



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.น.พ.

CME
PLUS

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

(Care of Pregnant Women Complicated with Heart Diseases)

พว.กนกกร สุนทรชิต วท.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 และยากระตุ้นความรู้สึก
 - 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

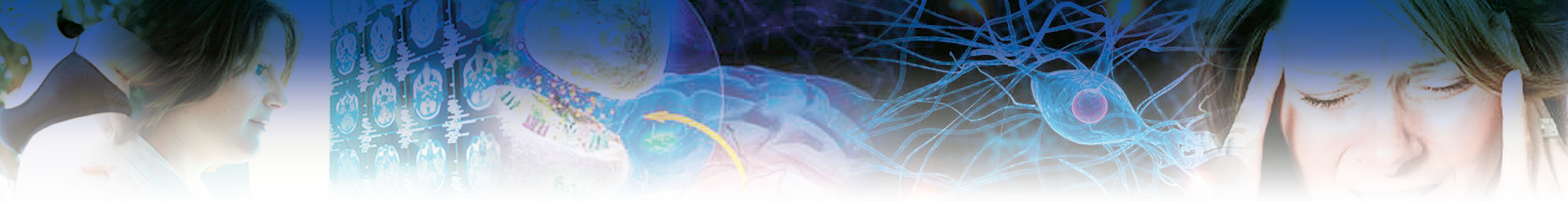
■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

ลิ้นเอออร์ติครั่ว

ส่วนใหญ่ของลิ้นเอออร์ติครั่วเกิดจากโรคหัวใจรูมาติก นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากโรคติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ, Marfan's syndrome, dissecting aneurysm, syphilitic aortitis, ankylosing spondylitis และ Reiter's disease สำหรับสาเหตุแต่กำเนิด และโรค Takayasu นั้นพบน้อยมาก

ลิ้นเอออร์ติครั่วที่เกิดจากโรคหัวใจรูมาติกจะพบว่าที่ลิ้นเอออร์ติคมีลักษณะหนาและสั้น บางครั้งอาจมีการติดกันของ commissures ได้ ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดมีลิ้นตีบร่วมด้วย

ส่วนลิ้นเอออร์ติครั่วจากโรค syphilis นั้นต่างจากโรคหัวใจรูมาติกตรงที่ขนาดของวงลิ้น และเอออร์ติคขยายใหญ่



ดังนั้น จึงมีแต่ลิ้นรั้ว ไม่มีลิ้นตีบ ส่วนในลิ้นรั้วซึ่งเกิดจาก infective endocarditis นั้น สาเหตุเกิดจากกลีบลิ้นทะลุเป็นรูรั้ว

เมื่อมีลิ้นรั้ว เลือดจากเอออร์ตาบางส่วนไหลกลับลงไปสู่เวนตริเคิลซ้าย ในขณะที่ไดแอสโตลมีปริมาตรเพิ่มขึ้น เวนตริเคิลซ้ายจึงขยายใหญ่ขึ้น และมีปริมาตรบีบตัว (stroke volume) เพิ่มขึ้น ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น ขณะที่ความดันไดแอสโตลิกจะต่ำลง เนื่องจากมีเลือดรั้วกลับเข้าไปในเวนตริเคิล หรือหลอดเลือดทั่ว ๆ ไปขยายตัวเพิ่มขึ้น

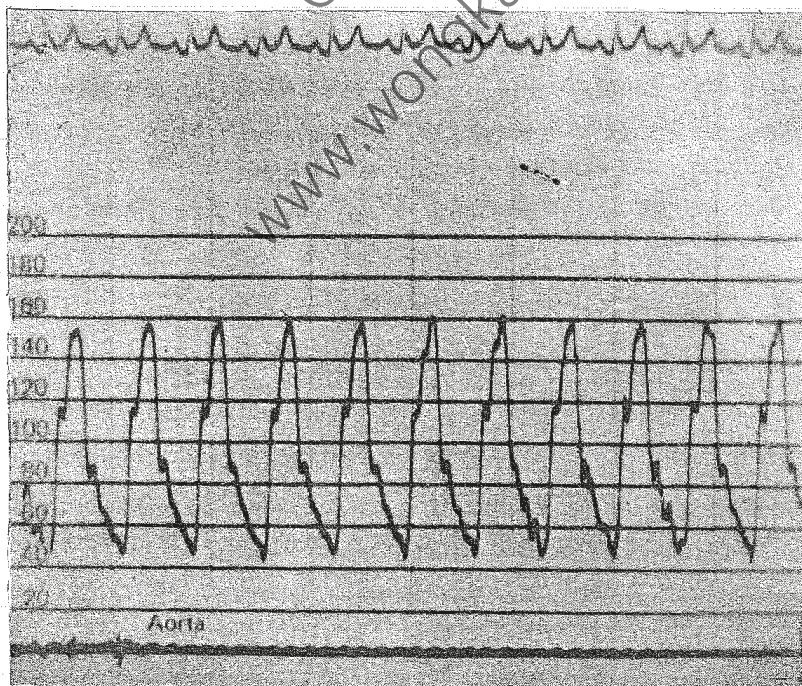
อาการ

การเต้นของหลอดเลือดที่คออาจแรงกว่าปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีเหงื่อออกมามากผิดปกติที่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกนี้ได้ อาการหอบเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ แต่สุดท้ายจะมีหอบในท่าราบ และ paroxysmal nocturnal dyspnea เกิดขึ้น แอ่งจิ้น่าไม่ค่อยพบบ่อยเหมือนภาวะลิ้นเอออร์ติคตีบ สาเหตุของแอ่งจิ้น่าอาจเกิดจาก

