



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.บ.พ.

CME PLUS

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

(Care of Pregnant Women Complicated with Heart Diseases)

uw.กนกกร สุนทรขัตติ วก.บ., พ.ว.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/170901

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

ลักษณะหัวใจโดยทั่วไปพบว่าซิดและอ่อน ปวกเปียก ห้องต่าง ๆ ของหัวใจจะขยายพองขึ้น และในบางครั้งกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้นด้วย การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์พบว่าบริเวณรอบ ๆ เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ และรอบ ๆ หลอดเลือดจะมีเม็ดโลหิตขาว ซึ่งโดยมากจะเป็น lymphocyte และ macrophage ในรายที่มี

การติดเชื้อรุนแรง เช่น โปลิโอ จะพบ granulocyte เป็นจำนวนมากอยู่รอบ ๆ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่บวม และอาจมีเซลล์ตาย พยาธิสภาพเหล่านี้อาจกลับคืนสู่สภาพปกติได้เมื่อพ้นระยะรุนแรงของโรค หรืออาจเปลี่ยนเป็นเนื้อเยื่อพังผืดเกิดขึ้นระหว่างเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ

กลไกการเกิดโรค

มีสมมติฐานต่าง ๆ ดังนี้

A. เกิดจากท็อกซิน และปฏิกิริยาแอนติเจน-แอนติบอดี ข้อสันนิษฐานอันนี้ยังไม่มียหลักฐานเพียงพอที่จะอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้ชัดเจน

B. เกิดจากติดเชื้อไวรัสขณะอยู่ในครรภ์มารดา ถ้ามารดาติดเชื้อไวรัสในระยะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก จะทำให้กำเนิดเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการได้ เช่น หัดเยอรมัน หรือ coxsackie ไวรัส แต่ถ้ามารดาติดเชื้อไวรัสในระยะตั้งครรภ์หลังจะให้กำเนิดเด็กที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เช่น coxsackie ไวรัสเช่นกัน

C. จากเชื้อไวรัสโดยตรง ไวรัสจะเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรงทางกระแสเลือดซึ่งทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีการตอบสนองของร่างกายโดยมีเซลล์แทรกซึมเข้าไปอยู่รอบ ๆ หลอดเลือด

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ไข้ ซึ่งจะเป็นอยู่ 2-3 วัน บางครั้งจะมีท้องเดิน ไม่ดูดนม เบื่ออาหารร่วมด้วย

หลังจากนั้นเด็กจะซึม เพลีย และอาจมีอาการของภาวะหัวใจวายร่วมด้วย เช่น หายใจขัดหรือเร็ว เขียว ซึ่งจะเห็นได้ชัดที่รอบปากและจมูก ปลายมือและปลายเท้า หัวใจเต้นเร็ว ตับโต ฟังปอดได้ crepitation และ rhonchi อาการบวมในเด็กเล็กพบได้น้อยมาก ในบางครั้งเด็กอาจมาด้วยอาการช็อก ในเด็กเล็ก ๆ ถ้ามีอาการนี้มักเสียชีวิตเป็นส่วนใหญ่ในผู้ใหญ่จะรุนแรงน้อยกว่าเด็กเล็ก และพบว่ามีเจ็บหน้าอกร่วมด้วยบ่อยครั้งจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ

อาการชักเกิดเพราะ coxsackie B ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจและสมองอักเสบในเวลาเดียวกัน อาจพบมีข้ออักเสบร่วมด้วย เมื่อฟังอาจได้ยินเสียง pericardial rubs, ฟังได้เสียงควบ, หัวใจเต้นผิดปกติ เช่น ตื่นเร็วไปทั้งชนิดที่เกิดจากเอเตรียมหรือเวนทริเคิล หัวใจอาจเต้นช้า เช่น มี heart block ที่เป็นมาก ๆ อาจมี ventricular fibrillation และหัวใจหยุดเต้นได้

