



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.น.พ.

CME PLUS

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

(Care of Pregnant Women Complicated with Heart Diseases)

พว.กนกกร สุนทรขจิต วท.บ., พ.บ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิบัณฑิตสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

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

อาการแทรกซ้อน ๆ ในระยะแรก

เนื่องจากต้องนอนอยู่เฉย ๆ หรืออาจจะหายใจไม่ได้อย่างเต็มที่เพราะเจ็บหน้าอก อาการแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจจึงมักเกิดขึ้น เช่น ปอดบวม หรือปอดแฟบ และเกิดเสมหะอุดหลอดลมได้ง่าย ผู้ป่วยอาจมีอาการตื่นเต้น ตกใจ กลัว หรืออาจมีอาการเสียสติได้ อาการทางท้องอาจมีอาการท้องอืดจนทำให้เกิดความดันเลือดต่ำ หรือหายใจลำบากได้ ลำไส้ไม่ทำงาน (paralytic ileus) ซึ่งมักพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจวาย หรือช็อก อาการตกเลือดในกระเพาะและลำไส้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาพวงมอร์ฟีน หรืออาการระส่ำระสาย พบได้บ่อย ๆ



หัวใจหยุดเต้นในระยะหลัง (late cardiac arrest)

แม้ว่าการเกิดเวทริกูลาร์ฟิบริลเลชัน หรือเวทริกิลหยุดเต้นมักจะเกิดบ่อยในเวลา 8 ชั่วโมงแรก แต่ประมาณกันว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นเกิดขึ้นในระยะหลัง ๆ เมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว

Williams และคณะ พบว่าประมาณ 8 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่ตายอย่างปัจจุบันเกิดขึ้นหลังจากได้ย้ายผู้ป่วยออกจาก ซี.ซี.ยู. แล้ว ปัจจัยชักนำต่าง ๆ ได้แก่ อาการช็อกที่เกิดขึ้นในสัปดาห์แรก การเต้นผิดจังหวะบ่อย ๆ เช่น เวทริกิลเต้นเกิน เวทริกิลเต้นเร็วผิดจังหวะ เวทริกูลาร์ฟิบริลเลชัน และ complete heart block ภาวะหัวใจวาย อาการเจ็บหน้าอกที่เป็นอยู่นาน ๆ หลาย ๆ วัน หัวใจโต และหัวใจที่เต้นเร็วอยู่ตลอดเวลา นอกจากนั้นแล้ว อารมณ์เครียด เช่น ความโกรธเคือง ดีใจ หรือเสียใจอย่างกะทันหัน หรือยาบางอย่างที่ทำให้ความดันโลหิตตก โดยเฉพาะมอร์ฟีน หรือยากล่อมประสาท ก็อาจมีส่วนทำให้หัวใจหยุดเต้นได้เช่นเดียวกัน

การพยากรณ์

ผู้ป่วยอาจตายได้ใน 3 ระยะ คือ

1. ระยะแรกก่อนเข้าโรงพยาบาล
2. ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล
3. ระยะหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว

ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล

มักจะตายจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ และหัวใจหยุดอย่างกะทันหัน ส่วนใหญ่จะเกิดจากเวทริกูลาร์ฟิบริลเลชัน ถ้าหากได้รับการช่วยเหลือทัน ประมาณ 75 เปอร์เซ็นต์จะสามารถรอดชีวิตได้





Armstrong และคณะ กับ Fulton และคณะ พบว่าประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยที่ตายจะตายภายใน 2 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ

ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล

อัตราการตายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการไหลเวียน

Killip ได้จำแนกผู้ป่วยเป็น 4 ระดับตามความรุนแรงของอาการ

ระดับ I ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจวายหรือช็อกร่วมด้วยเลย จะมีอัตราการตายราว 5-7 เปอร์เซ็นต์

ระดับ II ผู้ป่วยที่อาการหัวใจวายขนาดไม่รุนแรง หรือรุนแรงปานกลาง อัตราตายประมาณ 10-15 เปอร์เซ็นต์

ระดับ III ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจวายรุนแรง เช่น มีปอดบวมน้ำท่วมจะมีอัตราการตายประมาณ 20-50 เปอร์เซ็นต์

ระดับ IV ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจะมีอัตราการตายราว ๆ 60-80 เปอร์เซ็นต์

การผิดปกติของการไหลเวียนจะสัมพันธ์กับปริมาณกล้ามเนื้อที่ถูกทำลายไป ถ้ากล้ามเนื้อตายน้อยกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ ของกล้ามเนื้อเวนทริเคิลซ้ายทั้งหมด ส่วนมากมักไม่มีการผิดปกติ ถ้ากล้ามเนื้อตายราว ๆ 20-30 เปอร์เซ็นต์ มักจะเกิดภาวะหัวใจวาย ในรายที่มีอาการช็อกมักมีกล้ามเนื้อตาย 30-40 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