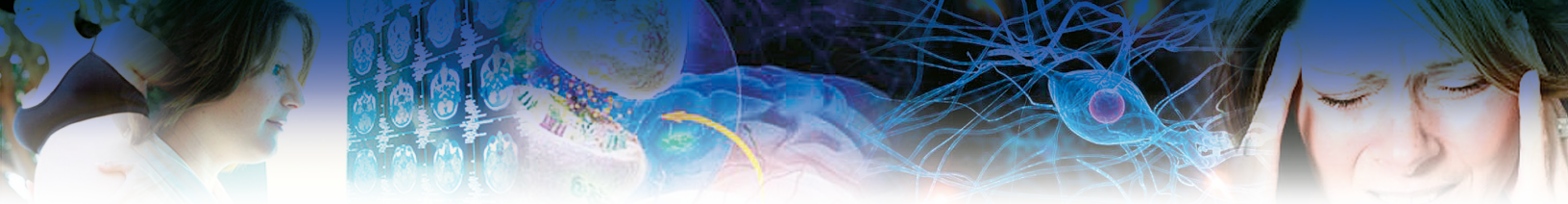
- a. กระแสเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารีลดลง เนื่องจากมีความดันไดแอสโตลิกต่ำ
- b. เวนตริเคิลซ้ายโต และผนังหนาตัวทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น
- c. ใน syphilis ของหลอดเลือดอาจเกิดพยาธิสภาพที่บริเวณหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้ตีบแคบลง และเลือดผ่านไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยกว่าปกติ
- d. ในคนสูงอายุอาจพบมีโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีร่วมด้วย

การตรวจร่างกาย

ในรายที่รั้วไม่มากอาจปกติ แต่ถ้าเป็นมากปานกลางหรือเป็นมาก ๆ จะมีปริมาตรบีบตัวเพิ่มขึ้น ทำให้มีความดันซิสโตลิกสูงกว่าปกติ และความดันไดแอสโตลิกต่ำลง จึงทำให้ pulse pressure กว้างขึ้น ในรายที่เป็นมาก ๆ Korotkoff sound จะได้ยินถึง 0 มม.ปรอท เนื่องจาก pistol shot sound ซึ่งได้ยินที่หลอดเลือดแดงตลอดเวลาอยู่แล้ว



ภาพความดันในหลอดเลือดแดงของผู้ป่วยที่มีลิ้นเอออร์ติครัวชนิดรุนแรง จะสังเกตเห็นว่าเสียงของความดันที่วัดได้ขึ้นและตกลงมาอย่างรวดเร็วมาก และความดันไดแอสโตลจริง ๆ วัดได้ประมาณ 50 มม.ปรอท ทั้ง ๆ ที่วัดด้วยเครื่องวัดความดันแบบฟังเสียงได้ถึง 0 มม.ปรอท



แต่ถ้าวัดโดยตรงในหลอดเลือดส่วนมากได้ความดันซิสโตลิก ระหว่าง 120-160 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิก มักจะต่ำกว่า 60 มม.ปรอท ในรายที่เป็นมาก ๆ ความดันซิสโตลิกอาจขึ้นได้ถึง 200 มม.ปรอท สำหรับความแตกต่างของความดันซิสโตลิกที่แขนและขาจะให้ค่าตรงข้ามจากกรณีปกติ โดยที่ระดับความดันซิสโตลิกที่ขาจะสูงกว่าที่แขนมากกว่า 20 มม.ปรอท (Hill's sign)

ชีพจรจะได้แรงผิดปกติเนื่องจากมีเวนทริเคิลซ้ายบีบตัวเร็วและแรง ทำให้มี rapid upstroke (Waterhammer pulse หรือ Collapsing pulse) Bisferiens pulse อาจพบได้ส่วนมากมักพบเมื่อมีลิ้นตีบร่วมอยู่ด้วย ในรายที่รั่วปานกลางหรือรั่วมาก ๆ จะเห็นการเต้นของ carotid pulse ที่คอชัดเจน (Corrigan's sign) ถ้าหากว่าเต้นแรงมาก ๆ ศีรษะจะสั่นไปตามจังหวะหัวใจเต้น (de Musset's sign)

ทั้งความดันเลือดและชีพจรที่กล่าวมาแล้วนี้ ไม่ได้พบเฉพาะในภาวะนี้อย่างเดียว อาจพบในภาวะอื่นที่มี hyperkinetic state เช่น โลหิตจางมาก ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ หรือมี A-V fistula ขนาดใหญ่

การคลำที่บริเวณหัวใจจะพบ apex beat อยู่นอกเกณฑ์ปกติไปทางด้านข้างและลงล่าง บ่งว่าขนาดเวนทริเคิลซ้ายขยายโตขึ้น มีแรงกระแทกแรงกว่าปกติ และมีบริเวณกว้างขึ้นด้วย แสดงว่าผนังของเวนทริเคิลซ้ายหนาตัวขึ้นด้วย ยังอาจจะคลำได้ diastolic thrill บริเวณด้านล่างข้าง ๆ กระจุกอก และ systolic thrill ในบริเวณของลิ้นเอออร์ติค เพราะมี relative aortic stenosis จากที่มีปริมาตรบีบตัวเพิ่มขึ้นมาก ๆ

