



การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

(Care of Pregnant Women Complicated with Heart Diseases)

พว.นุณกร สุนทรชิต วท.บ., พ.บ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปัฒนศาสตร์และนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/170901



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.บ.พ.

CME PLUS

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคหัวใจในขณะยังไม่ตั้งครรภ์
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ
 - 2.1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในระยะก่อนเจ็บครรภ์คลอด
 - a. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจเมื่อแรกฝากครรภ์
 - b. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในขั้นตอนการติดตาม
 - c. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจขณะตั้งครรภ์
 - 2.2 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในระยะเจ็บครรภ์คลอด
 - a. ควรคลอดเมื่อใด
 - b. ช่องทางการคลอด
 - c. การชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด และการเร่งคลอด
 - d. การพิจารณาการติดตามอาการผู้ป่วย
 - e. การให้ยาบรรเทาปวด และยาระงับความรู้สึก
 - f. การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อเป็นการป้องกันภาวะ infective endocarditis (IE) (antibiotic prophylaxis for infective endocarditis)
 - 2.3 การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด
 - 2.4 ท่าที่ใช้ในการคลอด (Position during labor and delivery)
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในระยะหลังคลอด
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจประเภทต่าง ๆ

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

หลังผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลแล้วใน 24 ชั่วโมงแรกควรต้องให้พักอย่างจริงจัง ให้อยู่เฉพาะแคในเตียง หลังจาก 24-48 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยอาการดี ไม่มีเจ็บหน้าอก แรงดันโลหิตและการเต้นของหัวใจปกติ ไม่มีอาการหัวใจวายหรือช็อก ก็อาจให้เริ่มนั่งได้โดยการช่วยเหลือของพยาบาล การให้ผู้ป่วยนั่งโดยการช่วยนี้จะช่วยลดอาการแทรกซ้อนหลายอย่าง โดยเฉพาะพัลโมนารีเอมีโบลิตสม การถ่ายปัสสาวะลำบาก แผล bed sore กระดูกกร่อน ปวดบวม และ shoulder-hand syndrome การเคลื่อนไหวระยะแรก ๆ จะสำคัญมากในคนสูงอายุ และโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เราไม่ได้ให้ยากันเลือดแข็งตัวเป็นลิ่ม อนึ่ง ภาวะการทำงานของหัวใจจะน้อยลงไปขณะนั่งเมื่อเทียบกับในขณะที่นอน



นอกจากการพักทางร่างกายเพื่อลดความต้องการออกซิเจนและภาระการทำงานของหัวใจแล้ว การพักผ่อนทางจิตใจก็มีผลและมีความจำเป็นเช่นเดียวกัน ต้องหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างกะทันหัน ไม่ว่าจะเป็นการดีใจ เสียใจ หรือกังวลอย่างมากก็ตาม ผู้มาเยี่ยมควรเป็นคนสนิทในครอบครัวเท่านั้น และไม่มีการให้โทรศัพท์มาเยี่ยมหรือคุย ห้อง ซี.ซี.ยู. ควรสงบเงียบ ผู้ป่วยควรได้รับยากล่อมประสาทอ่อน ๆ ตลอดกลางวัน ได้รับยานอนหลับในเวลากลางคืน เช่น Flurazepam 15-30 มก. ก่อนนอน ถ้ายังไม่ได้ผลอาจต้องให้ยาพวกบาร์บิตุเรทสำหรับยากล่อมประสาทให้เวลากลางวันอาจเป็นไดอะซีแพม 2-10 มก. หรือ Chlordiazepoxide 5-10 มก. วันละ 4 ครั้ง