การตรวจอื่น ๆ

1. ภาพรังสีทรวงอกจะเห็นหัวใจโต โดยทั่วไปบางครั้งอาจมีเลือดคั่ง (congestion) ในปอดร่วมด้วย





2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบว่าผิดปกติได้ 91-100 เปอร์เซ็นต์ที่พบบ่อย ๆ (41-77 เปอร์เซ็นต์) คือ การเปลี่ยนแปลงของ ST-T นอกนั้นอาจพบ premature ventricular contraction, supraventricular tachycardia หรือ fibrillation และ A-V block

3. การตรวจหาเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุซึ่งอาจทำได้ โดย

3.1 การเพาะเชื้อไวรัสจากคอ อุจจาระ น้ำ จากเยื่อหุ้มหัวใจหรือจากกล้ามเนื้อหัวใจ ไวรัสจากคอและ อุจจาระในเด็กแรกเกิดจะพบได้ง่าย แต่ในผู้ใหญ่พบได้ยาก เพราะระยะระหว่าง viremia และอาการของกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบมักจะมาพร้อมกันแต่ในเด็กแรกเกิด และห่างกันในผู้ใหญ่

3.2 การตรวจทางเซโรโลยี โดยเจาะเลือด 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ เป็นน้ำเหลืองระยะ acute และ

convalescent แล้วส่งหาแอนติบอดีด้วยวิธี neutralization, complement fixation หรือวิธี hemagglutination inhibition

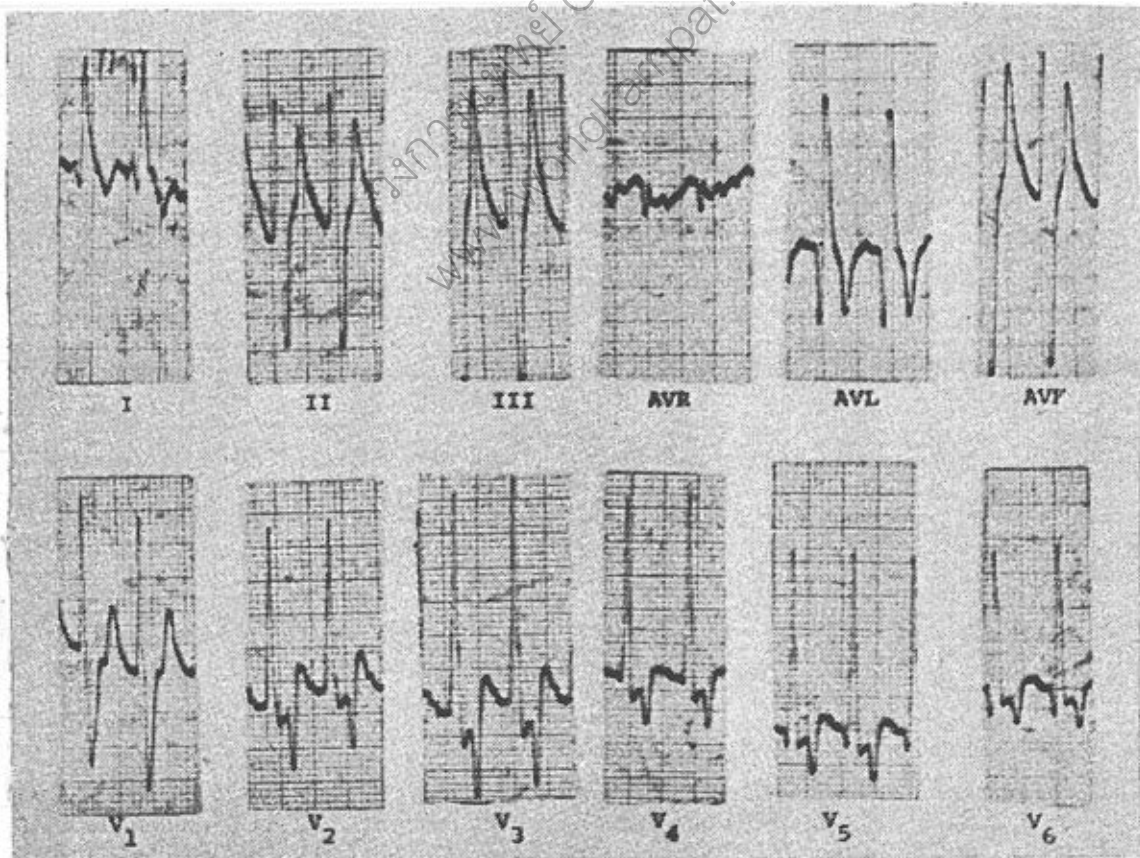
3.3 โดยตรวจพบว่ามีไวรัสในกล้ามเนื้อหัวใจ หรือน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจด้วยวิธี immunofluorescence และ กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน

หลักการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบในบางครั้ง อาจจะต้องใช้อาการทางคลินิกร่วมพิจารณาด้วย หรืออาจจะ ต้องเปรียบเทียบกับสิ่งแวดล้อม Lerner และ Wilson ได้แนะนำกฎเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคนี้ไว้ ดังนี้

A. High order associations

A.1 เพาะเชื้อไวรัสได้จากกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ หรือเยื่อหุ้มหัวใจ



ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากไวรัส แสดง ST depression โดยเฉพาะใน chest lead ข้างซ้าย

A.2 พบไวรัสที่กล้ำมเนื้อหัวใจ เยื่อบุ
ภายในหัวใจ หรือเยื่อหุ้มหัวใจ

B. Moderate order associations

B.1 เพาะเชื้อไวรัสได้จากลำคอหรืออุจจาระ
และมี type specific neutralizing, hemagglutination-
inhibiting หรือ complement fixing antibodies ขึ้น 4 เท่า
ในน้ำเหลืองระยะ acute และ convalescent

B.2 เพาะเชื้อไวรัสได้จากลำคอหรืออุจจาระ
และในขณะเดียวกันต้องมี type specific neutralizing
หรือ hemagglutination inhibiting antibodies ขึ้นครั้งเดียว
1 : 32 หรือมากกว่า

Moderate order associations ดังกล่าวแล้ว
จะเปลี่ยนเป็น high order association ถ้าพบว่าจาก
การสำรวจในคนปกติจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่พบไวรัสหรือ
แอนติบอดีต่อไวรัส หรือไวรัสที่แยกมาได้จากคอหรือ
อุจจาระของผู้ป่วยที่เป็นกล้ำมเนื้อหัวใจอีกเสบนั้น
สามารถทำให้เกิดโรคหัวใจอีกเสบในสัตว์ทดลองได้เหมือน
ในคน

C. Low order associations

C.1 เพาะเชื้อไวรัสได้จากลำคอหรืออุจจาระ

C.2 มี type specific neutralizing,
hemagglutination inhibition หรือ complement fixing
antibodies ขึ้นเป็น 4 เท่าในน้ำเหลืองระยะ acute และ
convalescent

C.3 มี type specific neutralizing หรือ
hemagglutination inhibiting antibodies ขึ้นครั้งเดียวเท่ากัน
หรือมากกว่า 1 : 32

Low order associations ดังกล่าวแล้วจะเปลี่ยน
เป็น moderate order associations ถ้าทำการสำรวจ
ในคนที่เป็นปกติจำนวนหนึ่งโดยไม่พบเชื้อไวรัสหรือ
แอนติบอดี

การวินิจฉัยแยกโรค

1. **Glycogen Storage Disease** ชนิดที่มีพยาธิสภาพ
ของหัวใจรวมด้วยคือ Pompe's disease หรือ Cori's
type II เป็นโรคที่พบได้น้อย พบในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี
อาการของโรคจะไม่ปรากฏหลังคลอด แต่จะเห็นได้ชัดเมื่อ
อายุประมาณ 3-6 เดือน และมักเสียชีวิตจากภาวะหัวใจวาย
ในอายุน้อย ๆ คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะมี PR-interval สั้น,
เวเนตรีเคิลโต, QRS กว้าง และอาจมี ST-T ที่ผิดปกติ
ตรวจทางพยาธิและชีวเคมีจากหัวใจ ตับ และกล้ำมเนื้อ
จะช่วยในการวินิจฉัยโรค