การฟังจะได้เสียงฟูโดแอสโตลิกแบบ blowing ที่เกิดขึ้นทันทีหลังเสียงปิดของลิ้นเอออร์ติค มีลักษณะความถี่สูงและดังมากในส่วนต้น ๆ ของโดแอสโตล และลดลงเป็นลำดับ มักจะฟังได้ชัดเจนบริเวณด้านซ้ายข้าง ๆ ของกระจุกอก ระดับตั้งแต่ช่องซี่โครงที่ 3 ถึงช่องที่ 5 ถ้าได้ยินทางด้านขวา ร่วมกับแสดงว่าเอออร์ตาขยายขึ้นมาก และมักจะไม่ใช่สาเหตุจากโรคหัวใจรูมาติก เสียงฟูจะดังลง ถ้ามีภาวะหัวใจวายเกิดขึ้น ในรายที่ไม่แน่ใจว่ามีเสียงฟูอาจจะฟังชัดเจนขึ้น

ในทำนอง กัมตุมมาทางด้านหน้าขณะหายใจออกให้สุด หรือให้นั่งยอง ๆ ลงในกรณีหลัง เพราะแรงต้านการไหลของเลือดเพิ่มทำให้ลิ้นรั่วเพิ่มขึ้นชั่วคราว

Austin Flint murmur พบในรายที่ลิ้นรั่วมาก ๆ อาจเป็นได้ทั้งตอนก่อนซิสโตล หรือตอนกลางไดแอสโตล หรือสองอย่างก็ได้ อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นเสียงฟูของลิ้นไมตรัลตีบ แต่ที่จริงแล้วไม่มีพยาธิสภาพที่ลิ้นไมตรัลเลย ถ้าตรวจพบ atrial fibrillation, เสียงหนึ่งดังมี opening snap และหิ้นปุนจับบริเวณลิ้นไมตรัลจากรังสีทรงอก น่าจะมีลิ้นไมตรัลตีบอยู่ด้วยมากกว่าจะเป็น Austin Flint murmur นอกจากนี้การดม amyl nitrite อาจทำให้เสียงฟูของลิ้นเอออร์ติครั่ว และ Austin Flint murmur เบาลงเนื่องจากแรงต้านการไหลของเลือดลดลง แต่ถ้ามีลิ้นไมตรัลตีบจริง ๆ เสียงจะดังขึ้นกว่าเดิม

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจพบ left ventricular hypertrophy และ left axis deviation ถ้าเป็นมากจะพบ Q wave และ R wave สูง และ upright T wave, isoelectric หรือ elevated ST segment ใน V5, V6 ซึ่งเป็นลักษณะของ diastolic overloading แต่ในระยะหลัง ๆ ของโรคอาจมี ST depression และ inverted T wave ซึ่งเป็นลักษณะ systolic overloading ประมาณ 1 ใน 3 อาจจะมี prolonged PR interval นอกจากนี้ อาจพบ bundle branch block (intraventricular conduction disturbance), Wenckebach phenomenon ได้ Segal พบว่า atrial fibrillation พบได้น้อยมากถ้าลิ้นเอออร์ติครั่วเพียงลิ้นเดียว ถ้าพบน่าจะมีลิ้นไมตรัลตีบร่วมด้วย

รังสีทรงอก ในท่า postero-anterior และ left anterior oblique จะเห็นขนาดของเวนทริเคิลซ้ายโตขึ้น ส่วน ascending และ descending aorta ขนาดโตขึ้นด้วย บางครั้งอาจมีเอเตรียมซ้ายโตเล็กน้อย แต่ถ้ามี left atrial appendage หรือ pulmonary trunk โต แสดงว่ามีลิ้นไมตรัลตีบ

การวินิจฉัย ทำได้โดยอาศัยการตรวจร่างกาย และทางห้องปฏิบัติการดังได้กล่าวแล้ว ในการวินิจฉัยและวิเคราะห์ความรุนแรงอาจทำได้โดยการสวนหัวใจ และฉีดสารทึบรังสีเหมือนลิ้นเอออร์ติค

การดำเนินของโรค (Natural History)

ลิ้นเอออร์ติคั้วที่เกิดจากไข้วรูมาติคจะไม่หายไป ถึงแม้ไข้วรูมาติคจะหายแล้ว การร้วของลิ้นเอออร์ติคอาจจะร้วเล็กน้อยไปตลอด หรืออาจค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งเป็นอย่างมาก ๆ ก็ได้โดยมากจะเกิดหลังจากเป็นไข้วรูมาติคแล้ว 10 ปี ในรายที่มีเวนตรีเคิลซ้ายโตและผนังหนาขึ้น มีแองจิน่าและภาวะหัวใจวาย 33 เปอร์เซ็นต์จะเสียชีวิตใน 1 ปี และประมาณ 87 เปอร์เซ็นต์จะเสียชีวิตใน 6 ปี ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจวายอาการมักจะเลวลงเร็วมาก และจะเสียชีวิตภายใน 2 ปี