เพราะฉะนั้นก็อาจกล่าวได้ว่า การพยากรณ์โรคจะขึ้นอยู่กับ

1. ขนาดของกล้ามเนื้อตายไป ถ้ากล้ามเนื้อตายมาก เวนทริเคิลซ้ายจะทำงานผิดปกติจนเกิดภาวะหัวใจวายหรือช็อก โดยทั่วไปกล้ามเนื้อจะตายไม่มากในด้านล่าง แต่ถ้าเป็นทางด้านหน้า (anterior หรือ anteroseptal) กล้ามเนื้ออาจตายได้มาก ๆ ปริมาณของกล้ามเนื้อที่ได้รับอันตรายอาจวิเคราะห์ได้จากปริมาณของ ST-T segment



ที่ยกสูงขึ้นจาก อี.ซี.จี. ธรรมดา หรือดูจากวิธี precordial mapping นอกจากนี้ระดับเอนไซม์ในเลือดที่เจาะได้เป็นระยะ ๆ ก็อาจประมาณการตายของกล้ามเนื้อได้อย่างคร่าว ๆ

2. ประวัติเลือดมาเลี้ยงหัวใจไม่พอ เช่น ประวัติเจ็บหน้าอกแองจิ้นา หรือประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ก่อน
3. อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่สูงอายุก็จะมีอัตราตายสูงกว่าในอายุน้อย
4. มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดต่อเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก กล้ามเนื้อปกติเหลือน้อยลง การทำงานก็จะ

เลวลง

5. ขนาดของหัวใจ ผู้ป่วยที่มีหัวใจโตแสดงว่าหัวใจทำงานไม่ได้ปกติ จะมีการพยากรณ์เร็วกว่าพวกที่มีขนาดปกติ

6. โรคร่วมอื่น ๆ ซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบมากขึ้น หรือหัวใจทำงานไม่ได้ดี เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอด เป็นต้น

7. อาการของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วมีการพยากรณ์ไม่ดี เนื่องจากเป็นอาการแสดงของการที่มีกล้ามเนื้อตายเป็นจำนวนมาก เช่น มีไข้สูง (102-103 °F) โดยไม่มีสาเหตุอื่น เม็ดเลือดขาวในเลือดเกิน 20,000 มม.³ มี pericardial rub นาน ๆ หรือเจ็บหน้าอกรุนแรงนาน ๆ นักวิจัยหลาย ๆ ท่านพยายามที่จะหาหลักการพยากรณ์โรค โดยสร้างสูตรต่าง ๆ ขึ้นมา (prognostic index) โดยอาศัยประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องทดลอง เป็นหลัก แต่ในด้านการรักษาผู้ป่วยแล้วไม่ได้ช่วยอะไรมากกว่าการแบ่งอย่างง่าย ๆ ของ Killip ดังกล่าวมาข้างต้น

ระยะหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว

ถึงแม้ว่าอัตราตายภายหลังออกจากโรงพยาบาลจะขึ้นอยู่กับสาเหตุหลายอย่าง เช่น อายุของผู้ป่วย อาการเจ็บหน้าอก ภาวะหัวใจวาย ปริมาณของกล้ามเนื้อที่เสียหาย การเต้นผิดจังหวะ ขนาดของหัวใจ และโรคร่วม เช่น



เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ แต่โดยทั่วไปในปีแรก ประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยจะตาย หลังจากนั้นจะตายราว ๆ ปีละ 3-5 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยที่มีโรคของหลอดเลือดตีบทั้ง 3 เส้นมีโอกาสที่จะตายโดยกะทันหันได้บ่อยกว่าผู้ป่วยอื่น

การวินิจฉัยแยกโรค

- **ภาวะหลอดเลือดเอออร์ตาปริ** โรคนี้ควรนึกถึงเมื่อ

- a. การเจ็บจะร้าวจากหน้าอกไปทางข้างหลัง ท้อง หรือลงไปขา
- b. มีการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงเป็นเวลานาน แต่ระดับเอนไซม์ในเลือดไม่สูงขึ้น
- c. คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนแปลงจากของเดิม หรือมีการเปลี่ยนแปลงแบบเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ
- d. มีเสียงฟู่ลิ้นเอออร์ติครั่วเกิดขึ้น
- e. ซีพีอาร์ที่แขน คอ และขาคลำไม่ได้