2. **หัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดหลอดเลือดแดง
โคโรนารีกำเนิดผิดที่** เช่น มีหลอดเลือดโคโรนารีข้างขวา
หรือทั้งขวาและซ้ายออกจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารี
ชนิดที่พบบ่อยกว่าคือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีซ้ายออกจาก
หลอดเลือดแดงพัลโมนารี ผู้ป่วยมักมีอาการระหว่าง
อายุ 2-6 เดือน ซึ่งเป็นอาการเหมือนแองจิน่าที่พบ
ในผู้ใหญ่ เด็กจะมีอาการเจ็บปวด ซีด เขียว หายใจเร็ว
หัวใจเต้นเร็ว และเหงื่อแตก อาการเหล่านี้มักจะเป็นตอน
เด็กดูนอนและเป็นอยู่นาน 2-3 นาที ฟังหัวใจไม่มีเสียงฟู
แต่ตบโต ภาพรังสีทรวงอกพบหัวใจมีขนาดโตโดยทั่วไป
หรืออาจพบมี aneurysmal bulging ของเวเนตรีเคิลซ้าย
คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Q wave ใน lead I, aVL, QS หรือ QR
ใน V2-4 อาจถึง V6 ในบางรายอาจพบมี T wave กลับหัว
ใน standard limb leads และ left precordial leads เท่านั้น
การวินิจฉัยที่แน่นอนคือ การสวนหัวใจและฉีดสารทึบรังสี

3. **Primary Endocardial Fibroelastosis** พบ
ในเด็กเล็ก ๆ ซึ่งมีอาการของหัวใจวายภายในอายุ 6 เดือน
ถึง 1 ปี คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีเวเนตรีเคิลซ้ายโต และ T wave
เปลี่ยนแปลง 75-85 เปอร์เซ็นต์

4. **Familial Cardiomyopathy** โรคนี้มีประวัติ
พบในหมู่พี่น้อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการหัวใจวาย
เป็นลม และมีหัวใจเต้นไม่ปกติ หัวใจอาจมีเสียงฟูซึสโตลิก
ที่บริเวณลิ้นหัวใจเอออร์ติคหรือพัลโมนารีในรายที่
ช่องทางออกของเวเนตรีเคิลตีบ พบว่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจ



แสดงเวกเตอร์เคิลโตทั้งสองข้าง หรือโตข้างหนึ่งข้างใด จะพบ ST-T waves มีการเปลี่ยนแปลงและอาจมี W.P.W. syndrome ภาพรังสีทรวงอกจะพบหัวใจโตโดยทั่วไป ซึ่งเหมือน primary myocardial diseases

5. Medial Necrosis of Coronary Arteries

เป็นโรคที่พบได้น้อยมาก จะพบมีพยาธิสภาพที่ปอดและไต ร่วมด้วยเสมอ เด็กจะมาด้วยอาการเบื่ออาหาร อาเจียน ชีต เยี่ยว และหัวใจวาย และมีอายุไม่เกิน 3 เดือน คลื่นไฟฟ้าที่พบคล้ายกับที่พบใน glycogen storage disease แต่จะไม่ค่อยพบ Q wave ซึ่งเป็นลักษณะเด่นชัดที่พบ ในรายที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารีกำเนิดผิดที่

6. ภาวะหัวใจโตที่เกิดร่วมกับภาวะไตอักเสบเฉียบพลัน การตรวจปัสสาวะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบมี ไข่ขาว เม็ดเลือดแดง หรือ RBC cast และมีความดันโลหิตสูงซึ่งจะเป็นทางช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคนี้ได้ คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่แสดงลักษณะเฉพาะแต่อย่างใด นอกจากอาจพบว่ามี ST-T wave เปลี่ยนแปลงเท่านั้น