การรักษา

ในรายที่เป็นไม่รุนแรงมากนักอาจช่วยได้โดยพยายามอย่าให้ออกกำลังมากเกินไปให้ยาขับปัสสาวะ และดิจิตาลิส การผ่าตัดจะทำเมื่อเกิดภาวะหัวใจวายมากขึ้นหรือมีแองจิน่า หรือขนาดของหัวใจโตมากขึ้นเรื่อย ๆ

การผ่าตัดอาจใช้ได้ทั้งลิ้นหัวใจเทียม หรือลิ้น homograft ถ้าใช้ลิ้นหัวใจเทียมจำเป็นต้องให้ anticoagulant ด้วยตลอดไป แต่ถ้าใช้ลิ้น homograft ไม่จำเป็นต้องใช้ anticoagulant การผ่าตัดที่ได้ผลดีจะพบว่าหัวใจมีขนาดเล็กลงถึงแม้จะไม่เท่ากับขนาดปกติ และผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นมาก ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องให้การรักษาทางอายุรกรรมร่วมด้วยตลอดไป

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติคั้ว (aortic regurgitation: AR)

A. ระยะตั้งครรรภ์

ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรรภ์ที่เป็นโรค AR (Aortic regurgitation) ไม่ค่อยมีปัญหา เนื่องจาก SVR (systemic vascular resistance) ลดลง แต่ถ้าให้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น อาจพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งในปัจจุบันนี้มีความปลอดภัยค่อนข้างมาก

B. ระยะเจ็บครรรภ์ตลอด

B.1 วิธีการคลอด: ให้ลองคลอดทางช่องคลอดก่อน โดยให้ผ่าท้องทำคลอดเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

B.2 วิธีการระงับความเจ็บปวดครรรภ์ตลอด

ทางช่องคลอด: ใช้วิธี lumbar EA (epidural anesthesia)

B.3 วิธีการระงับความรู้สึกครรรภ์ผ่าท้อง

ทำคลอด: ใช้วิธี EA (epidural anesthesia) และใช้ GA (general anesthesia) ได้ด้วยความระมัดระวัง อย่าให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

C. ระยะหลังคลอด

ระวังภาวะหัวใจล้มเหลว

โรคลิ้นหัวใจไตรคัสปิด

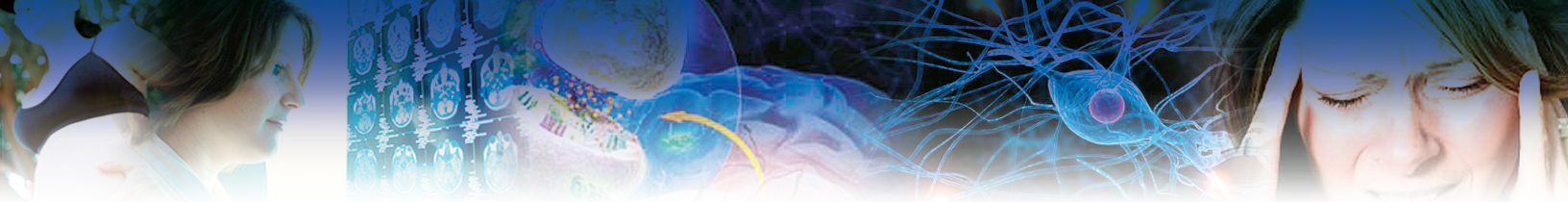
โรคของลิ้นไตรคัสปิดเป็นได้ทั้งตีบและร้ว และเกิดจากไข้วรูมาติคแทบทั้งลิ้น พยาธิสภาพที่ลิ้นไตรคัสปิดพบได้ประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ของโรคหัวใจรูมาติค แต่มักเป็นไม่มาก Functional tricuspid regurgitation เกิดขึ้นเนื่องจากหัวใจซีกขวาวายจากสาเหตุอะไรก็ได้ สาเหตุที่สำคัญของลิ้นร้วที่รองลงมาจากไข้วรูมาติค ได้แก่ การติดเชื้ที่ลิ้นนี้

ลิ้นไตรคัสปิดร้ว

มักเกิดจากหัวใจซีกขวาวาย และเกิดร่วมกับความดันในปอดสูง การแยก functional ออกจาก organic tricuspid regurgitation ทำได้ยาก นอกจากลิ้นร้วนั้นเกิดร่วมกับโรคของลิ้นไมตรัล และทำผ่าตัดลิ้นไมตรัลแล้ว การร้วของลิ้นไตรคัสปิดหายไป ก็คาดได้ว่าลิ้นที่ร้วนั้นเป็น functional ในผู้ป่วยบางคนทีลิ้นไตรคัสปิดร้ว และมีความดันเลือดปอร์ทัลสูงอย่างมากอาจทำให้เกิด secondary intestinal lymphangiectasia ซึ่งมี protein losing enteropathy และ lymphocyte depletion ได้

อาการ

ผู้ป่วยมักจะมีความรู้สึกว่าหลอดเลือด jugular pulse มองเห็นได้ชัดเจน ผู้ป่วยจะมีบวม มีท้องมานน้ำตบโต และดิซ่าน



การตรวจร่างกาย

ที่ jugular pulse จะเห็น v wave สูง ซึ่งการดู jugular venous pulse ควรให้ผู้ป่วยนั่งหรือยืนขึ้นจะเห็นได้ชัดเจนดีขึ้น ในผู้ป่วยที่มีจังหวะหัวใจปกติและมีลิ้นไตรคัสปิดรั่วไม่มากจะพบว่ามี a wave เท่ากับ v wave ถ้ามี atrial fibrillation เกิดขึ้น a wave ก็หายไปได้