การให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกมากมีความจำเป็นมาก โดยทั่วไปมักจะให้มอร์ฟีน 10-15 มก. หรือเมเพอริดีน 50-100 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 4 ชั่วโมง แต่บางครั้งอาจมีอาการเจ็บมากในระยะแรก ๆ อาจจะต้องให้หลายครั้งใน 2-3 ชั่วโมงแรก ถ้าฉีดเข้ากล้ามเนื้อไม่ได้ผลอาจฉีดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ มีน้อยรายที่อาการเจ็บหน้าอกอยู่นานเกิน 24-48 ชั่วโมง การให้มอร์ฟีนในขนาดสูง ๆ หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำต้องระวังการกดการหายใจและความดันเลือดตก เนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว มอร์ฟีนอาจทำให้หัวใจเต้นช้าลงได้ เพราะฉะนั้นควรระวังในผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นช้าอยู่แล้ว แต่มักจะแก้ได้โดยให้อะโทรปีนเพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจ และหลีกเลี่ยงการคลื่นไส้อาเจียน แพทย์มักจำกัดอาหาร ใน 3 วันแรกอาจให้วันละ 1,000 แคลอรี และจำกัดเกลือไม่เกินวันละ 2 กรัม หลังจากนั้นอาจเพิ่มอาหารขึ้นช้า ๆ อาหารบางอย่างมักจะห้ามในระยะ 1-2 วันแรก เช่น กาแฟ น้ำและอาหารเย็นจัด อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ T wave ไปในทางลบได้ แพทย์มักจะแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจวาย หรือช็อก มักจะถือว่าจำเป็น แต่ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน การให้ออกซิเจนไม่แน่ว่าจะมีประโยชน์หรือไม่ โดยทั่วไปแพทย์มักนิยมให้กันแม้ว่าผู้ป่วยพวกนี้จะมีออกซิเจนในเลือดลดลง แต่ก็ไม่มากนักและไม่รุนแรงพอจะทำให้เกิดอาการขาดออกซิเจนได้ ทางด้านจิตใจผู้ป่วยมักจะรู้สึกสบายขึ้นถ้าให้ออกซิเจนทางจมูกไว้





การระวังเรื่องการถ่ายอุจจาระก็มีความสำคัญเช่นกัน ใน 2-3 วันแรกผู้ป่วยมักไม่ถ่าย แต่หลังจากนั้นมักจะมีปัญหาซึ่งอาจมีอุจจาระแข็งด้วย การเบ่งอุจจาระหรือปัสสาวะจะมีอันตรายเพราะหัวใจอาจเต้นผิดจังหวะ หรือหยุดเต้น หรือเกิดการหัวใจวายได้ จึงมักให้ยาทำให้อุจจาระอ่อน เช่น dioctyl calcium sulfosuccinate 240 มก. หรือ bisacodyl 1-2 เม็ดต่อวัน หรือให้ milk of magnesia หรือ mineral oil 15 ลบ.ซม. ก่อนนอน บางคนอาจบ่นเกี่ยวกับท้องอืดหรือแน่นท้อง และไม่ตอบสนองต่อยาถ่ายที่กล่าวมาแล้ว อาจสวน fleet enema ซึ่งมักจะปลอดภัย ไม่ทำให้เกิดการเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะหลังจาก 5-7 วันไปแล้ว

การให้ยากันเลือดแข็งตัวเป็นลิ่มในระยะหลังไม่มีใครมีผู้ให้ และในปี พ.ศ. 2497 Wright ได้รายงานว่าการให้ยากันเลือดแข็งตัวเป็นลิ่มลดอัตราการตายและการเกิด thromboembolism โดยอัตราการตายลดจาก 23 เปอร์เซ็นต์ มาเหลือ 16 เปอร์เซ็นต์ หลังจากนั้นการให้ยากันเลือดแข็งตัวเป็นลิ่มจึงเป็นที่นิยมแพร่หลายในการรักษา แต่การวิจัยต่อมาไม่สามารถยืนยันการลดอัตราการตายในผู้ป่วยพวกนี้ได้ คงมีแต่ผลป้องกันการเกิด thromboembolism เท่านั้น ซึ่งก็ลดอัตราการตายได้ไม่มากนัก โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงอาการแทรกซ้อนจากการตกเลือดในอวัยวะต่าง ๆ เนื่องจากยาออกฤทธิ์มากไป ในปัจจุบันคงเลือกให้เฉพาะผู้ป่วยที่มีโอกาสที่จะเกิด pulmonary embolism สูง เช่น ผู้ป่วยอายุมากต้องนอนอยู่นาน ๆ และมีภาวะหัวใจวาย หรือมีการอักเสบของหลอดเลือดดำร่วมด้วยเท่านั้น แพทย์มักจะเลือกใช้ warfarin โดยให้ระดับ prothrombin time อยู่ในราว 20-30 เปอร์เซ็นต์ของค่าปกติ ขนาดมักเริ่มให้ด้วย 30-40 มก. ในครั้งแรก