7. โรคหัวใจเพราะขาดวิตามินบี 1

ในผู้ใหญ่ อาจจะพบร่วมกับการขาดอาหารและวิตามินอื่น ๆ ในเด็ก มักจะพบได้ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และเป็นเด็กที่กินนมมารดาที่มีอาการของการขาดวิตามินบีหนึ่งด้วย ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะมีอาการซึม เบื่ออาหาร เสียงแหบ และมีอาการของหัวใจวายข้างขวามากกว่าข้างซ้าย จะพบว่า pulse pressure กว้าง และฟังได้เสียงควบ การตรวจ knee และ ankle jerks พบว่าเคาะไม้ได้ปฏิกิริยาตอบสนอง ภาพรังสีทรวงอกพบหัวใจโตโดยทั่วไป คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีลักษณะเฉพาะ อาจพบมี QT interval ยาวขึ้น, T wave กลับหัว การให้วิตามินบีหนึ่งแก่ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคนี้ และถ้าอาการของหัวใจวายดีขึ้นอย่างรวดเร็วใช้เป็นการรักษา เพื่อวินิจฉัยโรคได้

8. Endomyocardial Fibrosis

มีเนื้อเยื่อพังผืดที่ผนังบุภายในหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจะมาด้วยหัวใจโต และมีภาวะหัวใจวายทั้งซ้ายและขวา หรือมาด้วยอาการของก้อนเลือดหลุดไปอุดที่ไต ปอด และสมอง

คลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจมี atrial fibrillation, A-V และ intraventricular conduction defect อาจพบ low QRS voltage และ T wave เปลี่ยนแปลงไม่เฉพาะ

การดำเนินโรค

โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจาก coxsackie ไวรัส ถ้าเป็นในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีมักจะมีอาการรุนแรงรวดเร็ว และมีอัตราตายสูง แต่ในเด็กโตหรือผู้ใหญ่อาการจะไม่รุนแรง และส่วนใหญ่จะหายขาด

Helen ได้รายงานการระบาดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากไวรัส coxsackie B ในประเทศฟินแลนด์ 18 ราย มีอายุระหว่าง 8-54 ปี โดยไม่มีเสียชีวิตเลย

Smith ได้รายงานผู้ป่วยเป็นโรคเดียวกันอีก 10 ราย อายุระหว่าง 27-56 ปี โดยไม่มีเสียชีวิตเลยเช่นกัน

Berkovich รายงานระยะดำเนินของโรคจนผู้ป่วยหายดีที่สั้นที่สุด 2 สัปดาห์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจาก coxsackie ไวรัสอาจจะหายได้โดยสมบูรณ์ หรืออาจจะยังคงมีหัวใจโตอยู่เป็นเดือน หรือเป็นปี Burch เข้าใจว่าจะเป็นโรคเดียวกับ cardiomyopathy ชนิดเรื้อรังโดยได้พบไวรัสแอนติเจนในกล้ามเนื้อหัวใจด้วยวิธี fluorescent antibody

ภาวะแทรกซ้อน

a. ภาวะหัวใจวาย เป็นอาการแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ถ้าเกิดจาก coxsackie จะพบได้ 30-75 เปอร์เซ็นต์ และเป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

b. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ เป็นโรคแทรกซ้อนที่พบในผู้ใหญ่มากกว่าในเด็ก มีอาการเจ็บหน้าอกเป็นสำคัญ ฟังได้ pericardial rub ส่วนใหญ่จะหายขาดได้แต่ส่วนน้อยเกิด cardiac tamponade และ chronic constrictive pericarditis ได้

c. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ที่พบได้บ่อยคือ premature ventricular contraction, supraventricular tachycardia, A-V block, ventricular tachycardia และ fibrillation