ลิ้นไตรคัสปิดรั่วทำให้จำนวนของเลือดในเวนทริเคิลขวาเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงมองเห็น right ventricular impulse ได้ชัดเจนมาก ที่บริเวณข้างขวาของกระดูกอก และอาจคลำตบเต้นในขณะซิสโตล ร่วมกับมี v wave สูง ๆ เสียงฟู่ที่ฟังได้จะเป็นเสียงฟู่ตลอดซิสโตลที่มีความถี่สูง และได้ยินชัดเจนที่บริเวณของไตรคัสปิด ถ้าเวนทริเคิลขวาโตออกไปจนถึง apex ทำให้เสียงฟู่ดังไปที่ apex จนเข้าใจผิดได้ว่าเป็นเสียงฟู่ของลิ้นไมตรัลรั่ว ถ้าผู้ป่วยมีทั้งลิ้นไตรคัสปิดรั่วและลิ้นไมตรัลรั่ว เราอาจจะแยกเสียงฟู่ทั้งสองออกได้โดยค่อย ๆ ขยับ stethoscope ที่ละน้อยจาก apex ไปที่บริเวณของไตรคัสปิด จะพบว่าไม่มีบริเวณหนึ่งซึ่งไม่มีเสียงฟู่ให้เราได้ยิน ซึ่งบริเวณนี้จะช่วยให้เราแยกเสียงฟู่ทั้งสองออกจากกันได้ แต่อย่างไรก็ตาม เสียงฟู่ของลิ้นไมตรัลรั่วอาจดังไปถึงบริเวณของไตรคัสปิดได้เหมือนกัน สิ่งที่จะช่วยแยกเสียงฟู่ของลิ้นไตรคัสปิดรั่วก็คือ เสียงฟู่จะดังมากขึ้นขณะที่หายใจเข้า ซึ่งเนื่องจากเลือดกลับหัวใจเพิ่มมากขึ้น และเป็นผลทำให้เวนทริเคิลขวาบีบตัวเพิ่มขึ้นจึงมีกระแสเลือดรั่วย้อนเพิ่มขึ้นอีกด้วย และนอกจากนี้การเปลี่ยนเป็นท่านั่งหรือยืนซึ่งเลือดกลับหัวใจจะลดลง ทำให้สามารถได้ยินเสียงฟู่ของลิ้นไตรคัสปิดรั่วในขณะที่หายใจเข้าชัดเจนยิ่งขึ้น บางครั้งในรายที่ลิ้นรั่วมาก ๆ จะได้ยินเสียงฟู่เบามาก หรือไม่ได้ยินเลยก็ได้

เสียงสามของเวนทริเคิลขวาอาจดังขึ้นหรือลดลงขณะที่หายใจเข้าหรือออกได้ เช่นเดียวกับเสียงฟู่เหมือนกัน และอาจจะได้ยินเสียงฟู่ตอนกลางไดแอสโตล ทั้ง ๆ ที่ลิ้นนี้ไม่ตีบ แต่ถ้าเสียงฟู่นี้ดังมากและยาวมากแสดงว่ามีลิ้นตีบร่วมด้วย

ภาพรังสีทรวงอก ในท่า postero-anterior จะเห็นเออเทรียมขวายื่นออกมาตรงขอบล่างขวาของเงาหัวใจ

ซึ่งอาจพบทั้งในลิ้นตีบ หรือรั่ว หรือทั้งสองอย่างร่วมกันก็ได้ และไม่ค่อยช่วยในการวินิจฉัยมากนัก

ภาพเสียงหัวใจมีส่วนช่วยมาก โดยแสดงให้เห็นว่าเสียงฟู่ดังมากขึ้นขณะที่หายใจเข้า

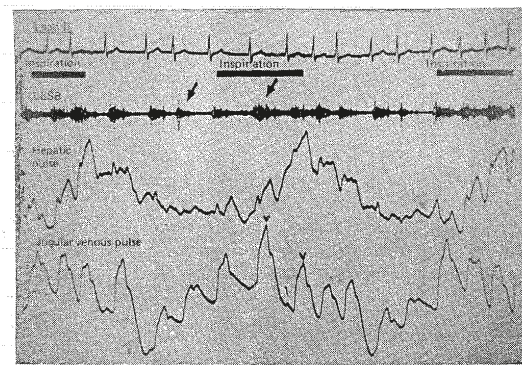
การดำเนินของโรค

Organic tricuspid regurgitation ไม่ค่อยพบบ่อยนัก ส่วนมากเป็น functional tricuspid regurgitation ที่พบร่วมกับโรคลิ้นไมตรัลตีบที่เป็นมานาน ๆ และมีความดันในวงจรพัลโมนารีสูงร่วมด้วย

การสวนหัวใจ มี v wave สูง ถ้าหากพบว่ามี ความดันในวงจรพัลโมนารีสูงมากร่วมด้วย ลิ้นที่รั่วมักจะเป็น functional มากกว่า organic tricuspid regurgitation



ภาพตรงลูกศรชี้เป็นบริเวณของเออเทรียมขวาที่โตมาก (ผู้ป่วยรายนี้เป็นลิ้นไตรคัสปิดรั่วที่ไม่ทราบสาเหตุ)