และต่อไปให้วันละ 2.5-10.0 มก. แต่แพทย์บางท่านก็ไม่นิยมให้ยาขนาดมากในวันแรก โดยให้เพียง 10 มก./วัน ใน 4-5 วันแรก ยาอื่นที่ใช้ เช่น thrombolytic agent อย่าง streptokinase หรือให้ยาต้านเกล็ดเลือดจับตัว เช่น ASA หรือ pyridamol เป็นต้น แต่ผลก็ไม่เป็นที่ประทับใจ

หน่วยบริหารโรคโคโรนารี หรือ ซี.ซี.ยู

เมื่อผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในห้อง ซี.ซี.ยู. จะได้รับการดูแลโดยใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลผู้มีความชำนาญ ในการบริหารผู้ป่วยพวกนี้ ตรวจ vital signs จะทำอย่างน้อยทุก ๆ 4 ชั่วโมง แต่อาจจะบ่อยกว่านั้นถ้าผู้ป่วยมีอาการหนัก monitor คลื่นไฟฟ้าหัวใจดูจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ถ่ายรังสีทรวงอก เมื่อแรกรับ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบหายใจหรือระบบไหลเวียน ตรวจ serum enzymes ดูปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อาจทำทุกวันใน 2-3 วันแรก ในระยะแรกผู้ป่วยอาจจะได้รับสารละลาย เข้าหลอดเลือด มักจะให้ 5% D/W หยดช้า ๆ เพื่อมีความจำเป็นจะต้องให้ยาเพื่อการรักษาทางหลอดเลือดอย่างรีบด่วน

เชื่อว่าการมี ซี.ซี.ยู. จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยจากประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ให้เหลือประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้โดยลดอัตราการตายจากหัวใจหยุดเนื่องจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ แต่การตายจากช็อกหรือหัวใจวายนั้น ซี.ซี.ยู. ไม่ช่วยลดอัตราการตายได้เท่าไรเลย

ปัญหาว่าจะให้ผู้ป่วยอยู่ ซี.ซี.ยู. นานเท่าไรนั้น ก็ต้องแล้วแต่อาการของผู้ป่วยและเตียงที่จะรับผู้ป่วย ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยซึ่งมีอาการช็อก หัวใจวาย มีการเต้นผิดจังหวะของหัวใจที่รุนแรง และยังมีอาการเจ็บหน้าออก รุนแรงบ่อย ๆ ควรจะอยู่ใน ซี.ซี.ยู. จนกว่าอาการจะดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนนั้น บางแห่งรับไว้ใน ซี.ซี.ยู. ระหว่าง 5-7 วัน ถ้าไม่มีอาการผิดปกติอะไรจึงย้ายออก แต่ในประเทศไทยเรา แพทย์หลายท่านมักให้อยู่ใน ซี.ซี.ยู. เพียง 3-5 วัน แล้วก็ย้ายออกเนื่องจากมีเตียงจำกัด รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจด้วย แม้ว่าผู้ป่วยมักจะมีอัตราการตายสูงใน 72 ชั่วโมงแรกหลังเข้ามาโรงพยาบาล (อัตราการสูงมากใน 24 ชั่วโมงแรก) ก็ตาม แต่ก็มีผู้รายงานว่า 31 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่ตายในโรงพยาบาล ตายหลังจากได้รับอนุญาตให้ออกจาก ซี.ซี.ยู. แล้ว