การวินิจฉัยมักต้องใช้การถ่ายภาพรังสี

- **โรคของถุงน้ำดี** อาจทำให้มีการเจ็บที่ยืดออกได้ และอาจพบความผิดปกติของ ST-T ชนิดไม่เฉพาะเจาะจง ไม่มีลักษณะตามแบบฉบับของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

- **โรคตับอ่อนอักเสบ** อาจทำให้มีการปวดคล้ายกันได้ ระดับ amylase และ lipase ในเลือดจะสูงขึ้น และระดับ amylase ในปัสสาวะก็เพิ่มขึ้นด้วย การปวดมักร้าวไปข้างหลัง และมากขึ้นเวลานอนราบ

- **Spontaneous Pneumothorax** อาจเกิดเจ็บหน้าอกมากถ้าเป็นกับปอดข้างซ้าย อาการคล้ายกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ อาจมีหายใจลำบากทันที การตรวจร่างกายและภาพรังสีทรวงอกจะวินิจฉัยโรคนี้ได้ ถ้าเกิดที่ด้านซ้ายอาจทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงคล้ายผนังด้านหน้าตายเฉียบพลัน แต่ถ้าตรวจซ้ำจะไม่พบการเปลี่ยนแปลง ST-T ตามแบบฉบับของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

- **พัลโมนารีเอมโบลีสม** อาจแยกยาก โดยเฉพาะถ้าลิ้มเลือดมีขนาดใหญ่อุดกั้นหลอดเลือดแดงพัลโมนารีมาก ๆ ก็อาจทำให้หลอดเลือดโคโรนารีได้รับเลือดไม่พอด้วยก็ได้ มักจะไอเป็นเลือดและเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ซึ่งอาจเป็นแบบ pleuritic pain อาจมาด้วยช็อก ถ้าหลอดเลือดถูกอุดตันมากพอทำให้เกิดความดันในปอดสูงขึ้นทันที





(acute pulmonary hypertension) นอกนั้นหัวใจซีกขวาวายอาจได้ยินเสียงควบ และมักดังชัดขึ้นขณะหายใจเข้า แตกต่างจากเสียงควบที่พบในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งมักได้ยินชัดขณะหายใจออก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รั้งสีทรวงอก และเอนไซม์ในเลือดจะช่วยแยกโรคได้

ลักษณะเฉพาะของพัลโมนารีเอมีโบลิตสมคือ SGOT และ CPK จะปกติ แต่ LDH จะสูงขึ้น การทำสแกนปอดหรือฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดแดงพัลโมนารีจะวินิจฉัยได้แม่นยำ

• **เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบอย่างรุนแรง** อาจเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงได้ แต่โรคนี้อาจเกิดในเด็ก และผู้ใหญ่ที่อายุก่อนข้างน้อย เจ็บที่บริเวณหัวใจและร้าวไปที่แขนซ้าย แต่มีข้อสังเกตคือ

1. ประมาณ 25 เปอร์เซ็นต์จะมีประวัติคล้ายเป็นไข้หวัดนำมาก่อน
2. มีเสียงเสียดสีของเยื่อหุ้มหัวใจ ซึ่งมักจะได้ยินใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังการเจ็บหน้าอก แต่ถ้าเป็นจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักจะได้ยิน 24-48 ชั่วโมงล่วงไปแล้ว
3. อาการเจ็บจะมากขึ้นถ้าผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ นอนราบลง เอี้ยวบิดตัว หรือไอ จะทุเลาถ้าลุกนั่ง และโน้มตัวไปข้างหน้า
4. คลื่นไฟฟ้าหัวใจมักจะต่างกัน ในผู้ป่วยเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ST-elevation มักเป็นทั่วไปหมดโดยไม่มี reciprocal ST-depression ส่วน T wave inversion จะเกิดต่อเมื่อ ST-elevation กลับลงสู่ปกติแล้ว และไม่มี Q wave เกิดขึ้น

5. ไม่มีเอนไซม์ในเลือดสูงขึ้น นอกจาก SGOT อาจสูงผิดปกติ

• **Chinese Restaurant Syndrome** อาจทำให้เกิดอาการเจ็บแสบ ๆ ร้อน ๆ บริเวณกลางหน้าอก และร้าวไปหลังและแขนได้ เกิดหลังจากรับประทานอาหารผงชูรส monosodium glutamate จำนวนมาก ๆ มักมีอาเจียน เหงื่อออก เวียนศีรษะ และเป็นลม คลื่นไฟฟ้าหัวใจและเอนไซม์ไม่เปลี่ยนแปลงตามแบบฉบับของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

• **Intracranial Disease** อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าตามแบบฉบับของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คลื่น T อาจจะสูงใหญ่ผิดปกติ หรือกลับหัวได้ หรือมี Q wave เกิดขึ้น จะพบ QT-interval ยาวกว่าปกติ