ภาพผู้ป่วยรายนี้มีความดันพัลโมนารีสูง และลิ้นไตรคัสปิดรั่ว บริเวณลูกศรชี้แสดงว่ามี pansystolic murmur ดังขึ้นขณะหายใจเข้า

การรักษา

ถ้าเป็น functional tricuspid regurgitation การให้การรักษาด้วยดิจิตาลิสและยาขับปัสสาวะจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ส่วนใหญ่แล้วการผ่าตัดลิ้นไมตรัลถ้าได้ผลดีจะทำให้ลิ้นไตรคัสปิดที่รั่วดีขึ้นด้วย แต่ถ้าลิ้นรั่วมาก ๆ จะไม่ดีขึ้น ลิ้นที่รั่วมาก ๆ อาจต้องช่วยโดยการซ่อมลิ้น หรือเปลี่ยนลิ้นโดยใช้ลิ้นเทียม

ลิ้นไตรคัสปิด

ในพวกที่มีลิ้นไตรคัสปิดตีบเกือบทุกรายจะมีลิ้นไมตรัลตีบร่วมด้วย Organic tricuspid regurgitation อาจเกิดร่วมกับลิ้นไตรคัสปิดตีบ และนอกจากนี้ยังพบได้อีกว่าในรายที่มีลิ้นไตรคัสปิดตีบมักมีเยื่อหุ้มหัวใจหนาตัวขึ้น ซึ่งสาเหตุที่พบร่วมกันนี้ไม่สามารถอธิบายได้

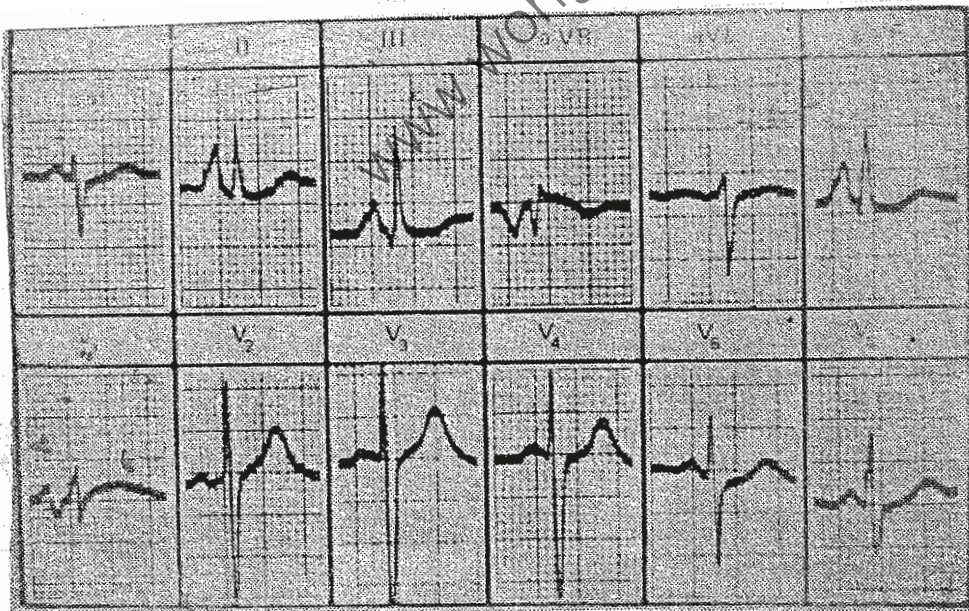
การตรวจร่างกาย

เนื่องจากลิ้นไตรคัสปิดตีบ ความดันเลือดในเอเวรียมขวาจะสูงขึ้น ถ้าจังหวะการเต้นยังเป็นปกติจะเห็น a wave

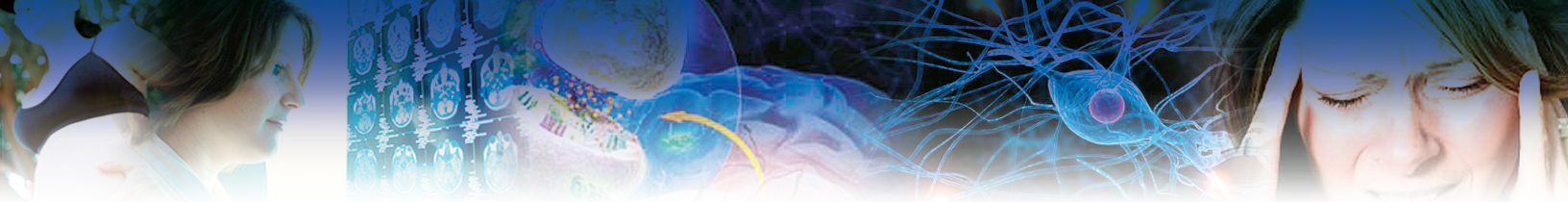
ของ jugular vein ได้ชัดเจน การคลำจะพบแรงกระแทกของเวนทริเคิลขวา อาจคลำได้ diastolic thrill บริเวณของไตรคัสปิด ซึ่งจะคลำได้ดีขึ้นขณะหายใจเข้า

