهبود تصمیم‌گیری‌های بالینی ایفا می‌کند؛ به‌ویژه در شرایطی که همزمانی چندین عارضه شدید، روند درمان را دشوار ساخته و انتخاب بهترین راهکار درمانی مستلزم همکاری چندتخصصی باشد. از این‌رو، ارایه این گزارش مورد می‌تواند به درک بهتر چالش‌های مدیریت بارداری در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن شدید کلیه و اهمیت برنامه‌ریزی پیش از بارداری، پایش دقیق و مداخله به‌موقع در کاهش عوارض مادری و جنینی کمک کند.

در گزارش حاضر، یک زن ۳۶ ساله با سابقه نارسایی مزمن شدید کلیه، در هفته بیست‌وششم بارداری به دنبال افزایش شدید فشار خون به بیمارستان مراجعه نمود. ارزیابی‌های بالینی و پاراکلینیکی منجر به تشخیص پره‌اکلامپسی شدید، محدودیت شدید رشد داخل رحمی جنین، اختلال داپلر شریان بند ناف و دکولمان جفت شد. با توجه به وضعیت بحرانی مادر و جنین، پس از انجام اقدامات حمایتی و درمانی اولیه، شامل کنترل فشار خون، تجویز سولفات منیزیم و کورتیکواستروئید جهت بلوغ ریه جنین، بارداری با سزارین اورژانسی خاتمه یافت. نوزاد دختر نارس با وزن ۶۳۰ گرم متولد شد و به دلیل نارس بودن شدید و ابتلا به سندرم دیسترس تنفسی و بازماندن مجرای شریانی، در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری شد. این مورد، نمونه‌ای از همزمانی نارسایی مزمن شدید کلیه با عوارض شدید جفتی و فشارخون بارداری است که اهمیت تشخیص زودهنگام، پایش مستمر و مدیریت چندرشته‌ای را در بهبود پیامدهای مادری و نوزادی برجسته می‌سازد.

Harjai و Junnare در سال ۲۰۲۶ در یک مطالعه گذشته‌نگر با هدف مقایسه پیامدهای مادری و جنینی پره‌اکلامپسی زودرس و دیررس نشان دادند که پره‌اکلامپسی زودرس با شیوع بیشتر پره‌اکلامپسی شدید، زایمان پیش از موعد، وزن بسیار کم هنگام تولد، محدودیت رشد جنین، مرگ داخل رحمی، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و نمره آپگار پایین همراه است [۱۷]. یافته‌های گزارش حاضر نیز با نتایج این مطالعه همسو است؛ به‌طوری‌که بیمار مبتلا به پره‌اکلامپسی زودرس در هفته ۲۶ بارداری، به‌دلیل بروز محدودیت شدید رشد داخل رحمی، دکولمان جفت و وخامت وضعیت مادر و جنین، تحت سزارین اورژانسی قرار گرفت و نوزاد نارس با وزن بسیار پایین نیازمند بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان شد. این تطابق احتمالاً ناشی از اختلال شدید در خون‌رسانی رحمی–جفتی، نارسایی جفت و آسیب گسترده اندوتلیال در پره‌اکلامپسی زودرس است که در بیمار حاضر، وجود نارسایی مزمن شدید کلیه نیز به تشدید این فرآیندها و وخامت پیامدهای مادری و جنینی کمک کرده است [۱۷].

در سال ۲۰۲۶ در یک مطالعه مورد ـ شاهدی، با هدف بررسی پیامدهای بارداری و عوامل خطر در زنان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که توسط Li و همکارانش مورد بررسی قرار گرفت [۱۸]، نشان دادند که بارداری در این بیماران با افزایش قابل توجه عوارض مادری و نوزادی، از جمله پره‌اکلامپسی، زایمان زودرس، تولد نوزاد کوچک‌تر از سن بارداری (SGA) و سایر پیامدهای نامطلوب نوزادی همراه است. همچنین، پروتئینوری شدید، فشار خون مزمن و افزایش سطح کراتینین سرم به‌عنوان مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی معرفی شدند. یافته‌های گزارش حاضر نیز با نتایج این مطالعه همخوانی داشت؛ به‌طوری‌که بیمار مبتلا به نارسایی مزمن شدید کلیه با بروز پره‌اکلامپسی زودرس، محدودیت شدید رشد داخل رحمی جنین، زایمان زودرس و نیاز نوزاد به مراقبت‌های ویژه مواجه شد. این همخوانی احتمالاً ناشی از اختلال عملکرد کلیه، آسیب اندوتلیال، کاهش خون‌رسانی رحمی–جفتی و نارسایی جفت است که در بیماران مبتلا به CKD، خطر بروز اختلالات هیپرتانسیو بارداری و عوارض شدید جنینی را به‌طور قابل توجهی افزایش می‌دهد [۱۸].

یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر با هدف بررسی اثرات بلندمدت پره‌اکلامپسی بر عملکرد کلیه در سال ۲۰۲۵ توسط Davidson و همکاران در سال ۲۰۲۵ نشان داد که زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی، به‌ویژه موارد همراه با آسیب حاد کلیه، در معرض خطر بالای تداوم پرفشاری خون، کاهش eGFR، آلبومینوری و در نهایت پیشرفت به بیماری مزمن کلیه قرار دارند [۱۹]. نتایج مطالعه آنان همچنین نشان داد که بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به پره‌اکلامپسی زودرس، پیش از هفته ۳۴ بارداری زایمان کرده‌اند. یافته‌های گزارش حاضر نیز با نتایج این مطالعه همخوانی داشت؛ به‌طوری‌که بیمار با سابقه نارسایی مزمن شدید کلیه دچار پره‌اکلامپسی زودرس شد و به‌دلیل وخامت وضعیت مادر و جنین، بارداری در هفته ۲۶ خاتمه یافت. این همخوانی نشان داد که ارتباط بین اختلال عملکرد کلیه و پره‌اکلامپسی یک رابطه دوطرفه است؛ به این معنا که بیماری مزمن کلیه احتمال بروز پره‌اکلامپسی را افزایش می‌دهد و متقابلاً پره‌اکلامپسی نیز می‌تواند موجب تشدید آسیب کلیوی و تسریع پیشرفت بیماری کلیوی شود. ازاین‌رو، پایش دقیق عملکرد کلیه و پیگیری طولانی‌مدت این بیماران پس از زایمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود [۱۹].

مرور مطالعات اخیر نشان می‌دهد که نارسایی مزمن کلیه یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بروز عوارض شدید بارداری، به‌ویژه پره‌اکلامپسی زودرس، محدودیت رشد داخل رحمی جنین، زایمان زودرس و افزایش مرگ‌ومیر و بیماری‌زایی نوزادی محسوب می‌شود. همچنین، وجود اختلال عملکرد کلیه، پروتئینوری و پرفشاری خون مزمن، احتمال بروز این عوارض را به‌طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، شواهد موجود بیانگر آن است که ارتباط میان نارسایی مزمن کلیه و پره‌اکلامپسی، یک ارتباط

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]
[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.2.3]

دوطرفه است؛ به‌گونه‌ای که بیماری مزمن کلیه زمینه‌ساز بروز پره‌اکلامپسی بوده و پره‌اکلامپسی نیز می‌تواند موجب تشدید آسیب کلیوی و تسریع پیشرفت بیماری شود. بیمار معرفی‌شده در این گزارش، نمونه‌ای از این ارتباط پیچیده است؛ به‌طوری‌که وجود نارسایی مزمن شدید کلیه زمینه را برای بروز پره‌اکلامپسی زودرس فراهم کرده و متعاقب آن، نارسایی جفت، محدودیت شدید رشد داخل رحمی جنین، اختلال داپلر شریان بند ناف و دکولمان جفت ایجاد شده است که در نهایت ختم اورژانسی بارداری را در هفته بیست‌وششم اجتناب‌ناپذیر ساخت. همخوانی یافته‌های این گزارش با مطالعات اخیر، اهمیت پایش دقیق زنان مبتلا به بیماری مزمن کلیه، مدیریت چندرشته‌ای و تصمیم‌گیری به‌موقع برای حفظ سلامت مادر و جنین را بیش از پیش نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

بارداری در زنان مبتلا به CKD همچنان یکی از پیچیده‌ترین و پرخطرترین شرایط در طب مادر و جنین محسوب می‌شود و با افزایش قابل توجه خطر پره‌اکلامپسی زودرس، نارسایی جفت، محدودیت رشد داخل رحمی جنین، زایمان زودرس و پیامدهای نامطلوب نوزادی همراه است. گزارش حاضر نشان می‌دهد که در چنین بیمارانی، تشخیص زودهنگام عوارض، پایش مستمر عملکرد کلیه و وضعیت جنین و همکاری نزدیک میان متخصصان زنان و زایمان، نفرولوژی، طب مادر و جنین و نوزادان، نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود پیامدهای مادری و نوزادی دارد. علاوه بر این، این گزارش بر اهمیت مشاوره پیش از بارداری در زنان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تأکید می‌کند. ارزیابی دقیق عملکرد کلیه، کنترل فشار خون، بررسی پروتئینوری، اصلاح درمان‌های دارویی و آگاه‌سازی بیمار از خطرات بالقوه بارداری، می‌تواند در انتخاب زمان مناسب بارداری و کاهش بروز عوارض شدید مادری و جنینی نقش مؤثری داشته باشد. در نهایت، انجام مطالعات آینده‌نگر با حجم نمونه بیشتر می‌تواند به تدوین راهکارهای مؤثرتر برای پیش‌بینی، پیشگیری و مدیریت این بیماران پرخطر کمک کند.