d. Cardiomyopathy ส่วนน้อยของโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบที่ไม่หายจะยังคงมีหัวใจโตอยู่ ซึ่งแต่ก่อน ๆ เราเรียกว่า idiopathic cardiomegaly หรือที่ Burch เชื่อว่าเป็นโรคเดียวกับ cardiomyopathy ชนิดเรื้อรัง

e. Endocardial Fibroelastosis Berkovich เชื่อว่าภาวะนี้อาจจะมีส่วนสัมพันธ์กับการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจจาก coxsackie ไวรัส เพราะได้พบผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และมีภาวะนี้ร่วมด้วย

การรักษา

1. การพักผ่อน ควรให้นอนพักและห้ามลุกขึ้น โดยเฉพาะในระยะ 10 วันแรก หรือระยะที่โรคกำลังดำเนินรุนแรง เพราะได้มีการทดลองทั้งในคนและสัตว์ โดยทำให้คนหรือสัตว์ที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบขาดออกซิเจนหรือให้ออกกำลังกาย การเจริญเติบโตของไวรัสและความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น หลังจากพ้นระยะรุนแรงของโรคแล้วจึงค่อย ๆ ยอมให้ออกแรงเพิ่มขึ้นทีละน้อยจนเป็นปกติ

2. คอร์ติโคสเตียรอยด์ ได้มีผู้พยายามใช้ยานี้ในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ มีทั้งรายงานที่ได้ผลและไม่ได้ผล แต่จากการทดลองในสัตว์พบว่าถ้าให้สเตียรอยด์ในระยะที่โรคกำลังดำเนินรุนแรงจะทำให้การเจริญเติบโตของไวรัสและความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น จึงไม่สมควรที่จะใช้ยานี้ในระยะที่โรคกำลังดำเนินรุนแรง แต่ถ้าพ้นระยะนี้แล้วอาจจะให้สเตียรอยด์ได้ในกรณีที่อาการของโรคยังไม่ดีขึ้นด้วยการรักษาอื่น ๆ

3. ดิจิตาลิส และยาขับปัสสาวะ ให้เมื่อมีภาวะหัวใจวายเกิดขึ้นเท่านั้น

4. ยาปฏิชีวนะ ไม่มีข้อบ่งใช้ถ้าหากไม่มีโรคแทรกซ้อนจากแบคทีเรีย

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ (Disease of myocardium)

A. โรค Peripartum cardiomyopathy

A.1 ระยะตั้งครรภ์

- รักษาแบบภาวะหัวใจล้มเหลวทั่ว ๆ ไป
- ควรหลีกเลี่ยงยากกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor ในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่คลอด แต่ให้ได้ในระยะหลังคลอด
- ให้ออกซิเจนป้องกันการแข็งตัวของเลือดด้วย heparin
- ควรให้คลอดโดยเฉพาะในรายที่มีความผิดปกติของคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจตลอดเวลา
- ให้นอนพัก และจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ





A.2 ระยะเจ็บครรภ์คลอด

- ดูแลเหมือนในระยะตั้งครรภ์
- ให้ลองคลอดได้ แต่ควรให้การคลอดเป็นไปค่อนข้างเร็ว อาจใช้เข็มช่วยคลอด หรืออาจใช้วิธีการผ่าท้องทำคลอดเพื่อหลีกเลี่ยงการเบ่งคลอดซึ่งมีประโยชน์ต่อทารก และช่วยลดความเครียดต่อหัวใจที่เกิดจากการตั้งครรภ์ปกติอยู่แล้ว
- อาจใช้วิธี EA (Epidural anesthesia) ระวังความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด
- อาจใช้วิธีระงับความรู้สึกในการผ่าท้องทำคลอดได้ทั้งวิธี RA (Regional anesthesia) และ GA (General anesthesia)