การลดการเสียหายหรือการตายของกล้ามเนื้อที่ขาดเลือดมาเลี้ยงกำลังเป็นที่น่าสนใจกันมากในการรักษาขณะนี้ โดยทั่วไปก็โดยลดความต้องการออกซิเจนของหัวใจ เช่น ลดการบีบตัว ลดอัตราการเต้นหรือภาวะทำงานของหัวใจ เช่น ลด prelude หรือ afterlude เป็นต้น หรือไม่เช่นนั้นก็เพิ่มปริมาณเลือดให้ไหลมาบริเวณขาดเลือดเพิ่มขึ้น

1. การลดความต้องการออกซิเจน

- ยาพวก beta-adrenergic blockade
- Intraortic balloon counter pulsation
- Reduction of excessive prelude or afterlude

2. เพิ่มปริมาณเลือดไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารี

- Intraortic balloon counter pulsation

3. ให้เกิด redistribution of flow to ischemic area

- Nitroglycerin
- Isosorbide dinitrate

4. ลดการบวมของเซลล์

- Hyperosmotic mannitol
- Corticosteroid

5. เพิ่มการให้พลังงานแก่เซลล์

ใช้สารละลาย Glucose – Insulin – Potassium (G.I.K. solution)

6. เพิ่มการซึมผ่านเยื่อเซลล์

- Hyaluronidase

7. เพิ่มออกซิเจนในเลือด

เพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนที่หายใจเข้าไป

วิธีเท่าที่ใช้อยู่ในขณะนี้ส่วนใหญ่ ได้แก่ การลดปริมาณความต้องการออกซิเจนของหัวใจ โดยการลดการบีบตัวด้วยยา beta-adrenergic blockade หรือลด prelude โดยลดปริมาตรของเลือดด้วยการให้ยาขับปัสสาวะ



หรือลด afterload โดยใช้ nitroglycerin หรือ sodium nitroprusside หรือใช้ hydralazine ซึ่งเป็นยาขยายหลอดเลือด และมีประโยชน์มากในภาวะหัวใจวาย การเพิ่มออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อโดยปริมาตรเลือดไหลเวียนนั้น ยาพวก nitroglycerin หรือ isosorbide dinitrate หรือ pyridamol ไม่ใช่ยาขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยตรง แต่มียาใหม่ ซึ่งมีฤทธิ์ที่การลดการเกร็งตัวของหลอดเลือด โดยต้าน Ca^{++} ion เช่น verapamil หรือ nifedipine เป็นต้น ที่กำลังได้รับความสนใจ และมีรายงานออกมามากในปัจจุบัน

การผ่าตัดโดยใช้ coronary bypass graft ในขณะที่ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก็มีผู้กระทำกัน แต่มีอัตราตายสูง และผลที่ได้ก็ยังไม่แน่นอน

การรักษาอาการแทรกซ้อน

ที่พบบ่อยคือ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ เกือบทุกรายจะพบว่ามี ventricular ectopic beat มากบ้างน้อยบ้าง ประโยชน์ของการให้ยารักษาการเต้นผิดจังหวะไม่มีข้อสงสัย แต่การให้ยาเพื่อป้องกันยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ อย่างไรก็ตาม การรับผู้ป่วยไว้รักษาใน ซี.ซี.ยู. ทำให้สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้อย่างรวดเร็วเมื่อเกิดอาการขึ้น การรักษาอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การเต้นผิดจังหวะชนิดต่าง ๆ อาการหัวใจวาย อาการช็อก เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ การทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อ การผิดปกติของลิ้นหัวใจ การทะลุของหัวใจ เอ็มโบลิสซึมของปอด และหลอดเลือดแดง