การฟังจะพบเสียงฟู่ตอนก่อนซิสโตลที่บริเวณไตรคัสปิด ซึ่งมักมี pitch สูงกว่าของลิ้นไมตรัลตีบ และมีลักษณะเป็น crescendo-decrescendo ที่หายไปก่อนเสียงหนึ่ง เสียงจะดังมากขึ้นขณะหายใจเข้า ลักษณะที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของเสียงฟู่ ในรายที่จังหวะหัวใจปกติจะเป็นเสียงฟู่ตอนก่อนซิสโตล ไม่เป็นเสียงฟู่ตอนกลางไดแอสโตล ถ้าจังหวะเป็น atrial fibrillation เสียงฟู่จะเป็นแบบเสียงฟู่ตอนกลางไดแอสโตลแทน เสียง opening snap จะไม่ค่อยมีความสำคัญเหมือนของลิ้นไมตรัลตีบ เสียงสองจะไม่ดังมากเหมือนในรายที่มีลิ้นไมตรัลตีบ นอกจากนี้ยังอาจตรวจพบตับโตและท้องมานน้ำ เนื่องจากมีการคั่งเลือดมาก ๆ ได้

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ P wave จะสูงขึ้นและแหลม แสดงว่าเอเวรียมขวาโตโดยที่ไม่มีเวนทริเคิลขวาหนาตัวร่วมด้วย



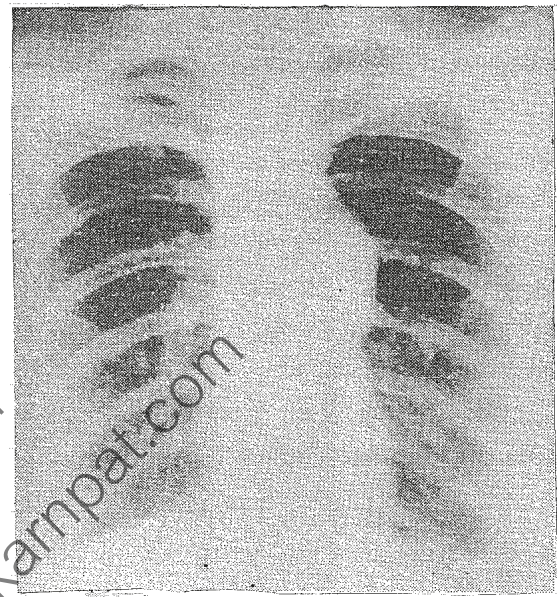
ภาพผู้ป่วยรายนี้มีลิ้นไมตรัลตีบและลิ้นไตรคัสปิดตีบ จะพบเวนทริเคิลขวาหนาตัว และ P wave สูงแหลมใน L₂, L₃ และ AVF (right atrial) และมี biphasic P wave ใน V₁ (left atrial) บ่งว่ามีเอเวรียมทั้งสองโตด้วย



โรคของลิ้นพัลโมนารี

ลิ้นพัลโมนารีตีบ

โดยมากเป็นแต่กำเนิดเสียมากกว่าเกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจรูมาติก, malignant carcinoid หรือ obstructive cardiomyopathy



ภาพการขยายโตขึ้นของหลอดเลือดแดงพัลโมนารีในผู้ป่วยที่มีลิ้นพัลโมนารีตีบ

ภาพรังสีทรวงอก ในท่า postero-anterior จะเห็นเออเทรียมขวาโตทำให้เงาขอบหัวใจด้านขวาโป่งออก ถ้าลิ้นไมตรีตีบร่วมด้วย ลักษณะของภาพรังสีทรวงอกจะมีเออเทรียมซ้ายโตด้วย

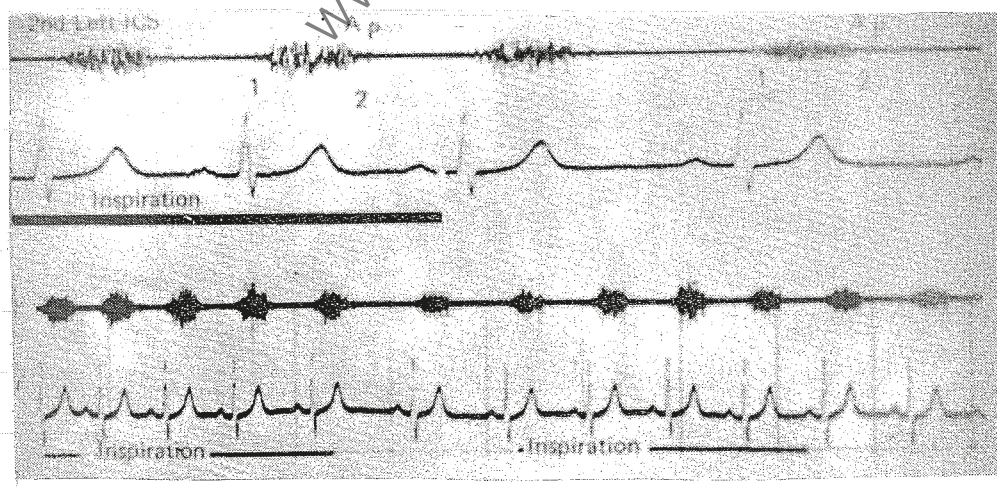
การสวนหัวใจ ถ้าเป็นนาน ๆ จะมีความดันเลือดเออเทรียมขวาสูงขึ้น a wave จะเด่นชัดผิดปกติ ถ้ามี atrial fibrillation จะไม่พบ a wave เพราะเลือดไหลผ่านลิ้นได้ลำบาก ทำให้ y descent จะค่อนข้างยาวมาก ที่สำคัญจะพบว่าความดันไดแอสโตลิกของเออเทรียมขวาจะสูงกว่าของเวนทริเคิลขวา