A.3 ระยะหลังคลอด

- ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจากระยะเจ็บครรภ์คลอด
- ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดต่อจากระยะเจ็บครรภ์คลอด โดยให้เป็น warfarin ได้
- ดูแลเรื่องการคุมกำเนิดให้ดี

B. โรค Hypertrophic cardiomyopathy (HC)

เดิมมีชื่อเรียกว่า idiopathic hypertrophic subaortic stenosis และ hypertrophic obstructive cardiomyopathy

B.1 ระยะตั้งครรภ์

ส่วนใหญ่แล้วหญิงตั้งครรภ์ที่มี HC (Hypertrophic cardiomyopathy) สามารถทนทานดีตลอดการตั้งครรภ์ การดูแลหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มีดังต่อไปนี้ คือ

- จำกัดกิจกรรมโดยเฉพาะห้ามการออกกำลังกายหนัก (strenuous exercise) เพื่อป้องกันหัวใจเต้นเร็ว
- หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงท่าอย่างกะทันหัน เพื่อป้องกัน reflex vasodilatation และการลดลงของ preload



- ในกรณีที่มีอาการที่สัมพันธ์กับ diastolic ventricular dysfunction อาจใช้ยา beta-blocker, calcium channel blocker หรือยาขับปัสสาวะได้

B.2 ระยะเจ็บครรภ์คลอด

- หลีกเลี่ยงการชักนำให้เจ็บคลอดโดยใช้พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) เนื่องจากมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด แต่สามารถใช้ออกซิโทซินได้
- วิธีการคลอด: ให้ลองคลอดทางช่องคลอดได้ โดยให้ผ่าท้องทำคลอดเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ ให้ใช้เข็มเพื่อลดการเบ่งในระยะที่ 2 ของการคลอด
- การใช้วิธีการระงับปวดกรณีคลอดทางช่องคลอด: ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่
 - a. ใช้ combined SA (Spinal anesthesia) และ EA (Epidural anesthesia)
 - b. ใช้ pudendal, extended epidural analgesia และ low SA (Spinal anesthesia)
 - c. ใช้ continuous EA (Epidural anesthesia) และ local anesthesia/narcotic infusion
- การใช้วิธีระงับความรู้สึกกรณีผ่าท้องทำคลอด: ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่
 - a. ใช้ GA (General anesthesia) ได้ ห้ามใช้ single-shot SA (Spinal anesthesia)



ส่วนการใช้ EA (Epidural anesthesia) ยังเป็นที่ถกเถียง

- b. ให้ใช้ slowly titrated continuous EA (Epidural anesthesia) หรือ SA (Spinal anesthesia) ใช้ GA (General anesthesia) ได้ แต่ต้องให้ beta-blocker ก่อน

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความเห็นรวม ๆ เกี่ยวกับการให้วิธีระงับความรู้สึก หรือความเจ็บปวดกรณีคลอดทางช่องคลอด หรือผ่าท้องทำคลอด คือให้หลีกเลี่ยงการใช้ EA (Epidural anesthesia) และอีกความเห็นหนึ่งกล่าวว่าไม่ให้ใช้ทั้ง SA (Spinal anesthesia) และ EA (Epidural anesthesia) เลย

B.3 ระยะหลังคลอด

- ควรให้ผู้คลอดลุกขึ้นนั่งเพื่อป้องกันภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งถ้ามีก็รักษาโดยยาขับปัสสาวะ

- ควรควบคุมติดตามผู้คลอด โดยเฉพาะภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดหรือผ่าตัดใน ICU
- ให้ยาแก้ปวดให้เพียงพอ โดยอาจใช้ทาง Epidural หรือ Spinal หรือแบบที่ผู้คลอดควบคุมการให้เอง (patient controlled analgesia) หากสามารถกระทำได้
- ระวังการเสียเลือด และภาวะหัวใจเต้นเร็ว
- ให้สารน้ำทดแทนเมื่อมีข้อบ่งชี้

■ อ่านต่อฉบับหน้า

วงการแพทย์ CME 491
www.wongkarnpat.com