การฟื้นฟูสุขภาพ

ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากหลังจากทุเลาแล้ว ความผิดปกติทางระบบไหลเวียนอาจมีน้อยมากหรือไม่มีเลย การสำรวจพบว่า 85 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปทำงานได้ใน 2-4 เดือน แต่ก็เป็นที่น่าเสียใจว่าผู้ป่วยเป็นจำนวนมากไม่ได้กลับไปทำงานเนื่องจากกลัวว่าจะกระทบกระเทือนต่อหัวใจของตน หรือเพราะแพทย์ห้ามไม่ให้กลับไปทำ ผู้ป่วยจำนวนมากจะเกิดอาการกังวลและซึมเศร้า การอธิบายให้เข้าใจและการฟื้นฟูสุขภาพจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งอาจเริ่มได้ตั้งแต่ยังอยู่ใน ซี.ซี.ยู. การฟื้นฟูสุขภาพแบ่งได้เป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะอยู่ใน ซี.ซี.ยู. ระยะประมาณ 3-5 วัน
2. ระยะที่ย้ายออกจาก ซี.ซี.ยู. แล้ว แต่ยังอยู่ในโรงพยาบาล ระยะประมาณ 2-4 สัปดาห์
3. ระยะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ระยะประมาณ 3-8 สัปดาห์
4. ระยะเริ่มทำงาน ระยะหลังจากสัปดาห์ที่ 8

ระยะอยู่ใน ซี.ซี.ยู.

ถ้าไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการอื่น ๆ ในวันแรกอาจให้นอนบนเตียง แต่ยอมให้เคลื่อนไหวพลิกตัวได้เอง ควรให้มีการเคลื่อนไหวทางขาได้บ้าง ถ้าอาการดีใน 2-3 วันต่อมาอาจให้เข้านั่ง ให้ช่วยตัวเองเพิ่มขึ้น เช่น โคนหนุน รับประทานอาหารเองได้ ในวันที่ 3-5 อาจให้ลงนั่งถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะข้างเตียง และนั่งบนเก้าอี้ได้ การให้มีอิริยาบถเคลื่อนไหวได้มากขึ้นแล้วแต่ดุลยพินิจของแพทย์ โดยอาศัยอาการ อายุ ขนาดของอินฟาร์กต์ การตรวจอื่น ๆ และอาการของผู้ป่วยเมื่อทำกิจวัตรเหล่านี้เป็นหลักในการพิจารณา การนอนนาน ๆ ทำให้การปรับตัวโดยประสาทควบคุมระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะระบบไหลเวียนทำงานเลวลง หัวใจจะเต้นเร็วกว่าปกติเมื่อออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย มีอาการหน้ามืดจากความดันตกในท่ายืน ปริมาตรเลือดไหลเวียน (circulating blood



volume) ลดลง โดยทั่วไปพลาสมาจะลดลงมากกว่าปริมาตรเม็ดเลือด ปริมาตรของปอด และ vital capacity ลดลง มีดุลลบของไนโตรเจนและแคลเซียมเมตะบอลิซึม ระดับโปรตีนในซีรัมลดลง เลือดเพิ่มความหนืดขึ้น และการไหลเวียนเลือดที่ช้าลงทำให้เกิด thrombosis ในหลอดเลือดดำได้ง่าย นอกจากนี้การมีความกังวลใจและซึมเศร้าทำให้เกิดการตายอย่างกะทันหันได้ง่ายขึ้น

ระยะย้ายออกจาก ซี.ซี.ยู. แล้ว

ผู้ป่วยในระยะนี้เริ่มให้มีอริยาบถเคลื่อนไหวมากขึ้น นั่งนานขึ้น และเริ่มหัดเดินภายในห้อง และไปห้องน้ำเอง ในระยะหลัง ๆ ก่อนกลับบ้านอาจให้เดินข้างนอกห้อง หรือเดินเล่นในสวนได้ การจะให้ออกกำลังกายมากนักอย่าแค่นั้น เริ่มเมื่อไหร่ แพทย์แต่ละคนมีหลักเกณฑ์ของตนแต่แตกต่างกันไป นอกจากเกี่ยวกับอริยาบถแล้ว แพทย์ยังต้องคำนึงถึงเหตุอื่น ๆ เช่น อาหาร การสูบบุหรี่ เป็นต้น รวมทั้งการรักษาโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ ในโรงพยาบาลบางแห่งจะมีโครงการรื้อฟื้นสุขภาพอย่างจริงจัง ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรที่ชำนาญหลายสาขา เช่น ที่มหาวิทยาลัยอีเมอรัลตีในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