การดำเนินของโรค

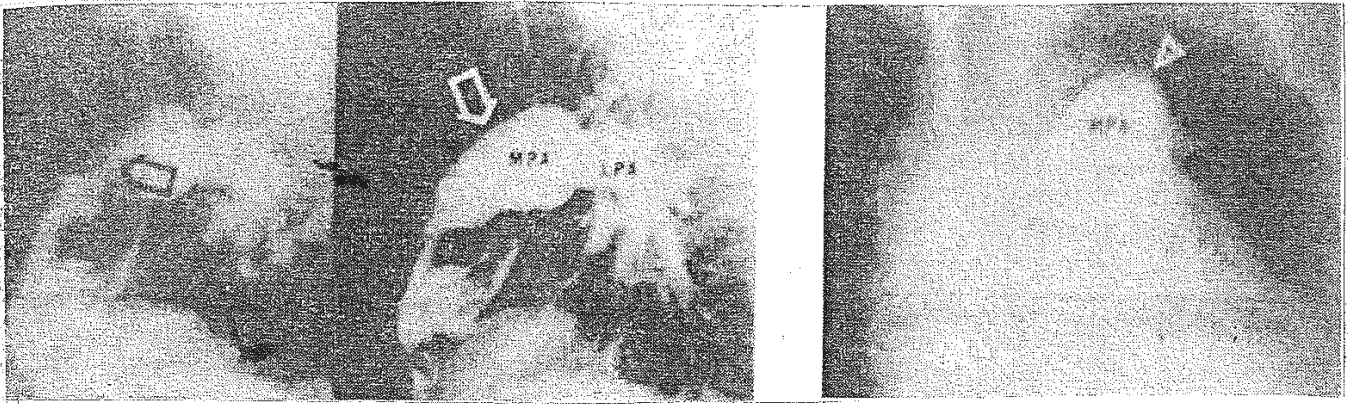
ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยมักจะมาหาแพทย์ เพราะสังเกตว่าบริเวณคอเต้นผิดปกติในระยะตอนท้าย ๆ ของโรคจะเริ่มพอมและมีท้องมานน้ำเกิดขึ้นด้วย

การรักษา

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักจะเป็นไม่มาก ซึ่งไม่จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัด แต่ถ้าผู้ป่วยเป็นมากควรทำการผ่าตัด การผ่าตัดโดยวิธี valvotomy ไม่ค่อยได้ผลดีนัก จึงมักเปลี่ยนใช้ลิ้นหัวใจเทียม



ภาพผู้ป่วยรายที่มีลิ้นพัลโมนารีตีบที่ค่อนข้างรุนแรง เห็นได้ว่ามีเสียงฟู่ซิสโตลิกแบบ ejection ไปถึงเสียงสองของ A₂ และเสียงสอง P₂ มาช้าและค่อนข้างเบา นอกจากนี้เสียงฟู่ยังดังมากขึ้นขณะที่มีการหายใจเข้าด้วย



A

B

C

ภาพการถ่ายภาพโดยใช้สารทึบรังสีในรายของผู้ป่วยที่มีลิ้นพัลโมนารีตีบอย่างรุนแรงในรูปแบบ (A) เห็นเวนทริเคิลขวาที่หนา และลิ้นพัลโมนารีหนาเป็นรูปโดม (B) นอกจากนี้ยังเห็นหลอดเลือดแดงพัลโมนารีส่วนต้นที่ขยายใหญ่ขึ้นด้วย (C)

ลิ้นพัลโมนารีรั่ว

สาเหตุของลิ้นพัลโมนารีรั่วโดยมากมาจากความดันเลือดในปอดสูง แต่บางครั้งอาจเกิดจากโรคติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ หรือเกิดจากการผ่าตัดที่ลิ้นพัลโมนารี หรือเกิดแต่กำเนิด เกือบทุกรายจะร่วมกับความดันเลือดในปอดสูง จะตรวจพบผู้ป่วยมีเสียงฟู่ต่อนต้นไคแอสโตลที่ช่องซีโครงที่ 2 หรือ 3 และดังมากขึ้นในขณะที่หายใจเข้า เรียกเสียงฟู่ชนิดนี้ว่า Graham Steel murmur ในบางครั้งแยกจากเสียงฟู่ของลิ้นเอออร์ติครั่วได้ยาก อาจใช้หลักต่อไปนี้ช่วยแยก คือ

1. เสียงฟู่ของลิ้นพัลโมนารีรั่วจะตรวจพบอาการของความดันเลือดในปอดสูง และผนังเวนทริเคิลขวาหนาตัว
2. ถ้าเป็นลิ้นเอออร์ติครั่วจะมี collapsing pulse และเวนทริเคิลซ้ายหนาตัว
3. การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนที่สุด ได้แก่ การฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดแดงพัลโมนารี และเห็นสารทึบรังสีรั่วเข้ามาในเวนทริเคิลขวา

ลิ้นพัลโมนารีรั่วไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทาง hemodynamic มากนัก การรักษาควรจะขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความดันเลือดในปอดสูง เช่น รักษา ลิ้นไมตรัลตีบ เป็นต้น

■ อ่านต่อบนหน้า