และพบ U wave ได้บ่อยใน intracranial diseases เช่น subarachnoid หรือ subdural hemorrhage และยังพบได้ใน thrombosis หรือใน meningitis แต่ถ้าผู้ป่วยยังมีความรู้สึกตัวดีมักจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก

การรักษา

ประมาณ 60 เปอร์เซ็นต์จะตายก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงอันตรายจากโรคนี้ หรือไม่รู้ว่าตัวเองเป็นจึงมักไม่ไปโรงพยาบาลแต่ในระยะแรกเริ่ม หรือบางรายไปหาแพทย์ตามคลินิกแทนที่จะไปโรงพยาบาล การแนะนำเผยแพร่ความรู้ อาจช่วยลดอัตราการตายโดยทำให้ผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลเร็วขึ้น

การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่ตายโดยกะทันหันก่อนถึงโรงพยาบาลมักเกิดจากหัวใจหยุดเต้น ซึ่งมักจะเป็นเวเนทริคูลาร์ฟิบริลเลชันมากกว่าหยุดเต้น (asystole) ถ้าได้รับการนวดหัวใจกู้ชีวิตทันอาจจะรอดชีวิตได้ ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดา ได้จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ซึ่งมีบุคลากรที่ได้รับฝึกหัดด้านนี้โดยตรง โดยอาจจะไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ เช่น เจ้าหน้าที่ดับเพลิง โดยมีเครื่องมือช่วยเหลืออย่างครบครันไปบริการผู้ป่วยถึงที่บ้านเมื่อถูกเรียก ในบางแห่งอาจใช้วิทยากรที่ก้าวหน้าทางอิเล็กทรอนิกส์ช่วย โดยมีการถ่ายทอดอาการและคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยทางวิทยุส่งไปยังศูนย์พยาบาลเพื่อให้แพทย์ได้พิจารณาสั่งการรักษา ที่เมืองไมอามี มลรัฐฟลอริดา ผู้ป่วยที่เป็นเวเนทริคูลาร์ฟิบริลเลชันจำนวน 301 ราย ได้รับ defibrillation 199 ราย โดยเจ้าหน้าที่ดับเพลิง ปรากฏว่า 101 รายรอดไปถึงโรงพยาบาล และ 42 รายมีชีวิตรอดกลับบ้านได้ แม้ว่าโครงการนี้จะได้ผลดี แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมากในการดำเนินงาน



เนื่องจากการเต้นผิดจังหวะของหัวใจเกิดบ่อยมาก จึงมีการแนะนำให้ผู้ป่วยฉีดยาอะโทรปีน หรือชัลโดเคน ด้วยตนเอง การให้ชัลโดเคนก็ต้องระวังถ้าอัตราเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที

การบริหารในโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยเข้ามาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลก็ควรจะต้องรีบนำขึ้นห้อง ซี.ซี.ยู. โดยเร็ว ไม่ควรต้องเสียเวลารอคอยทำบัตร และรอการรับตัวเข้าโรงพยาบาลอย่างผู้ป่วยทั่วไป

ในปี พ.ศ. 2508 ได้มีการเริ่มตั้งหน่วย ซี.ซี.ยู. ขึ้นเป็นทางการครั้งแรกที่เมืองแคนซัส หลังจากนั้นการตั้งหน่วย ซี.ซี.ยู. ก็เป็นที่ยอมรับกันไปทั่วโลก แม้ว่าบางโรงพยาบาลจะมีแค่ ไอ.ซี.ยู. แต่ก็มีเครื่องมือและมีการฝึกบุคลากรสำหรับบริหารผู้ป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมอยู่ด้วย บางโรงพยาบาลอาจใช้เครื่องมือที่มีความก้าวหน้าทางอิเล็กทรอนิกส์ และมีแพทย์ประจำบ้านตลอดเวลา แต่ทั่วไปมักมีแต่พยาบาลซึ่งได้รับการฝึกฝนโดยเฉพาะเป็นผู้ดูแล มีความสามารถในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้ยา และใช้เครื่องมือช่วยชีวิตต่าง ๆ ได้ด้วย ผู้ป่วยพวกนี้ต้องการการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งมักต้องได้ยากล่อมประสาทช่วย ห้องที่อยู่ควรจะมีความสะดวกและความสงบเพียงพอ และควรมี Central monitoring equipment มายังห้องทำงานของพยาบาล การดูแลการเต้นผิดจังหวะของหัวใจและอัตราการเต้นผิดปกติของหัวใจมีความสำคัญมาก

■ อ่านต่อบนหน้า