ระยะพักฟื้นที่บ้าน

ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีการออกกำลังกายมากขึ้นเพื่อเตรียมตัวกลับไปทำงานใน 8-12 สัปดาห์ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะกลัวว่าถ้าออกกำลังกายมากเกินไปแล้วจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำอีก ซึ่งเป็นเรื่องที่แพทย์จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และมั่นใจถึงความปลอดภัยในการออกกำลังกายตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยหญิงมักได้รับอนุญาตให้ทำงานบ้านได้ และหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้กำลังมาก ผู้ป่วยชายอนุญาตให้ทำงาน เช่น นั่งทำงานเกี่ยวกับเขียน-อ่านหนังสือได้เมื่อสิ้น 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยควรจะมีโอกาสได้เดินวันละ 1-2 ไมล์ โดยแบ่งเป็นวันละ 2 ครั้ง และอาจเดินได้เร็วถึง 3½ ไมล์ต่อชั่วโมง





ระยะกลับไปทำงาน

โดยทั่วไปจะเริ่มให้ผู้ป่วยเริ่มกลับไปทำงาน 6-8 สัปดาห์หลังเกิดภาวะนี้ โดยเริ่มทำงานใน 8-12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ควรทำงานที่ต้องใช้กำลังมาก เช่น เป็นกรรมกรแบกหาม แม้ว่าหัวใจเขายังทำงานได้ปกติ แต่หัวใจที่มีโรคเราก็กไม่ควรให้เสี่ยงกับการต้องทำงานอย่างหักโหม ควรจะถนอมไว้เพื่อให้มันได้ทำงานนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การป้องกันโรค

การป้องกันโรคแบ่งได้เป็น 2 อย่าง คือ

1. Primary Prevention มีการป้องกันโรคหลอดเลือดโคโรนารีตีบ ซึ่งก็คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งหรือเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็พยายามไม่ให้มันเลวลง หรือถ้าจะเลวลงก็เลวลงด้วยอัตราช้าลง

2. Secondary Prevention คือ การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งคงทำได้ยาก เพราะจากการตรวจศพทหารที่ตายในสงครามพบว่าแม้แต่ทหารอายุน้อย ๆ ก็มีโรคหลอดเลือดแข็งแล้ว แต่การป้องกันไม่ให้โรคเลวลงอย่างรวดเร็วอาจทำได้โดยการรักษาพวก “risk factors” ต่าง ๆ เช่น การลดไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การลดน้ำหนัก การรักษาโรคร่วม เช่น ความดันสูง หรือเบาหวาน

สำหรับโรคหลอดเลือดแข็งเมื่อเกิดขึ้นแล้วในปัจจุบันยังไม่มียาอะไรที่มีประสิทธิภาพแน่นอนที่ทำให้หลอดเลือดแข็งนั้นทุเลาลงได้

การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำนั้นก็ได้มีการวิจัยหลาย ๆ อย่าง การให้ยาแก้อืดแข็งตัวเป็นลิ่มมีการค้นคว้ากันมาก รายงานที่ได้ออกมาก็ต่างกัน หลังจาก Veterans Administration Cooperative Study รายงานออกมาว่ายานี้ลดอัตราการตายของผู้ป่วยลง ทำให้แพทย์ใช้ยานี้อย่างกว้างขวาง แต่ปัจจุบันการใช้ได้เสื่อมความนิยมลงเพราะรายงานจากนักวิจัยอื่นไม่เห็นผลชัดเจน และถ้าดูจากการเกิดโรคแล้วนำที่ยานี้จะไม่ได้ผล ซึ่งการใช้แอสไพรินก็เช่นกัน แต่การใช้เอสโตรเจนขนาดสูง (เช่น 5 มก. ต่อวัน) มีรายงานว่าลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

■ อ่านต่อฉบับหน้า