ملاحضات اخلاقی

در انجام این پژوهش، تمامی اصول اخلاق در تحقیق‌های پزشکی و زیستی مطابق با بیانیه هلسینکی رعایت شد و حفظ حقوق، کرامت، و حریم رازداری شرکت کننده لحاظ شد.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

هزینه‌های این طرح توسط مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم تأمین گردیده است

منابع

1. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney international supplements. 2022;12(1):7-11.

2. Emerole Ph.D M.Sc O.D CG, Osim E, Emerole C. The Burden and Management of Chronic Kidney Disease in Nigeria: The Role of the Physiologist in a Growing Public Health Challenge. International Journal of Multidisciplinary and Current Research. 2026:133-7.

3. Kim S, Lim CS, Han DC, Kim GS, Chin HJ, Kim SJ, et al. The prevalence of chronic kidney disease (CKD) and the associated factors to CKD in urban Korea: a population-based cross-sectional epidemiologic study. Journal of Korean medical science. 2009;24 Suppl(Suppl 1):S11-21.

4. Olanrewaju TO, Aderibigbe A, Popoola AA, Braimoh KT, Buhari MO, Adedoyin OT, et al. Prevalence of chronic kidney disease and risk factors in North-Central Nigeria: a population-based survey. BMC nephrology. 2020;21(1):467.

5. Fitzpatrick A, Mohammadi F, Jesudason S. Managing pregnancy in chronic kidney disease: improving outcomes for mother and baby. International journal of women's health. 2016;8:273-85.

6. Piscitani L, Sipari P, Di Pietro LO, Bussolaro S, Guido M, Fantasia I. Kidney and Pregnancy: A Comprehensive Review. Clinics and Practice. 2025;15(10):189.

7. Deodhare KG, Pathak N. Hypertension and associated complications in pregnant women with chronic kidney disease. World journal of nephrology. 2024;13(4):100680.

8. Haudiquet M, D'Incau M, Letouzey V, Moranne O. A systematic review on the determinants of long-term kidney sequelae after hypertensive diseases of pregnancy. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2025;104(7):1254-73.

9. Fox R, Kitt J, Leeson P, Aye CYL, Lewandowski AJ. Preeclampsia: Risk Factors, Diagnosis, Management, and the Cardiovascular Impact on

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]

[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.2.3]

the Offspring. Journal of clinical medicine. 2019;8(10).

10. Andronikidi PE, Orovou E, Mavrigiannaki E, Athanasiadou V, Tzitiridou-Chatzopoulou M, Iatrakis G, et al. Placental and renal pathways underlying pre-eclampsia. International journal of molecular sciences. 2024;25(5):2741.

11. Martini C, Saeed Z, Simeone P, Palma S, Ricci M, Arata A, et al. Preeclampsia: Insights into pathophysiological mechanisms and preventive strategies. American Journal of Preventive Cardiology. 2025;23:101054.

12. Srialluri N, Thavarajah S. CKD in reproductive-aged women: a call for early nephrology referral and multidisciplinary care. BMC nephrology. 2024;25(1):444.

13. Piccoli GB, Ahmed SB, Fakhouri F, Garovic VD, Hladunewich MA, Jesudason S, et al. Women and kidney health: conclusions from a Kidney Disease: improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. Kidney international. 2025.

14. Gouveia IF, Silva JR, Santos C, Carvalho C. Maternal and fetal outcomes of pregnancy in chronic kidney disease: diagnostic challenges, surveillance and treatment throughout the spectrum of kidney disease. Jornal brasileiro de nefrologia. 2021;43(1):88-102.

15. Hui D, Hladunewich MA. Chronic kidney disease and pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 2019;133(6):1182-94.

16. Piccoli GB, Zakharova E, Attini R, Ibarra Hernandez M, Orozco Guillien A, Alrukhaimi M, et al. Pregnancy in Chronic Kidney Disease: Need for Higher Awareness. A Pragmatic Review Focused on What Could Be Improved in the Different CKD Stages and Phases. Journal of clinical medicine. 2018;7(11).

17. Harjai US, Junnare KK. Maternal and Fetal Outcomes in Early-Onset vs. Late-Onset Preeclampsia: A Retrospective Study at a Tertiary Care Institute in India. Cureus. 2026;18(1):e102711.

18. Li T, Li T, Yu X, Zhang L, Chen H. Pregnancy outcomes and risk factors analysis in patients with chronic kidney disease: a nested case-control study. BMC pregnancy and childbirth. 2026;26(1).

19. Davidson B, Bramham K, Manning K, Osman A, Blumenthal A, Clark K, et al. Impact of Preeclampsia on Long-Term Kidney Function in a Low-Resourced Setting. Kidney Int Rep. 2026;11(2):103689.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]

[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.2.3]